SAVING NEWBORN LIVES

Soins aux nouveau-nés

Manuel de référence

Diana Beck, Frances Ganges, Susan Goldman, Phyllis Long

Save the Children®

SAVING NEWBORN LIVES (SAUVER LA VIE DES NOUVEAU-NÉS) est une initiative mondiale sur 10 à 15 ans de Save the Children visant à améliorer la santé et les chances de survie des nouveau-nés des pays en voie de développement. Soutenue par la Bill & Melinda Gates Foundation, cette initiative travaille avec les gouvernements, les communautés locales et en partenariat avec des agences aux niveaux communautaire et national pour une amélioration réelle et durable de la santé du nouveau-né.

SAVE THE CHILDREN est une organisation internationale majeure d'aide à l'enfance, à but non lucratif, qui intervient dans près de 50 pays du monde entier, y compris aux États-Unis. Notre mission consiste à apporter des changements durables et positifs dans la vie des enfants dans le besoin. Save the Children est membre du réseau international. Save the Children Alliance, qui regroupe 30 organisations indépendantes, intervenant dans plus de 100 pays pour garantir le bien-être et protéger les droits des enfants partout dans le monde.

Cette publication a été rendue possible grâce au soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates.

© Save the Children Federation, 2004

Équipe rédactionnelle : Robin Bell, Charlotte Storti, Nathalie Gamache
Collaborateurs à la rédaction : Anne Tinker, Pat Daly
Conception pédagogique : Gabrielle Beasley
Illustrateur : Tim Hinton
Conception et production : KINETIK, Washington, DC

Pour plus d'informations :

Saving Newborn Lives
Save the Children
2000 M Street NW
Suite 500
Washington, DC 20036, États-Unis.

www.savethechildren.org et
www.healthynewborns.com

Saving Newborn Lives

Manuel de référence des soins aux nouveau-nés

Diana Beck, Frances Ganges, Susan Goldman, Phyllis Long

Save the Children®

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX ET DES SCHÉMAS v

À PROPOS DE CE MANUEL ix

REMERCIEMENTS xi

ABRÉVIATIONS xii

LE NOUVEAU-NÉ, CET OUBLIÉ

Introduction 1
Mortalité des nouveau-nés 2
La loi des deux tiers 2
Principales causes de décès chez le nouveau-né 3
Survie du nouveau-né 3
Aperçu du *Manuel de référence des soins aux nouveau-nés* 4
Introduction à l'approche décisionnelle 5
Clara : Illustration de l'approche décisionnelle 6

CHAPITRE 1 : LES SOINS AU NOUVEAU-NÉ COMMENCENT AVANT LA NAISSANCE

Introduction 13
Les soins au nouveau-né commencent avant la naissance 14
Soins prénataux 14
Conseil 14
Plan d'accouchement 16
Signes de danger et état de préparation en cas de complication 16
Soins pendant l'accouchement 18
Partogramme 18
Transmission du SIDA de la mère à l'enfant 18
Signes de danger pendant le travail et l'accouchement 19
Détresse fœtale pendant l'accouchement 21
Signes maternels alarmants dans la période post-partum 21
Espacement des grossesses 21

CHAPITRE 2 : SOINS ESSENTIELS POUR CHAQUE NOUVEAU-NÉ

Introduction 23
Aperçu des soins essentiels au nouveau-né 25
Préparer la naissance d'un bébé 25
Prévenir les infections 25
Préparer la salle d'accouchement 26
Tenue des dossiers 26
Réunissez l'équipement, les fournitures et les médicaments 26
Préparer la prévention de la déperdition thermique 28
Soins immédiats à la naissance 29
Étapes des soins immédiats du nouveau-né 29
Étape 1 : Sécher et stimuler le bébé 29
Étape 2 : Appréciez la respiration et le teint du bébé 29
Étape 3 : Déterminer s'il est nécessaire de procéder à une réanimation du bébé 30
Étape 4 : Nouer et couper le cordon 30
Étape 5 : Placer le bébé contre la mère, peau contre peau 30
Étape 6 : Inciter la mère à débuter l'allaitement 31
Étape 7 : Prodiguer des soins oculaires 31
Soins au nouveau-né pendant la première journée 32
Appréciez l'état du bébé 32
Prodiguer les soins normaux du nouveau-né 32
Prodiguer d'autres soins pour tous problèmes ou besoins éventuels 33
Donner de la vitamine K, faire les premiers vaccins et compléter le dossier du bébé et celui de la mère 33
Antécédents et examen physique 33
Réunir les observations médicales 33
Procéder à un examen physique 33
Identifier les besoins ou les problèmes 35
Soins au nouveau-né pendant les 28 premiers jours 42
Pourquoi le suivi du nouveau-né est-il si important ? 42
Principaux points de chaque visite de suivi 43
Préparez la salle, l'équipement et les fournitures pour les visites de suivi 43
Prodiguer des soins de suivi 43

Enregistrer les étapes 49
Liste de contrôle des visites de suivi du nouveau-né 49
Éduquer et instruire une mère et sa famille en matière de soins au nouveau-né 50
Chaleur 50
Sommeil 50
Affection 51
Protection contre les infections 51
Baigner le nouveau-né 52
Soins ombilicaux 53
Vaccinations 53
Allaitement 53
Vitamine A 54
Sécurité et protection 54
Signes d'alerte chez le nouveau-né 55
Plan des visites de suivi 55

CHAPITRE 3 : UN ALLAITEMENT RÉUSSI

Introduction 59
Avantages de l'allaitement 60
Allaitement précoce et exclusif 62
Donner d'autres boissons ou aliments pendant les 6 premiers mois peut être préjudiciable au bébé et à l'allaitement 62
Les bébés absorbent suffisamment d'eau par le seul allaitement 62
Débuter l'allaitement 63
Pourquoi une mère doit-elle débuter l'allaitement au cours de la première heure après la naissance ? 63
Continuer l'allaitement 66
Nourrir le bébé à la demande 66
Vider le premier sein à chaque tétée 66
Boire à chaque tétée et manger davantage chaque jour 66
Prendre des positions variées pour tenir l'enfant 66
Prendre suffisamment de repos 68
Absorber suffisamment d'éléments nutritifs 68
Allaiter un bébé malade pendant et après une maladie 68
Allaiter un bébé plus fréquemment pendant les périodes de croissance rapide 68
Comment savoir si le bébé absorbe suffisamment de lait maternel 68
Comment l'allaitement exclusif peut contribuer à retarder une autre grossesse 69
Combien de temps faut-il poursuivre 69
Allaiter des jumeaux 70
Allaiter lorsque la mère est séropositive : Choisir en connaissance de cause 71
Conseil sur l'alimentation du nourrisson 71
Les faits en matière d'allaitement pour la mère séropositives et sa famille 71
Option 1 : Allaitement exclusif avec sevrage précoce ou alimentation de substitution respectant les critères AFADS 72
Option 2 : Extraction du lait maternel et traitement thermique avant consommation 72
Option 3 : Faire appel à une nourrice séronégative 73
Option 4 : Substituer au lait maternel un lait maternisé vendu dans le commerce 73
Option 5 : Remplacer l'allaitement par du lait animal artisanalement reconstitué 73
Problèmes d'allaitement 74
Mamelons douloureux ou gercés 74
Lactation insuffisante 74
Engorgement mammaire 75
Canal lactifère bouché 75
Mastite 75
Extraire le lait maternel 86
Stocker du lait maternel 86
Alimentation à la tasse 88
A qui est-il conseillé d'opter pour l'alimentation à la tasse ? 88

CHAPITRE 4 : RÉANIMATION DU NOUVEAU-NÉ

Introduction 93
Qu'est-ce que l'asphyxie ? 94
Préparation pour la réanimation du nouveau-né 95
- Chaleur 95
- Surface pour procéder à la réanimation 95
- Équipements et fournitures 95

Appréciation de la nécessité de réanimer le bébé 98
- Appréciation immédiate à la naissance 98

Procéder à la réanimation du nouveau-né 99
- Étape 1 : Positionner le bébé 99
- Étape 2 : Dégager les voies respiratoires 100
- Étape 3 : Ventiler 100
- Étape 4 : Surveiller 102

Soins post-réanimatoires 104
- Conseils si la réanimation réussit 104
- Si le bébé respire mais doit être orienté vers un spécialiste 105
- Si la réanimation échoue 106

Nettoyage de l'équipement et des fournitures 107

CHAPITRE 5 : SOINS DES BÉBÉS AYANT UN FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE

Introduction 109
Qu'est-ce qu'un faible poids à la naissance ? 110
- Quel est l'aspect d'un bébé ayant un faible poids à la naissance ou prématuré ? 112
- Quels sont les problèmes d'un bébé de faible poids à la naissance ? 112

Soins du nouveau-né ayant un faible poids à la naissance 112
- Soins à la naissance 112
- Suivi d'un bébé ayant un faible poids à la naissance 112
- Signes de danger chez le nouveau-né 112

Soins maternels peau contre peau ou soins kangourou 118
- Composantes des soins maternels kangourou 118
- Comment aider la mère à garder son bébé au chaud contre elle 118
- Allaitement du bébé de faible poids à la naissance 120

CHAPITRE 6 : PROBLÈMES COURANTS DU NOUVEAU-NÉ

Introduction 125
Les signes de danger du nouveau-né 126
Stabilisation et transfert d'urgence du nouveau-né 128
- Stabiliser le nouveau-né 128
- Orienter le nouveau-né vers un spécialiste 128

Problèmes du nouveau-né 130
Problèmes respiratoires 130
Comment prévenir la sepsie néonatale 130
Infections localisées 130
- Infection du cordon ombilical 130
- Infection de la peau 131
- Infection oculaire 138
- Candidose buccale 138

Problèmes de température corporelle 142
Jaunisse 146
Saignement du cordon ombilical 146
Problèmes dus à la grossesse de la mère et à l'accouchement 146

ANNEXES

Annexe A : Calendriers de vaccination maternelle et du nourrisson 153
Annexe B : Orientation en matière de médicaments 161
Annexe C : Prévention des infections 185
Annexe D : Techniques de base pour les soins du nouveau-né 209
Annexe E : Communication et conseils 217

GLOSSAIRE 223

BIBLIOTHÈQUE DE RÉFÉRENCE 229

SOMMAIRE 231

Liste des tableaux et des schémas

INTRODUCTION

Tableau 1 La loi des deux tiers....2
Tableau 2 Causes directes des décès néonataux....3
Tableau 3 Tableau décisionnel....12

CHAPITRE 1

Tableau 1.1 Soins prénataux pour prévenir les problèmes chez le nouveau-né....15
Tableau 1.2 Plan d'accouchement....17
Tableau 1.3 Signes de détresse fœtale....20

CHAPITRE 2

Tableau 2.1 Équipements et fournitures pour la salle d'accouchement et les soins postnataux immédiats....27
Tableau 2.2 Étapes des soins immédiats du nouveau-né....28
Tableau 2.3 Étapes pour prodiguer des soins oculaires..32
Tableau 2.4 Antécédents de la grossesse, accouchement et premiers instants de la vie du nouveau-né....34
Tableau 2.5 Examen physique du nouveau-né : Conclusions normales....36
Tableau 2.6 Examen physique du nouveau-né : Conclusions anormales et Plan d'action....38
Tableau 2.7 Principaux points de chaque visite de suivi....44
Tableau 2.8 Soins au nouveau-né pendant les 28 premiers jours : Prise de décision....46
Tableau 2.9 Liste de contrôle : Le nouveau-né est en bonne santé et en sécurité si....49
Tableau 2.10 Comment la famille peut garder le bébé au chaud....50
Tableau 2.11 Comment la famille doit protéger le nouveau-né des infections....51
Tableau 2.12 Maintenir le nouveau-né au chaud pendant le bain....52
Tableau 2.13 Recommandations pour le bain....52
Tableau 2.14 Soins ombilicaux....53
Tableau 2.15 Signes d'alerte chez le nouveau-né....55

CHAPITRE 3

Tableau 3.1 Comment l'allaitement aide le bébé et la mère....61
Tableau 3.2 Astuces pour faciliter la première allaitement....64
Tableau 3.3 Signes indiquant que le bébé absorbe suffisamment de lait maternel....69
Tableau 3.4 Mamelons douloureux ou gercés : Tableau décisionnel....76
Tableau 3.5 Lactation insuffisante : Tableau décisionnel....78
Tableau 3.6 Engorgement du sein : Tableau décisionnel....80
Tableau 3.7 Canal lactifère bouché : Tableau décisionnel....82
Tableau 3.8 Mastite : Tableau décisionnel....84
Tableau 3.9 Préparer les tasses et les récipients pour collecter le lait maternel extrait pour nourrir le bébé....86
Tableau 3.10 Apprendre à la mère à extraire le lait maternel....87
Tableau 3.11 Astuces pour conserver le lait maternel et pour l'utiliser....88
Tableau 3.12 Pourquoi avoir recours à l'alimentation à la tasse ?....89
Tableau 3.13 Montrer aux familles comment nourrir à la tasse....89

CHAPITRE 4

Tableau 4.1 Équipements et fournitures pour la réanimation du nouveau-né....95
Tableau 4.2 Hypoxie....96
Tableau 4.3 Signes indiquant qu'un bébé doit être orienté vers un spécialiste après la réanimation....102
Tableau 4.4 Résumé de la réanimation du nouveau-né....103

CHAPITRE 5

Tableau 5.1 Facteurs associés à un faible poids à la naissance 111
Tableau 5.2 Problèmes liés au faible poids du bébé à la naissance 113
Tableau 5.3 Bébé ayant un faible poids à la naissance - soins à la Naissance : Tableau décisionnel 114
Tableau 5.4 Bébé ayant un faible poids à la naissance – suivi hebdomadaire : Tableau décisionnel 116
Tableau 5.5 Comment les soins maternels kangourou aident-ils le bébé et la mère ? 118
Tableau 5.6 Astuces pour aider une mère à allaiter son bébé ayant un faible poids à la naissance 121

CHAPITRE 6

Tableau 6.1 Les signes de danger du nouveau-né 127
Tableau 6.2 Apprendre à la mère, la famille et à la communauté à réagir aux signes de danger du nouveau-né 128
Tableau 6.3 Directives en matière d'orientation du nouveau-né vers un spécialiste 129
Tableau 6.4 Problèmes respiratoires : Tableau décisionnel 132
Tableau 6.5 Sepsie néonatale : Tableau décisionnel 133
Tableau 6.6 Infection du cordon ombilical : Tableau décisionnel 134
Tableau 6.7 Infection cutanée : Tableau décisionnel 136
Tableau 6.8 Infection oculaire : Tableau décisionnel 139
Tableau 6.9 Candidose buccale : Tableau décisionnel 140
Tableau 6.10 Hypothermie/température basse : Tableau décisionnel 143
Tableau 6.11 Hyperthermie/température élevée : Tableau décisionnel 144
Tableau 6.12 Jaunisse : Tableau décisionnel 148
Tableau 6.13 Saignement du cordon ombilical : Tableau décisionnel 150

ANNEXES

Tableau A.1 Vaccination de la mère 155
Tableau A.2 Calendrier de vaccination du nourrisson 156
Tableau A.3 Vaccination du nourrisson 157
Tableau B.1 Partie 1 : Médicaments pour nouveau-nés : Agents anti-infectieux 163
Tableau B.2 Partie 1 : Médicaments pour nouveau-né : Vitamines 168
Tableau B.3 Partie 1 : Médicaments pour nouveau-né : Médicaments anti-infectieux pour les soins oculaires à la naissance 169
Tableau B.4 Partie 2 : Médicaments pour la mère : Agents anti-infectieux 171
Tableau B.5 Partie 2 : Médicaments pour la mère : Agents antipaludiques 178
Tableau B.6 Partie 2 : Médicaments pour la mère : Agents anthelminthiques 178
Tableau B.7 Partie 2 : Médicaments pour la mère : Vitamines et fer/acide folique 179
Tableau B.8 Partie 2 : Médicaments pour la mère : Autres médicaments 180
Tableau B.9 Partie 3 : Donner de l'oxygène au nouveau-né 182
Tableau C.1 Astuces pour le lavage des mains avec du savon et de l'eau courante 188
Tableau C.2 Astuces pour se frictionner les mains à l'alcool 188
Tableau C.3 Étape 1 : Décontamination 189
Tableau C.4 Étape 2 : Nettoyage 191
Tableau C.5 Étape 3 : Désinfection radicale par stérilisation 192
Tableau C.6 Étape 3 : Désinfection radicale à la vapeur 192
Tableau C.7 Étape 3 : Stérilisation par étuvage (autoclave) 193
Tableau C.8 Étape 3 : Stérilisation par chaleur sèche (four électrique ou à gaz) 195
Tableau C.9 Étape 4 : Entreposer ou utiliser 195
Tableau C.10 Quels types de gants sont nécessaires et quand 197

Tableau C.11 Procédures ordinaires de ménage recommandées dans un service de soins 203
Tableau C.12 Méthodes d'élimination des déchets contaminés 205
Tableau C.13 Types de déchets et méthodes d'élimination 206

SCHÉMAS

CHAPITRE 2

Schéma 2.1 Sécher le nouveau-né 29
Schéma 2.2 Couper le cordon.....30
Schéma 2.3 Initiation précoce à l'allaitement.....31
Schéma 2.4 Appliquer une pommade dans l'oeil.....32
Schéma 2.5 Lavage les mains.....35
Schéma 2.6 Modelage de la tête.....42
Schéma 2.7 Fontanelles 42
Schéma 2.8 Garder le bébé au chaud 50

CHAPITRE 3

Schéma 3.1 L'allaitement exclusif est la manière la plus saine de nourrir un nouveau-né.....62
Schéma 3.2 Attendez que la bouche soit grande ouverte 65
Schéma 3.3 Prise en bouche du sein.....65
Schéma 3.4 Position en berceau 67
Schéma 3.5 Position en ballon de rugby.....67
Schéma 3.6 Position sous le bras.....67
Schéma 3.7 Position allongée sur le côté 67
Schéma 3.8 Position sous le bras avec des jumeaux.....70
Schéma 3.9 Position en berceau avec des jumeaux.....70
Schéma 3.10 Masser la poitrine.....87
Schéma 3.11 Extraire le lait maternel et le recueillir dans une tasse 87
Schéma 3.13 Alimentation à la tasse 88

CHAPITRE 4

Schéma 4.1 Espace de réanimation 94
Schéma 4.2 Position du bébé pour la réanimation 98
Schéma 4.3 Extension correcte de la tête pour la réanimation.....99
Schéma 4.4 Positionnement correct du masque 101
Schéma 4.5 Réanimation avec poche et masque 101
Schéma 4.6 Garder le bébé au chaud 105

CHAPITRE 5

Schéma 5.1 Contact peau contre peau..... 118
Schéma 5.2 Comment envelopper le bébé et la mère 119
Schéma 5.3 Bébé dans la position des soins maternels kangourou..... 120
Schéma 5.4 Le père peut aussi participer au contact peau contre peau 120

CHAPITRE 6

Schéma 6.1 Infection du cordon ombilical..... 131

ANNEXES

Schéma C.1 Lavage des mains 187
Schéma C.2 Emballer les instruments pour les stériliser 194
Schéma C.3 Mettre des gants chirurgicaux..... 198
Schéma C.4 Ôter des gants chirurgicaux 199
Schéma C.5 Technique d'une main 201
Schéma D.1 Injecteur à poire 211
Schéma D.2 Collecteur de mucus De Lee 211
Schéma D.3 Injection intramusculaire 215
Schéma E.1 Communication entre le prestataire et la mère..... 218

À propos de ce manuel

Le *Manuel de référence des soins aux nouveau-nés* a été rédigé pour guider la formation de tous les prestataires de soins de santé aux meilleures pratiques en matière de santé et de survie des nourrissons nouveau-nés, dans les pays en voie de développement en particulier. Les informations et les techniques fournies dans les pages suivantes sont essentielles pour ceux qui s'occupent de tous les nouveau-nés au cours des 28 premiers jours de vie, que ce soit des prestataires de la communauté, des infirmières, des sages-femmes ou des médecins.

Les plans de formation et les cours dispensés dans de nombreux pays en voie de développement ne correspondent souvent pas aux compétences et aux savoirs spécifiques nécessaires aux soins des nouveau-nés, et par conséquent, des millions de bébés perdent la vie inutilement chaque année. Ce manuel fournit des informations actualisées et détaillées, fondées sur l'expérience clinique. Il définit et illustre les techniques nécessaires pour préserver la santé des nouveau-nés, notamment les soins de routine et les préventifs, ainsi que la détection précoce et la gestion des problèmes mettant en jeu le pronostic vital.

Le *Manuel de référence des soins aux nouveau-nés* traite également des informations que la mère et la famille doivent posséder pour prendre soin de leurs nouveau-nés 24 heures sur 24, car ce sont eux qui gèrent ses besoins quotidiens et les éventuels problèmes. Comme les prestataires, il leur faut détecter les éventuels signes d'alerte et réagir à bon escient. Outre les soins des nouveau-nés, les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer en matière de communication et de démonstration des meilleures pratiques aux mères et aux familles pour s'assurer qu'eux aussi les connaissent bien. Autre fonction importante de ce manuel : Le développement des compétences en communication (comment écouter les mères et échanger des informations avec elles).

La formation des prestataires n'est qu'une des composantes des soins efficaces au nouveau-né et à la mère. Sans les autres composantes (supervision responsable, équipement, source fiable d'approvisionnement et système de référence en cas de complications), même les professionnels de la santé les mieux formés pourraient ne pas être en mesure de prodiguer des soins vitaux. Et même lorsque toutes ses composantes sont en place, il doit y avoir une demande pour ce type de services. Les prestataires doivent rencontrer les membres de leur communauté et établir des relations de confiance, du foyer jusqu'aux structures locales et régionales, afin de créer un « continuum de soins. »

Les auteurs ont conçu ce manuel afin qu'il réponde à de nombreux besoins différents. Il constitue une ressource technique pour les formateurs, les tuteurs et les animateurs, ainsi qu'une ressource utile pour les prestataires de services de santé et ceux qui développent ou gèrent des programmes complets de santé de la mère et de l'enfant. Il peut être utilisé dans son intégralité ou adapté à un public, un besoin ou un contexte national particuliers. Les soins essentiels au nouveau-né peuvent être intégrés à des efforts existants, tels que la santé de l'enfant, la santé reproductive et la maternité sans risque, ou adaptés pour améliorer la composante « nouveau-né » des programmes de formation, pour introduire des thèmes particuliers dans de brefs programmes pratiques, ou encore pour actualiser une formation préalable pour les prestataires de services de santé.

Ce manuel ne devrait avant tout pas constituer une ressource exclusive. En répondant aux besoins très particuliers du nouveau-né, Les *Soins aux nouveau-nés* complète les autres guides disponibles, tels que : Le guide de la Gestion intégrée de la grossesse et de l'accouchement de l'OMS (IMPAC : Integrated Management of Pregnancy and Childbirth), *Managing Newborn Problems : A Guide for Doctors, Nurses and Midwives de MNH/JHPIEGO.*

Les auteurs et l'équipe de l'initiative Save Newborn Lives et Save the Children États-Unis espèrent que le *Manuel de référence des soins aux nouveau-nés* permettra aux prestataires de services de santé, aux responsables de programme et aux décideurs de donner à chaque nouveau-né les meilleures chances de survie possibles, ainsi que de soutenir les nombreuses mères et familles qui dépendent de leurs conseils pour élever des bébés en bonne santé.

Remerciements

Les auteurs ont de nombreuses personnes à remercier pour leur aide à l'élaboration du *Manuel de référence des soins aux nouveau-nés*. Nos remerciements vont d'abord et avant tout à la Fondation Bill & Melinda Gates. Leur soutien à l'initiative Save Newborn Lives de Save the Children a été crucial dans le développement d'un engagement mondial en matière de soins au nouveau-né.

Nous sommes reconnaissants à Betty Sweet, dont le manuscrit original a contribué à la rédaction de ce manuel. Surmonter ce premier obstacle a permis à de nombreux collègues d'entreprendre la longue route de la révision, de l'analyse, de l'appréciation et de la modification des moindres détails de ce qui, pour nous, était un projet collaboratif et collégial. Deborah Armbruster, Gabrielle Beasley, Mary Kroeger, Judith Moore et Katherine Perry y ont contribué, travaillant sans relâche à d'innombrables avant-projets. Elles y ont contribué par leurs recherches, leurs écrits et les modifications qu'elles ont apportées au manuel, article après article, au rythme de son évolution. Nous remercions ces femmes pour le sérieux avec lequel elles ont rédigé ce manuel homogène et complet.

Le processus de révision de la documentation a fait intervenir des personnes ayant des années d'expérience en tant qu'enseignants, formateurs et prestataires de services de santé dans la communauté, pendant que d'autres expérimentaient et nous renvoyaient les informations en retour des programmes communautaires en cours. Nous avons de nombreuses personnes à remercier pour leurs contributions inestimables, notamment : Frank Anderson, University of Michigan ; Claudette Bardin, Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) ; Sandra T. Buffington, American College of Nurse-Midwives (Collège américain des infirmiers et des sages-femmes) ; Patricia Gomez, MNH/JHPIEGO ; Miriam Labbok, UNICEF ; Gloria Metcalfe, JHPIEGO ; Asmuyeni Muchtar, JHPIEGO/Indonésie ; Altrena Mukuria, ORC/MACRO (Société de sondage) ; Robert Parker, Johns Hopkins University ; Petra ten Hoope Bender, Partnership for Safe Motherhood and Newborn Health (Partenariat pour une maternité sans risque et la santé du nouveau-né) ; Miriam Sangare, consultante en formation, Mali ; Gulnara Semenov, ORC/MACRO ; Della R. Sherratt, OMS ; Nancy Terreri, UNICEF ; et David Woods, University of Cape Town, Afrique du Sud. En outre, de nombreux employés de Save the Children ont apporté leur expérience à ce manuel, notamment Stella Abwao, SC Malawi ; Asma Akber et Nabeela Ali, SC Pakistan ; Houley-mata Diarra et Thiero Fatoumata, SC Mali ; Saikhul Islam Helal et Uzma Syed, SC Bangladesh ; Neena Khadka et Meena Sharma, SC Népal ; Gonzalo Mans-illa et Bertha Pooley, SC Bolivie.

Nous remercions tout particulièrement Anne Tinker, Directrice de Save Newborn Lives, et Pat Daly, Directrice adjointe, pour leurs directions et leurs engagements dans ce processus très long et parfois difficile.

Nous remercions en outre les nombreuses personnes qui ont apporté leur aide à chaque stade, notamment Gina Allen, Malia Boggs, Rebecca Chase, Betty Farrell, Michael Foley, Sarah Holland, Robert Johnson, Luann Martin, Allisyn Moran, Winifred Mwebesa, Indira Narayanan, Susan Otchere, et Steve Wall.

Tout en partageant la paternité de ce manuel avec les nombreuses personnes qui nous ont aidé, nous reconnaissons également être seuls responsables de toutes erreurs éventuelles de présentation des informations et compétences qui y figurent.

Abréviations

AFADS	Acceptable, faisable, abordable, durable et sûr
AZT	Zidovudine
BCG	Bacille de Calmette-Guérin
CTV	Services de conseil et de test volontaires
DTC	Vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche
Fe/AF	Fer/acide folique
FPN	Faible poids à la naissance
GI	Gastro-intestinal
HepB	Hépatite B
HLD	High level disinfection (Désinfection radicale, DR)
IM	Intramusculaire
IST	Infections sexuellement transmissibles
IV	Intraveineuse
MAMA	Méthode de l'allaitement maternal et de l'aménorrhée
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPV	Oral polio vaccine
PAG	Petit pour son âge gestationnel
PTME	Prévention de la transmisión de la mère à l'enfant
RRP	Rapid plasma reagin (Réaction rapide de réagine sur le plasma)
SC	Sous-cutané
SEN	Soins essentiels au nouveau-né
SIDA	Syndrome immuno-déficience acquise
SMK	Soins maternels kangourou
SNL	Initiative Saving Newborn Lives (Sauver la vie des nouveau-nés) de Save the Children États-Unis
SP	Soins prénataux
SP	Sulfadoxine-pyriméthamine
TB	Tuberculose
TME	Transmission de la mère à l'enfant
TPI	Traitement préventif intermittent
TT	Toxicoïde tétanique
UNAIDS	Joint United Nations Program on AIDS (Programme commun des Nations Unies pour la lutte sur le VIH/SIDA)
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds international d'urgence des Nations Unies pour l'enfance)
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory (Laboratoire de recherche sur les maladies vénériennes)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral

Le nouveau-né, cet oublié

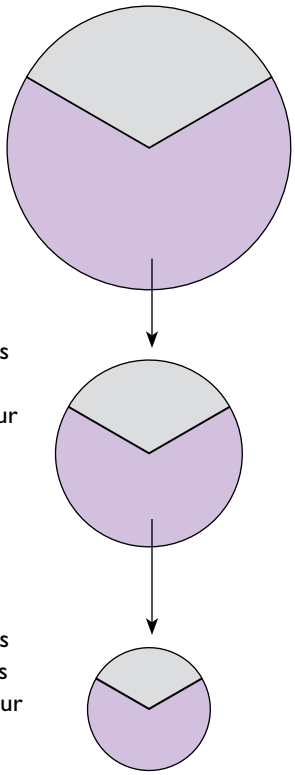
Au cours des dernières années, les initiatives pour la survie des enfants (telles que la vaccination et les programmes de contrôle de la diarrhée) ont abouti à une réduction considérable de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Malgré ce succès, le taux de mortalité des nouveau-nés dans les pays en voie de développement reste alarmant (plus de 40 pour cent des décès d'enfants de moins de cinq ans a lieu au cours du premier mois), alors même qu'il existe des moyens éprouvés et économiques de réduire la mortalité des nouveau-nés.[1]

Selon les estimations, sur mille bébés nés dans les pays en voie de développement, 34 meurent chaque année avant d'atteindre l'âge d'un mois, la plupart à domicile. Le nouveau-né a, en général, été le grand oublié de la révolution pour la survie de l'enfant.

Une des raisons de la persistance d'un taux de mortalité élevé chez les nouveau-nés est le fossé qui existe entre une maternité sans risque et les efforts pour la survie de l'enfant. Les programmes de maternité sans risque se concentrent habituellement sur la survie de la mère, et les stratégies de survie de l'enfant visent, en général, les problèmes qui touchent les enfants âgés de plus d'un mois. Rares, ont été les efforts internationaux pour développer une approche sanitaire mère-enfant qui inclue les soins du premier mois de vie. Dans l'idéal, les programmes mère-enfant devraient cibler les soins à la mère, aux nouveau-nés et aux enfants jusqu'à cinq ans.

TABLEAU 1 **« LA LOI DES DEUX TIERS »**

Environ deux tiers des décès de nourrissons se produisent au cours du premier mois de leur vie.



Parmi ces décès, deux tiers se produisent au cours de la première semaine de leur vie.

Parmi ces décès, deux tiers se produisent au cours des premières 24 heures de leur vie.

En tant que prestataire de soins aux nouveau-nés, vous pouvez être amené(e) à aider les autres à comprendre pourquoi la santé du nouveau-né est fondamentale. Outre la compréhension du problème mondial, vous voudrez peut-être aussi obtenir des informations sur la situation des nouveau-nés dans votre pays ou votre région. Lorsque les prestataires de soins, les tuteurs, les concepteurs de programmes et les stratèges comprennent la situation et détiennent les bonnes informations, ils peuvent plaider pour une amélioration des soins au nouveau-né et de sa survie.

Mortalité des nouveau-nés

Les statistiques sanitaires montrent que dans le monde entier :

- Environ 4 millions de bébés meurent chaque année.
- S'y ajoutent 4 millions de bébés mort-nés chaque année ; la plupart meurent en fin de grossesse ou pendant l'accouchement.
- La plupart des décès de nouveau-nés se produisent dans les pays en voie de développement.

La loi des deux tiers

Les statistiques sanitaires démontrent aussi que :

- Environ deux tiers des décès* de nourrissons se produisent au cours du premier mois de leur vie**.
- Parmi ceux qui meurent au cours du premier mois, environ deux tiers meurent au cours de la première semaine de leur vie.
- Parmi ceux qui meurent au cours de la première semaine, deux tiers meurent au cours des premières 24 heures de leur vie.

*Décès au cours de la première année de vie
**Lors de la période néonatale

Principales causes de décès chez le nouveau-né

Les recherches dans le monde ont identifié les principales causes de décès du nouveau-né. Comme l'illustre le tableau 1, environ 85 pour cent des décès de nouveau-nés résultent essentiellement de trois causes : Les infections, l'asphyxie à la naissance et les complications liées à la prématurité. Un faible poids à la naissance (FPN) constitue un facteur déterminant dans de nombreux décès de nouveau-nés.

Outre les causes directes de décès, de nombreux nouveau-nés meurent à cause de la mauvaise santé de leur mère ou du manque d'accès aux soins essentiels. La famille vit parfois à plusieurs heures de route d'un établissement spécialisé ou ne compte aucun prestataire de soins compétent dans sa communauté.

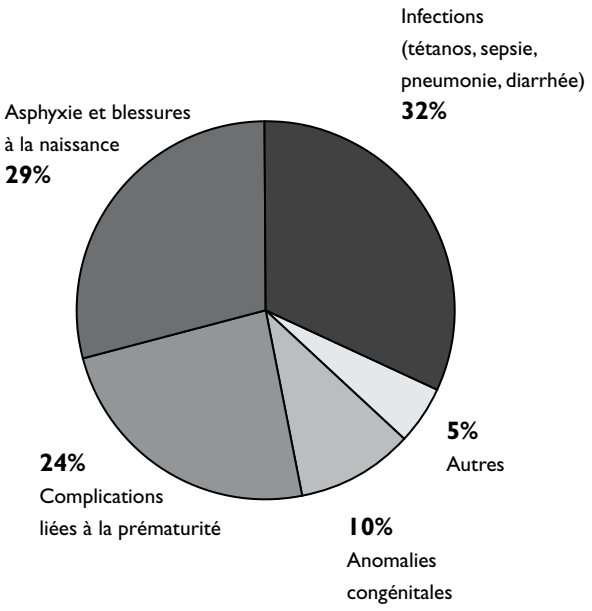
L'enfant nouveau-né est extrêmement vulnérable à moins qu'il ne reçoive les soins de base appropriés, aussi appelés soins essentiels au nouveau-né. Lorsqu'un bébé normal ne reçoit pas ces soins essentiels, il tombe rapidement malade. Il n'est que trop fréquent qu'il en meure. Pour les prématurés et les bébés présentant une insuffisance pondérale à la naissance, le danger est encore plus grand.

Survie du nouveau-né

La plupart des décès de nouveau-nés sont tout à fait évitables, grâce à quelques mesures simples et peu coûteuses qui peuvent être prises par le prestataire de soins de santé, la mère et la famille. Mais de nombreux prestataires n'ont pas été formés aux soins essentiels au nouveau-né, et de nombreuses mères ne savent pas comment protéger leur nouveau-né.

Ce manuel expose les principes de base des soins essentiels au nouveau-né pour tous les bébés et ce qu'il convient de faire en cas de problème ou de complications. Armé de ce savoir, le prestataire de soins de santé peut jouer un rôle déterminant en aidant la mère, les membres de la famille et la communauté à mieux prendre soin au nouveau-né et à le mettre sur les rails d'une vie en bonne santé.

TABLEAU 2 **CAUSES DIRECTES DES DÉCÈS NÉONATAUX**



Estimations 2001 de l'OMS (d'après des données recueillies autour de 1991). Source : Save the Children. (2001). *The State of the World's Newborns.: A Report from Saving Newborn Lives.* Washington, DC : Save Newborn Lives/Save the Children Federation.

APERÇU DU *MANUEL DE RÉFÉRENCE DES SOINS AUX NOUVEAU-NÉS*

Le *Manuel de référence des soins aux nouveau-nés* fournit les informations et décrit les compétences dont un agent de santé, une mère et une famille ont besoin pour prodiguer les soins, élémentaires mais cruciaux, dont tout nouveau-né a besoin, notamment :

- Sécher et réchauffer le bébé immédiatement après la naissance
- Evaluation rapide à la naissance
- Allaitement dans la première heure après la naissance
- Soins du cordon ombilical
- Soins des yeux
- Allaitement exclusif
- Prévention des infections
- Vaccination du nouveau-né
- Détection et soins des problèmes courants du nouveau-né
- Réanimation du nouveau-né pour l'aider à respirer s'il a des problèmes respiratoires à la naissance
- Examen du nouveau-né pour déterminer s'il est en bonne santé ou s'il a besoin d'être orienté vers un établissement de soins mieux équipé.
- Soins particuliers pour répondre aux besoins spécifiques du nouveau-né présentant un faible poids à la naissance

Tous les bébés ont besoin des mêmes soins essentiels, qu'ils naissent à domicile ou dans une structure sanitaire. Outre les informations sur les soins essentiels, ce manuel identifie les Signes de danger chez le nouveau-né, comment reconnaître et gérer les problèmes courants et comment orienter le nouveau-né malade pour qu'il/elle bénéficie de soins appropriés, s'il y a lieu. *Les soins au nouveau-né très malade, autres que la stabilisation et l'orientation vers des services d'urgence, ne font* ***pas*** *partie de ce Manuel de référence;*

Le Manuel de référence est divisé en six chapitres :

1. Les soins au nouveau-né commencent avant la naissance
2. Soins essentiels pour chaque nouveau-né
3. Un allaitement réussi
4. Réanimation du nouveau-né
5. Soins des bébés présentant un faible poids à la naissance
6. Problèmes courants chez le nouveau-né

Chaque chapitre commence par un aperçu des informations traitées et de ce que le lecteur apprendra à faire. Des tableaux de prise de décision présentent à chaque chapitre les étapes qui permettent d'identifier et de gérer la plupart des problèmes courants chez le nouveau-né. Chaque chapitre se termine par une liste énumérant les tâches qui peuvent être effectuées par tout prestataire de soins de santé pour les nouveau-nés, y compris les prestataires communautaires.

Ce manuel traite avant tout des soins au nouveau-né ; il ne donne, par conséquent, qu'un bref aperçu (chapitre 1) de certains aspects des soins prénataux et maternels. Il est, bien entendu, notoire que la santé de la mère et les soins qui lui sont prodigués pendant la grossesse et l'accouchement, puis post partum, sont critiques pour le bien être du nouveau-né. Nous espérons que les utilisateurs de ce manuel pourront obtenir des informations et acquérir un savoir-faire par les programmes de formation pour une maternité sans risque qui existent dans la plupart des pays, et nous les encourageons à le faire.

Ce manuel fournit des recommandations pour les soins au nouveau-né, fondées sur les dernières conclusions scientifiques ou, en leur absence, sur l'opinion d'experts.

Avis au lecteur

Ce manuel utilisera les termes nouveau-né, nourrisson et bébé pour décrire le nouveau-né.

INTRODUCTION À L'APPROCHE DÉCISIONNELLE

Ce manuel fait fréquemment appel à une procédure par étapes pour identifier les besoins du nouveau-né et y répondre. Nous l'avons baptisée approche décisionnelle. Elle aidera les prestataires à utiliser leur savoir et leurs compétences pour prendre des décisions en matière de soins au nouveau-né. Certains prestataires connaissent ce concept car elles utilisent les notes SOAP (Éléments subjectifs, éléments objectifs, appréciation et plan), la prise de décision clinique ou une variante de ces méthodes. Cette approche par étape implique un processus de réflexion organisé, aboutissant à des soins réfléchis, sûrs et efficaces.[2,3]

La résolution des problèmes par l'adoption d'une procédure par étapes présente trois avantages :

1. Elle aide le prestataire de soins de santé à recueillir les informations de manière organisée.
2. Elle l'aide à utiliser ces informations pour qu'un problème ou un besoin soit correctement identifié.
3. Elle aide le personnel soignant à ne prodiguer que les soins et traitements nécessaires et adéquats.

Parce que la plupart des informations énoncées aux chapitres suivants sont organisées autour de ces étapes décisionnelles et présentées sous cette forme, nous expliquons ici dans le détail cette approche et y avons joint des illustrations.

Les étapes de l'approche décisionnelle sont les suivantes :

Étape 1 : Réunir les observations médicales.
Étape 2 : Procéder à un examen physique.
Étape 3 : Identifier les besoins ou les problèmes éventuels.
Étape 4 : Échafauder un programme de soins pour répondre aux besoins et aux problèmes.
Étape 5 : Procéder à un suivi pour apprécier le programme de soins.

Clara, le bébé : Illustration de l'approche décisionnelle

L'exemple suivant (Clara, le bébé) illustre les cinq étapes de l'approche décisionnelle.

UN BÉBÉ NOMMÉ CLARA ÉTAPE 1 : RÉUNIR LES OBSERVATIONS MÉDICALES

Dorothée, la mère, amène Clara, le bébé, chez le/la prestataire de soins de santé.

La mère dit : « Je suis inquiète car Clara a des rougeurs sur la peau. »

Le/la prestataire de soins de santé demande à voir les éventuels dossiers médicaux de la mère et du nouveau-né que la mère pourrait avoir apportés et vérifie si l'établissement a un dossier les concernant qu'elle pourrait consulter. La mère n'a apporté aucun document. Les registres de la clinique montrent que la mère a eu quatre examens prénataux et un accouchement normal, sans problème particulier. Le/la prestataire de soins de santé constitue un dossier en posant des questions sur le bébé.

- Quand et où Clara est-elle née ?
- Quel était son poids à la naissance ?
- Racontez-moi la naissance de Clara et les traitements prescrits.
- Quand les éruptions cutanées ont-elles débuté ?
- Ont-elles empiré ?
- Avez-vous tenté quelque chose pour soigner les rougeurs du bébé ?
- Clara mange-t-elle bien ?
- Clara dort-elle entre les tétées et réclame-t-elle le sein en se réveillant ?
- Clara est-elle un bébé difficile ?
- Dites-moi à quelle fréquence Clara urine et défèque.
- Y a-t-il autre chose qui vous inquiète en ce qui la concerne ?

Le/la prestataire de soins de santé inscrit ces observations dans le tableau :

« Nourrisson d'une semaine, née dans l'hôpital régional, présentant une éruption que la mère a remarquée depuis trois jours ; elle n'a donné aucun traitement. Le bébé s'alimente bien et dort bien, il urine et défèque normalement et n'est pas pénible. »

Étape 1 : Réunir les observations médicales

À ce stade, le personnel soignant questionne la mère sur la santé et les éventuels problèmes du bébé (ou les siens) et écoute ses réponses. Il/elle la questionne également sur sa grossesse et sur le déroulement de l'accouchement. Cette étape se nomme Collecte des observations médicales, parce qu'elle a pour objectif de connaître tous les antécédents de santé du bébé et de la mère.

Astuces pour obtenir un récit circonstancié

Lorsqu'elle recueille un récit, le/la prestataire de soins de santé doit :

- Mettre à l'aise la mère et sa famille.
- Les aider à se détendre en expliquant pourquoi les questions sont nécessaires.
- Leur parler dans une zone privée.
- Les questionner sur un ton respectueux, aimable et en manifestant de l'intérêt.
- Écouter attentivement toutes les réponses.
- Vérifier le dossier de la clinique sur la mère et, s'ils existent, demander à voir les documents médicaux en sa possession, si elle en a apporté.
- Poser toutes les questions sur les symptômes qui lui permettront de déterminer les besoins et de cerner le problème.

Si une mère ou un bébé ont d'évidence besoin de soins urgents, le prestataire de soins de santé peut poser très peu de questions avant d'intervenir, une intervention rapide étant nécessaire. Une fois l'urgence sous contrôle, les antécédents complets du problème doivent être étudiés. Si la mère est très malade, un autre membre de la famille peut devoir raconter les faits.

Les réponses de la patiente concernant le problème constituent un « bilan des antécédents ». Ce bilan aide le/la prestataire de soins de santé à déterminer ce qu'il/elle doit vérifier à l'Étape 2 : Examen physique qui doit être consigné par écrit, soit tout de suite, soit immédiatement après la visite de la mère.

Étape 2 : Procéder à un examen physique

Les informations données par la mère à l'Étape 1 contribuent à déterminer ce qu'il faut rechercher et suggèrent ce que peuvent être les éventuels besoins et problèmes. L'examen du bébé consiste à regarder, sentir, écouter et humer. Des tests en laboratoire peuvent aussi faire partie de l'examen, s'il y a lieu et si c'est faisable.

Examen complet

Peu après la naissance, le prestataire de soins de santé procède à un examen physique complet du nouveau-né (voir chapitre 2 pour le détail). Un examen physique complet peut révéler des problèmes que la mère n'a pas détectés.

Examen ciblé

Après le premier examen physique complet, un examen de suivi du bébé en bonne santé cible des zones particulières, déterminées par l'âge du bébé (voir tableau 2.7 du chapitre 2) et/ou des préoccupations particulières.

Lorsque, par exemple, une mère amène son bébé parce qu'il a un problème, un bref examen physique peut être effectué plutôt qu'un examen complet. Dans ce cas, l'examen physique ciblera un problème spécifique : Le « problème énoncé ».

Après examen du bébé, le prestataire de soins de santé invite la mère à allaiter et observe l'allaitement tout en discutant avec elle des conclusions récapitulatives.

Ce qu'observe le/la prestataire de soins de santé (ce qu'il/elle voit, sent, entend) lorsqu'elle examine la mère ou le bébé, se nomme conclusions de l'examen physique. Tout comme en ce qui concerne le bilan des antécédents de l'Étape 1, il vous faut également consigner les conclusions récapitulatives.

Tests en laboratoire ou autres investigations

Procédez aux tests en laboratoire et aux autres examens nécessaires (si possible).

UN BÉBÉ NOMMÉ CLARA ÉTAPE 2 : PROCÉDER À UN EXAMEN PHYSIQUE

Le/la prestataire de soins de santé réfléchit aux conclusions de l'enquête sur Clara. Elle se lave soigneusement les mains et examine le bébé comme suit.

Elle :

- Prend la température du bébé ou l'évalue d'après le degré de chaleur de la poitrine.
- Pèse le bébé, si possible.
- Apprécie le teint du bébé pour voir s'il est rose, bleu, pâle ou jaune.
- Cherche d'éventuelles pustules sur la peau, ouvre la couche pour voir les fesses, et écarte les replis de peau (cou, aisselles, zone de l'aine) pour y rechercher des pustules.
- Apprécie la propreté de la peau et des vêtements.
- Regarde le cordon pour y détecter d'éventuelles rougeurs ou écoulements.
- Regarde les yeux du bébé pour voir s'ils sont rouges, gonflés ou s'ils présentent des écoulements.
- Observe l'activité du bébé et sa vivacité pendant l'examen.

Après l'examen, la prestataire de soins de santé se lave à nouveau les mains et observe le bébé, pendant qu'il tète. Elle consigne ensuite ces conclusions dans le dossier du bébé :

« Bébé vif et actif, qui tête bien. Température axillaire = 36,2 °C, poids = 2,950kg (équivalent au poids de naissance). Les yeux sont clairs, le cordon a disparu, le nombril est propre et sec, le teint est rose. Il a cinq petites pustules à l'intérieur des plis de l'aine et deux très petites sur la fesse gauche. La peau et les vêtements ne sont pas propres. »

UN BÉBÉ NOMMÉ CLARA ÉTAPE 3 : IDENTIFIER TOUT BESOIN OU PROBLÈME

La prestataire de soins de santé révise les antécédents et les conclusions de l'examen physique de Clara, le bébé. Ses conclusions importantes sont :

- La mère s'inquiète de l'éruption cutanée
- Nombre réduit de pustules et aucune autre anomalie physique détectée lors de l'examen
- La peau et les vêtements ne sont pas propres (ce qui indique que les exigences de protection contre les infections ne sont pas respectées)

Le prestataire de soins de santé inscrit les besoins et les problèmes de Clara sur son tableau :

« Infection cutanée localisée observée ; l'hygiène laisse à désirer. La mère doit apprendre à discerner une infection cutanée bénigne d'une infection grave. La mère doit connaître les signes de danger du nouveau-né et savoir que faire dans ce cas. »

Étape 3 : Identifier tout besoin ou problème

Le prestataire de soins de santé identifie les besoins et les problèmes en réfléchissant aux conclusions récapitulatives et à celles de l'examen physique. Les conclusions doivent être comparées aux connaissances du/de la prestataire de soins de santé sur les bébés sains et aux informations contenues dans ce manuel.

Il peut s'agir d'une maladie ou d'un signe de maladie. Des conclusions récapitulatives ou des conclusions d'examen physique anormales peuvent indiquer une maladie.

Chaque nouveau-né a besoin de soins essentiels. Ces besoins incluent la chaleur, la protection contre les infections et l'alimentation. Le prestataire de soins de santé constatera parfois que les parents ont besoin d'instructions sur la manière dont ils peuvent répondre aux besoins normaux de leur bébé. Les besoins insatisfaits aboutissent à des problèmes ; si le besoin de chaleur du nouveau-né n'est pas comblé, par exemple, il en résulte une hypothermie.

Que faire des conclusions

Si les conclusions sont normales, le prestataire de soins de santé doit dire à la mère que tout va bien.

Si les conclusions révèlent un problème, le/la prestataire de soins peut comparer les conclusions anormales avec les informations contenues dans ce manuel. Veillez à expliquer les besoins et les problèmes à la mère avant d'entamer tout soin. Toute conclusion ayant trait à des besoins ou à des problèmes doit être consignée par écrit.

Il est parfois difficile de déterminer la nature du problème. De nombreuses pathologies du nouveau-né ont des symptômes semblables ; les difficultés d'allaitement, par exemple, peuvent avoir de nombreuses causes : Infections respiratoires, sepsie, engorgement du sein ou prématurité. Tous ces problèmes peuvent être consignés à l'Étape 3. Puis, après avoir réuni plus d'informations (antécédents, examen physique et/ou tests de laboratoire) le/la prestataire de soins de santé peut déterminer la nature réelle du problème.

Si le savoir du/de la prestataire de soins de santé ou son équipement n'est pas adéquat pour identifier le problème, elle doit orienter la mère et le bébé vers quelqu'un qui pourra les aider.

Il est important que tous les problèmes et les besoins des mères ou des bébés soient pris en compte. Une mère peut venir se plaindre de douleurs dans la poitrine, par exemple, mais elle a également besoin d'informations sur le planification familiale, une bonne alimentation et l'endroit où elle pourra faire vacciner ses autres enfants en bas âge, tout cela lors d'une seul et même visite.

De nombreuses pathologies du nouveau-né présentent des symptômes identiques. Les difficultés d'allaitement, par exemple, peuvent être provoquées par des infections respiratoires, une sepsie, un engorgement du sein ou la prématurité.

UN BÉBÉ NOMMÉ CLARA ÉTAPE 4 : ÉLABORER UN PROGRAMME DE SOINS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS ET AUX PROBLÈMES

Le/la prestataire de soins de santé élabore un programme pour répondre aux besoins de Clara et le consigne sur le tableau. Dans ce cas là, il faut seulement éduquer, conseiller et donner un traitement cutané ; Clara n'a pas besoin de prendre de médicaments ni d'être vue par un autre prestataire de soins ou spécialiste.

Programme de soins :

- Rassurer la mère en lui expliquant que l'infection cutanée n'est pas grave et peut être traitée à la maison.
- Apprendre à la mère à laver les éruptions cutanées et à les traiter avec une solution de violet de gentiane (voir le tableau 6.7 du chapitre 6)
  - Lui montrer comment procéder.
  - La convier à faire de même pour vérifier qu'elle s'y prenne bien.
- Expliquer à la mère qu'elle doit ramener Clara immédiatement si elle développe beaucoup d'autres pustules (plus de 10).
- Apprendre à la mère pourquoi et comment baigner son bébé régulièrement et à lui mettre des vêtements propres.
- Enseigner à la mère les signes de danger du nouveau-né et que faire si Clara en présente.
- Programmer une autre visite 2 à 3 jours plus tard pour voir où en sont l'éruption et l'hygiène du bébé.

Étape 4 : Instaurer un programme de soins pour répondre aux besoins et aux problèmes

Le prestataire de soins de santé devra élaborer un programme de soins pour traiter chaque problème et répondre à chaque besoin. Chaque programme de soins peut inclure certaines des mesures ci-dessous ou toutes ; comme dans les trois autres étapes, le programme de soins devra être consigné par écrit.

Éducation

- Aider la famille à apprendre à se soigner.
- Enseigner à la mère les signes de danger en ce qui la concerne et pour son bébé.
- Apprendre à la mère à réagir à bon escient aux signes de danger.

Conseil

- Déterminez ce que la mère pense de son problème ou de celui de son bébé et la mesure que vous recommandez.
- Aidez-la à comprendre le besoin ou le problème.
- Déterminez si la mère peut faire ce que vous lui conseillez.
- Aidez-la à trouver des moyens de faire ce que vous lui conseillez ou d'autres approches qu'elle et sa famille peuvent adopter.
- Donnez-lui l'opportunité de discuter de ses questions et préoccupations.

Traitement médical

- Choisissez le médicament ou le traitement qui convient.

Orientation vers un spécialiste

- Si nécessaire, envoyer la mère et le bébé vers une structure mieux équipée pour qu'ils obtiennent de l'aide. Des soins compétents ou spécialisés, prodigués par des sages-femmes, des médecins et des hôpitaux peuvent sauver la vie du bébé ou celle de sa mère.
- La mère peut parfois avoir besoin d'une aide autre que médicale. Les programmes éducatifs, les services sociaux, les groupes de femmes ou les institutions caritatives peuvent éventuellement l'aider à répondre à ses besoins.

Suivi

Avant la fin de la visite, prenez rendez-vous pour une visite de suivi avec la mère pour voir si le programme de soins fonctionne. En programmant cette visite :

- Remerciez la mère d'être venue.
- Expliquez-lui pourquoi elle et son bébé doivent, le cas échéant, revenir vous voir.
- Assurez-vous qu'elle connaît bien les signes de danger du nouveau-né.
- Assurez-vous qu'elle sache quoi faire si elle détecte un signe de danger. Apprenez-lui qu'elle doit immédiatement solliciter des soins médicaux pour le bébé.
- Programmez la visite de suivi au moment recommandé par le tableau décisionnel.

Étape 5 : Suivi pour apprécier le programme de soins

Les étapes de la prise de décision devraient être répétées lorsque la mère et le bébé reviennent pour une visite de suivi. Cela permettra de déterminer si le problème ou le besoin a été résolu, en est au même point ou a empiré. Et aussi de détecter d'éventuels nouveaux problèmes ou besoins.

Le bébé a peut-être maintenant besoin d'un nouveau programme de soins, tel qu'un autre médicament ou traitement, ou la mère a peut-être des questions. Le rôle du/de la prestataire de soins de santé peut aller au-delà de l'éducation en matière de santé. Il faut peut-être orienter le bébé vers un spécialiste. Et bien sûr, l'évaluation de suivi (nouveaux éléments et nouvelles conclusions de l'examen physique) et le nouveau programme de soins doivent être consignés par écrit dans le dossier du bébé.

Consigner les étapes par écrit

Comme nous l'avons constaté tout le long de cette procédure, toutes les conclusions et les programmes de soins devraient être inscrites dans un rapport qui sera intégré au dossier de la mère et/ou du bébé ; ce dossier vous aidera et aidera d'autres personnes à prodiguer des soins de qualité. Vous pouvez compléter ce rapport au fur et à mesure que vous exécutez chaque étape, à l'issue de la visite, ou en compléter différentes parties à divers moments. À côté de la date et de l'heure de la visite, le rapport doit inclure :

1. L'historique : Les antécédents
2. L'examen : Les conclusions de l'examen physique, les résultats des tests en laboratoire, s'il y a lieu.
3. Les problèmes : Les problèmes non résolus et les besoins non satisfaits (si la nature du problème n'est pas évidente, les symptômes doivent alors êtres énumérés ici.)
4. Programme de soins : Pour chaque problème non résolu ou besoin non satisfait, le programme doit inclure :
   - Les conseils et les instructions données
   - Les traitements administrés
   - Les médicaments donnés ou prescrits
   - Les tests en laboratoire ou les examens supplémentaires prescrits
   - Les orientations vers un spécialiste
5. Suivi : Date de la prochaine visite de suivi

UN BÉBÉ NOMMÉ CLARA ÉTAPE 5 : SUIVI POUR APPRÉCIER LE PROGRAMME DE SOINS

Le/la prestataire de soins de santé prévoit la visite de suivi de Clara avec la mère et consigne la date de cette visite dans le dossier du bébé. Clara ayant une infection localisée, cette visite doit avoir lieu 2 à 3 jours plus tard. Le/la prestataire de soins de santé félicite la mère d'avoir amené le bébé lorsqu'elle s'est inquiétée et lui conseille de :

- Ramener le bébé pour un contrôle 2 à 3 jours plus tard.
- Amener immédiatement le bébé pour des soins s'il présente un quelconque signe inquiétant.
- Il/elle rappelle à la mère qu'il lui faut venir avec le bébé à la date prévue, pour les visites postnatales intégrées, les vaccinations et le contrôle de la croissance.
- Il/elle lui conseille de solliciter éventuellement les services de planification familiale.

TABLEAU 3	TABLEAU DÉCISIONNEL
Historique	Questions à poser pour ce problème particulier
Examen	■ Parties du corps qui doivent être examinées ■ Tests en laboratoire ou tests de dépistage
Problèmes/besoins	■ Conclusions normales et anormales à propos des besoins du nouveau-né pour chaque partie du corps. ■ Besoins courants du nouveau-né

Programme de soins	■ Le programme pour chaque problème, notamment l'éducation, le conseil, le traitement médical, les tests en laboratoire, l'orientation vers un spécialiste et le suivi.
	■ Programme pour chaque besoin :
	  ■ Conseils à donner à la mère pour les soins du bébé
	  ■ Signes de danger à détecter et comment réagir
	  ■ Rendez-vous pour la visite de suivi

Suivi	Suggestions pour le rendez-vous de la visite de suivi

Tableau décisionnel

Pour la plupart des problèmes du nouveau-né traités dans ce manuel, les soins au nouveau-né recommandés seront présentés sous la forme des étapes décisionnelles précédemment décrites. Chaque problème ou état sera illustré par un tableau qui sera constitué des cinq étapes de l'approche décisionnelle et des mesures à prendre à chacune de ces étapes. Le tableau 3 est un exemple de tableau décisionnel.

Remarques

1 Les statistiques des pages 1 à 3 sont extraites de Saving Newborn Lives. (2001). *The State of the World's Newborns*. Washington, DC: Save Newborn Lives/Save the Children Federation.

2 Buffington ST et Marshall MA. (1998). Using the problem-solving method to give maternity care, in *Life Saving Skills Manual for Midwives*. 3ème édition. Module 1, pp.1.22 à 1.31. Washington, DC: ACNM (École américaine des infirmières-sages-femmes).

3 Ministère ghanéen de la santé et PRIME II. (2001). Problem-solving for quality care [« Résolution de problèmes pour des soins de qualité »], in *Safe Motherhood Clinical Skills: A Self-Paced Learning Intervention in Six Units*. Module 3. Accra : Ministère de la santé du Ghana et PRIME II.

I

Les soins au nouveaú-né commencent avant la naissance

Les soins aux nouveau-nés commencent avant la naissance 13

I

Les soins au nouveau-né commencent avant la naissance

Les prestataires doivent détenir le savoir et maîtriser les techniques qui permettent de prodiguer les soins de base au nouveau-né, ainsi que de reconnaître et de gérer les problèmes courants chez le nourrisson. Mais il est également essentiel qu'ils comprennent que la santé du nouveau-né dépend de la santé et de l'alimentation de sa mère, tout particulièrement pendant la grossesse, l'accouchement et la période post partum. Des soins complets et de qualité pour la mère pendant la grossesse et l'accouchement sont aussi importants que les soins du bébé après la naissance, pour garantir que chaque nouveau-né démarre dans la vie avec les meilleures chances possibles de parvenir à l'âge adulte.

Dans ce chapitre, vous trouverez des informations sur :

- Les principales composantes des soins aux femmes enceintes, notamment le conseil, les plans d'accouchement, la détection des signes de danger et l'état de préparation en cas de complications.
- Les soins prénataux pour la prévention des problèmes du nouveau-né.
- Les soins de la mère pendant le travail et l'accouchement
  - L'utilisation du partogramme
  - La détresse foetale
  - La prévention de la transmission du SIDA de la mère à l'enfant

Dans ce chapitre, vous apprendrez à faire les choses suivantes :

- Commencer les soins au nouveau-né avant la naissance :
  - Apprendre aux femmes et à leur famille pourquoi la santé de la mère et les soins prénataux sont importants pour la santé du nouveau-né
  - Enseigner aux femmes et à leur famille les signes de danger de la grossesse, de l'accouchement et de la période post partum
  - Aider les femmes et leur famille à élaborer des plans d'accouchement
  - Promouvoir l'accès à des prestataires qualifiés pour les soins d'accouchement et inciter les femmes à faire appel à eux
  - Surveiller l'état du fœtus pendant le travail en écoutant son rythme cardiaque, en observant la couleur du fluide amniotique et en prenant des mesures lorsqu'un problème survient
  - Promouvoir l'espacement des grossesses

LES SOINS AU NOUVEAU-NÉ COMMENCENT AVANT LA NAISSANCE

Les soins au nouveau-né commencent bien avant la naissance. Ils commencent par les soins à la mère enceinte. Pendant la grossesse, une mère doit être nourrie en conséquence, ne pas développer d'infection et être suivie pour détecter d'éventuelles complications. La mère doit avoir accès à des mesures préventives, des traitements s'il y a lieu, et des conseils/avis en matière de santé, notamment une formation sur la détection des signes de danger. Pendant le travail et l'accouchement, les soins obstétriques d'urgence sont particulièrement critiques en cas de complications mettant en jeu le pronostic vital. Des soins adaptés pendant la grossesse, le travail et l'accouchement sont la première étape vers des soins au nouveau-né appropriés.

Soins prénataux

Une mère en bonne santé est davantage susceptible de donner naissance à un bébé à terme en bonne santé qui va survivre. Une mère qui n'est pas en bonne santé pendant sa grossesse peut ne pas être en mesure de répondre à tous les besoins de son bébé. L'objectif des soins prénataux consiste à préserver la bonne santé de la mère, contribuer à éviter certains problèmes tels qu'un faible poids à la naissance et les infections du nouveau-né, et aboutir à un accouchement normal. Les recommandations actuelles incluent quatre visites prénatales au minimum, débutant au quatrième mois de grossesse au plus tard.

Certaines activités prénatales peuvent contribuer à éviter certains problèmes spécifiques au nouveau-né (voir exemples au tableau 1.1).

Conseil

Le conseil individualisé et les recommandations en matière de santé sont deux composantes importantes des soins de la période prénatale. Les femmes enceintes ont besoin d'informations en matière de santé dans plusieurs domaines, notamment l'alimentation, la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), l'allaitement, la planification de la naissance, y compris des complications possibles, et la planification familiale pour après la naissance.

TABLEAU 1.1 SOINS PRÉNATAUX POUR PRÉVENIR LES PROBLÈMES CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

MESURES À PRENDRE EN MATIÈRE DE SOINS PRÉNATAUX	PROBLÈME QUE CELA PEUT PRÉVENIR CHEZ LE NOUVEAU-NÉ
■ Immunisation maternelle par vaccin anti-tétanique (voir Annexe A)	■ Tétanos du nouveau-né
■ Examen de dépistage de la syphilis (avec test RPR ou VDRL) et traitement si le résultat est positif (voir Annexe B)	■ Avortement, naissance d'un enfant mort-né, syphilis congénitale
■ Examen de dépistage et traitement des autres infections sexuellement transmissibles	■ Infection oculaire à gonocoques ou chlamydia chez le nouveau-né, sepsie néonatale
■ Prévention de la malaria : ▪ Traitement préventif intermittent pour la malaria (voir Annexe B) ▪ Utilisation de moustiquaires traitées aux insecticides	■ Avortement, prématurité, faible poids à la naissance
■ Examen de dépistage du SIDA et thérapie antirétrovirale pendant la grossesse ou l'accouchement en cas de séropositivité (voir l'article sur la transmission du SIDA de la mère à l'enfant)	■ Transmission du SIDA au fœtus ou au nouveau-né
■ Examen de dépistage et traitement de l'anémie et de l'ankylostomiase	■ Faible poids à la naissance
■ Apport complémentaire de micronutriments (vitamine A, fer, acide folique, iode)	■ Faible poids à la naissance, prématurité, anomalies de la moelle épinière, crétinisme

Conseillez à la mère et à sa famille de solliciter une aide médicale immédiate, de jour ou de nuit, si elle présente un quelconque signe de danger.

Plan d'accouchement

Un plan d'accouchement est un plan d'action développé par la mère et les membres de sa famille. Il est parfois baptisé « plan de préparation à l'accouchement » ou « plan de l'accouchement et de ses complications ». Il ne s'agit en principe pas d'un document écrit. Mais plutôt d'une discussion suivie avec la mère et sa famille, pour s'assurer qu'elle et le bébé recevront rapidement les soins appropriés au moment de la naissance et avant ou après la naissance si des complications surviennent. La présence d'un plan d'accouchement peut minimiser le chaos au moment de la naissance et accroître les chances que la mère et son bébé reçoivent des soins appropriés et opportuns. L'idée d'un plan d'accouchement doit être suggérée dès la première visite prénatale de la mère et révisé/mis à jour avec elle au cours des visites suivantes.

Signes de danger et état de préparation en cas de complication

Bien que la plupart des grossesses se déroulent normalement, il est essentiel que la mère et sa famille détectent d'éventuelles anomalies. Ils doivent aussi être prêts à prendre rapidement les mesures qui s'imposent en cas de complication ou d'urgence. Lors de ses visites prénatales, le/la prestataire de soins de santé peut travailler avec la mère et sa famille pour prévoir un plan en cas d'éventuelles complications. Lorsqu'une mère développe une complication pendant la grossesse, sa vie, tout comme celle de son bébé, peuvent être en danger. Les signes de danger indiquent des problèmes sérieux ou mettant en jeu le pronostic vital et l'urgence de soins médicaux. Ils doivent être expliqués dès la première visite et rappelés pendant toute la grossesse. Conseillez à la femme et à sa famille de solliciter une aide médicale immédiate, de jour comme de nuit, si elle présente un quelconque signe de danger. Souvenez-vous : Il existe plusieurs types de signes de danger lors d'une grossesse ou d'un accouchement et pendant la période post partum.

Signes de danger à détecter lors d'une grossesse :

- Saignements vaginaux
- Violents maux de tête/troubles de la vision
- Convulsions/pertes de conscience
- Douleurs abdominales intenses
- Fièvre
- Rupture des membranes sans début de travail dans les 18 heures.
- Odeurs fétides ou pertes vaginales jaunâtres/verdâtres/brunâtres
- Interruption des mouvements fœtaux

TABLEAU 1.2 PLAN D'ACCOUCHEMENT

PLANIFIER LES	ÉLÉMENTS À INCLURE
Espace d'accouchement approprié et orientation éventuelle vers une structure spécialisée	Selon l'état et la situation de la mère, le prestataire de soins de santé peut devoir recommander que l'accouchement ait lieu dans une structure sanitaire d'un niveau spécifique, ou simplement aider la mère à accoucher là où elle choisit de le faire. La mère a également besoin d'aide pour identifier l'établissement approprié où se rendre si des signes de danger surviennent.
Sage-femme qualifiée	Le prestataire de soins de santé doit suggérer l'aide d'une sage-femme compétente, si possible ; une personne qualifiée pour veiller à ce que le travail et l'accouchement se déroulent normalement et pour gérer d'éventuelles complications. La mère doit aussi savoir comment contacter une sage-femme compétente ou l'établissement quand elle en a besoin.
Transports	Le/la prestataire de soins de santé doit aider la famille à prévoir un moyen de transport disponible, même à des heures inhabituelles ou par mauvais temps. Ils peuvent avoir à prendre d'avance des dispositions avec le propriétaire d'un véhicule.
Matériel nécessaire	**Pour la mère :** Serviettes hygiéniques/linges, savon, vêtements propres. **Pour le nouveau-né :** Lame de rasoir neuve, liens, couvertures, couches, vêtements. Expliquer pourquoi il est important de conserver le matériel propre et regroupé pour le récupérer rapidement.
Soutien de la famille et de la communauté	La famille doit discuter et s'organiser à l'avance pour : ■ Prévoir la personne choisie par la mère pour la soutenir pendant la naissance ; ■ Trouver quelqu'un qui s'occupe de la famille et de la maison pendant l'absence de la mère ; ■ Opter pour un mode de prise de décision en l'absence éventuelle du chef de famille et en cas d'urgence ; ■ Trouver un donneur de sang approprié, disponible en cas d'urgence ; ■ Savoir comment accéder aux ressources de la communauté et obtenir son soutien.
Coûts	Le/la prestataire de soins de santé doit discuter de la nécessité d'une somme disponible (et de son montant) pour des choses telles que : ■ Le transport, s'il y a lieu ; ■ Le salaire de la sage-femme et/ou les paiements des services de l'établissement

Soins pendant l'accouchement

L'idéal serait que chaque accouchement soit assisté par un(e) prestataire dûment qualifié(e), formé(e) et équipé(e) pour gérer les complications. Malheureusement, c'est loin d'être possible à l'heure actuelle. De nombreux pays connaissent une grave pénurie de professionnels formés aux soins à la mère et au nouveau-né. Les quelques sages-femmes, infirmiers, obstétriciens et pédiatres disponibles sont en général nommés dans des centres spécialisés pour exploiter au mieux leurs compétences. Ces prestataires qualifiés soignent habituellement des femmes et des bébés qui souffrent de complications ou de problèmes. La majorité des soins normaux d'accouchement et du nouveau-né se prodiguent à la maison, sans prestataires formés et dans des centres de soins de proximité. Quel que soit le lieu de naissance, tout le personnel qui participe à l'accouchement et aux soins des nouveau-nés doit recourir à des pratiques d'accouchement propres et posséder les connaissances et les compétences nécessaires pour prodiguer les soins essentiels à tous les bébés, y compris la détection et l'orientation vers un spécialiste en cas de problème.

Partogramme

Le partogramme est un simple tableau utilisé pour contrôler le travail et l'état de la mère et du bébé pendant l'accouchement. Il inclut un graphique pour l'enregistrement de la progression du travail au fil du temps. Les lignes « Alerte » et « Action » imprimées sur le graphique permettent à la sage-femme d'identifier facilement une progression anormale du travail. Si les progrès d'une femme traversent ces lignes, cela signifie que quelque chose ne va pas et qu'elle a rapidement besoin d'attention, voire dans certains cas d'une intervention pour lui sauver la vie. Les sages-femmes à tous les niveaux doivent être formées à l'utilisation du partogramme pour prendre des décisions à propos de la gestion du travail et de l'accouchement, en particulier lorsque le transport vers un centre spécialisé serait trop long ou trop coûteux.

Transmission du SIDA de la mère à l'enfant

La transmission de la mère à l'enfant (TME) est la source d'infection du SIDA la plus fréquente chez les jeunes enfants. Dans les pays aux ressources limitées, on estime qu'environ 600 000 nourrissons infectés par le SIDA naissent chaque année (au moins 1 600 par jour). Heureusement, la recherche a commencé à nous donner des solutions pour empêcher l'infection.

La transmission de la mère à l'enfant peut se produire de trois manières :

- Pendant la grossesse
- Pendant l'accouchement
- Pendant l'allaitement

Sans actions préventives, environ 35 nourrissons nés de mères séropositives sur 100 contracteront le virus par TME. Sur ces 35 nourrissons, 15 environ seront infectés par le biais de l'allaitement. Pour des informations sur les moyens de réduire le risque de TME par l'allaitement, se reporter au chapitre 3.

Certaines pratiques de soins peuvent diminuer le risque de TME pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et les premiers instants de vie du nouveau-né. UNAIDS, l'OMS et l'UNICEF ont eu un rôle prépondérant dans le développement de directives pour des programmes d'intervention contre les TME. Leurs recommandations insistent sur le conseil et les tests volontaires (CTV) pendant les soins prénataux, sur des pratiques d'accouchement sécurisées, des conseils sur les formules d'allaitement pour les femmes séropositives, et le cas échéant, des thérapies antirétrovirales à court terme pour les mères séropositives et/ou leurs nouveau-nés.

Le conseil et les tests volontaires sont des mesures approuvées dans le monde entier pour une personne qui veut faire le point sur sa situation en matière de séropositivité. Volontaire signifie que la mère, et non le prestataire de services de santé, décide de passer le test ou non. Soutenez la mère, quelle que soit sa décision. Si elle subit le test, la mère doit avoir l'opportunité d'en discuter avec un conseiller dûment formé, avant et après les résultats. Les mères dont le test est positif auront également besoin de conseils supplémentaires sur les possibilités d'allaitement et sur la thérapie médicamenteuse.

Des pratiques d'accouchement sûres qui protègent le bébé impliquent dans la mesure du possible le non recours à des pratiques invasives et n'incluent :

- Aucune rupture artificielle des membranes pour raccourcir le travail
- Aucune épisiotomie de routine
- Aucune extraction à vide et aucun recours aux forceps pour l'accouchement, à moins d'une absolue nécessité
- Pas d'aspiration de routine du nouveau-né

Les pratiques d'accouchement sûres, conçues pour protéger les prestataires, la mère, les membres de la famille, ainsi que le bébé incluent notamment :

- Le recours à des précautions standard (lavage des mains et port de gants, protection oculaire et port d'un tablier protecteur) à chaque accouchement ;
- La prévention des projections de sang lors de la section du cordon ombilical ;
- Une manipulation et une élimination sûre du placenta ;
- L'application rigoureuse de directives de prévention de l'infection dans l'organisation de l'accouchement : décontamination convenable, nettoyage et désinfection ou stérilisation radicale de l'équipement ; élimination sûre des déchets.

Une femme peut être infectée depuis plusieurs mois avant que sa séropositivité soit révélée par les tests. Il est impossible de savoir avec certitude si quelqu'un n'est pas porteur du virus. Il convient, par conséquent, d'utiliser des pratiques d'accouchement sécurisées pour chaque naissance.

En outre, les femmes dont on connaît la séropositivité doivent bénéficier d'une thérapie antirétrovirale (ARV) (s'il y a lieu et si c'est indiqué) pendant la grossesse, l'accouchement et post partum. Il faut également administrer des médicaments ARV au nouveau-né pendant les premiers jours de sa vie. Respectez les protocoles applicables dans votre pays. Ce domaine étant si nouveau, les directives spécifiques au traitement antirétroviral évoluent rapidement au rythme des avancées de la recherche. En ce qui concerne les recommandations les plus courantes, reportez-vous à la liste des sites dans les références générales à la fin de ce chapitre.

Signes de danger pendant le travail et l'accouchement

Certaines complications lors du travail et de l'accouchement peuvent mettre en danger la vie de la mère ou celle de l'enfant à naître. Toutes les femmes enceintes et leur famille doivent être formées à la détection des signes de danger et demander une aide médicale immédiate si un de ces signes apparaît.

Les signes de danger pendant le travail et l'accouchement sont :

- Travail prolongé de plus de 12 heures ;
- Contractions qui commencent huit mois de grossesse (37 semaines).
- Position anormale du bébé (siège, présentation transverse) ;
- Saignements vaginaux ;
- Violents maux de tête/des troubles de la vision/des convulsions ;
- Fièvre et/ou pertes vaginales à l'odeur fétide.

Le conseil et les tests volontaires sont des mesures approuvées dans le monde entier pour toute personne souhaitant faire le point sur sa situation en matière de séropositivité.

TABLEAU 1.3 SIGNES DE DÉTRESSE FŒTALE

SIGNES DE DÉTRESSE FŒTALE	MESURES À PRENDRE
Le rythme cardiaque du fœtus descend en dessous de 120 ou s'élève au-dessus de 160 lorsque la mère a des contractions	*Identifier et traiter le plus rapidement possible les causes éventuelles chez la mère.* Si le rythme cardiaque ne revient pas à la normale, organiser le plus rapidement possible un transfert dans un établissement spécialisé.
Le rythme cardiaque du fœtus est en dessous de 100 ou au-dessus de 180	*Augmentez immédiatement l'apport en oxygène du bébé :* ■ Aidez la mère à changer de position (elle ne doit pas être étendue sur le dos). ■ Donnez-lui de l'oxygène s'il y en a (4 à 6 litres par minute). ■ Donnez des aliments liquides à la mère par la bouche et/ou par voie intraveineuse. ■ Arrêtez la perfusion d'ocytocine s'il y a lieu.
	Identifiez rapidement la cause sous-jacente de la détresse fœtale et traitez-la, si possible.
	Vérifiez à nouveau le rythme cardiaque du foetus ; s'il n'est toujours pas normal : ■ Orientez immédiatement vers un service plus spécialisé ■ Si cela n'est pas possible, procédez à l'accouchement le plus vite possible, tout en se préparant simultanément une réanimation.
Fluide épais, maculé de méconium	*Si le rythme cardiaque est anormal, procédez comme ci-dessus.*
	Si le rythme cardiaque est normal : ■ Surveiller étroitement. ■ Se préparer à une aspiration du bébé dès que la tête est dégagée. ■ Se préparer à une éventuelle réanimation (se reporter au chapitre 4).

Détresse fœtale pendant l'accouchement

Les sages-femmes doivent surveiller l'état du bébé pendant les contractions en comptant les battements du cœur du fœtus (voir Annexe D) à intervalles fréquents et réguliers (chaque 15 à 35 minutes) pendant le travail et l'accouchement, et en observant la couleur du liquide amniotique.

Un rythme cardiaque fœtal normal est d'environ 120 à 160 battements par minute, mais il est susceptible de varier de 100 à 180, particulièrement pendant les contractions. Un rythme cardiaque fœtal normal peut ralentir pendant une contraction, mais revient à la normale une fois la contraction est terminée. Écouter le rythme cardiaque fœtal pendant au moins trois contractions (ou pendant une minute entière si la femme n'est pas en travail) pour déterminer si le rythme est normal.

Un rythme cardiaque fœtal de moins de 100 ou au-dessus de 180 est un signe de détresse fœtal. La détresse fœtale est une urgence et nécessite un traitement rapide sans quoi le bébé décède ou subit des lésions cérébrales.

Les signes de détresse foetale incluent :

- Un rythme cardiaque fœtal de moins de 120 ou supérieur à 160 avant le déclenchement des contractions
- Un rythme cardiaque fœtal inférieur à 100
- Un rythme cardiaque fœtal supérieur à 180
- Un fluide amniotique épais, teinté de méconium

Signes maternels alarmants dans la période post-partum

Après la naissance, le bébé continue à dépendre de sa mère pour les soins, l'alimentation et la protection contre les infections afin de survivre. Certaines complications post partum menacent la vie de la mère. La plupart des décès maternels se produisent, en fait, pendant cette période post partum. En cas de décès de la mère, les risques de décès du bébé augmentent considérablement. Ils sont multipliés par 10 par rapport à un bébé dont la mère n'est pas décédée. Pour contribuer à empêcher cela, apprenez aux mères et aux familles à reconnaître les signes de danger post partum et, comme toujours, à consulter immédiatement dans ce cas.

Signes maternels alarmants à rechercher dans la période post partum

- Saignements vaginaux importants
- Douleur abdominale, fièvre et/ou pertes vaginales à odeur fétide
- Violents maux de tête/troubles de la vision/ convulsions
- Zone rouge et douloureuse ou protubérance mammaire et fièvre

Espacement des grossesses

Des études ont démontré que lorsqu'une femme espace ses grossesses d'au moins 3 à 5 ans d'intervalle, la survie de ses nouveau-nés et de ses enfants s'en trouve considérablement prolongée. Les mères qui espacent leurs grossesses améliorent leur propre santé et l'état nutritionnel, ainsi que la santé de leurs enfants. Une bonne alimentation maternelle augmente les chances d'avoir des bébés en bonne santé par la suite. Les conseils sur la nutrition, les méthodes de planification familiale et l'espacement des naissances représentent par conséquent une partie importante des soins maternels après l'accouchement.

TÂCHES POUR TOUS LES AGENTS DE SANTÉ : LES SOINS AU NOUVEAU-NÉ COMMENCENT AVANT LA NAISSANCE

Commencez les soins au nouveau-né avant la naissance :

1 Prévenez les problèmes des nouveau-nés en prodiguant des soins prénataux :
- Vaccination maternelle contre le tétanos
- Prévention de la malaria (traitement préventif intermittent, moustiquaires)
- Examen de dépistage et traitement des MST
- Examen de dépistage du SIDA et prévention de la transmission de la mère à l'enfant avec une thérapie antirétrovirale
- Examen de dépistage et traitement de l'anémie, de l'ankylostomiase
- Apport complémentaire de micronutriments pendant la grossesse (vitamine A, fer, acide folique, iode)

2 Enseignez aux femmes et à leur famille à détecter les signes de danger pendant la grossesse, le travail, l'accouchement, la période post partum, ainsi que chez le nouveau-né.

3 Aidez les femmes et leur famille à élaborer des plans d'accouchement.

4 Faites la promotion de l'accès à des prestataires qualifiés pour les soins d'accouchement et le recours à ces derniers.

5 Utilisez le partogramme pour surveiller le travail et identifier les femmes et les bébés pour lesquels une intervention rapide est question de vie ou de mort.

6 Surveillez l'état du fœtus pendant le travail en écoutant son rythme cardiaque, en observant la couleur du fluide amniotique et en prenant des mesures lorsqu'un problème survient.

7 Faites la promotion de l'espacement des grossesses.

Références générales

Kinzie B et Gomez P. (2004). *Basic Maternal and Newborn Care: A Guide for Skilled Providers*. Baltimore, Maryland : MNH (Maternal and Neonatal Health, Santé maternelle et néonatale) Program/JH-PIEGO.

Organisation mondiale de la santé. (1996). Perinatal Mortality: a listing of available information. OMS. (WHO/FRH/MSM/96.7)

Organisation mondiale de la santé. (2000). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctor.* Genève : OMS. (WHO/RHR/00.7)

Organisation mondiale de la santé. (2001). *Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model.* Genève : OMS. (WHO/RHR/01.30)

Organisation mondiale de la santé. (2004). *Scaling up antiretroviral therapy in resource limited settings 2003.* Genève : OMS.

Organisation mondiale de la santé. (2004). *Antiretroviral drugs and the prevention of mother-to-child transmission of HIV infection in resource-constrained settings*. Recommandations d'utilisation, révision 2004 (AVANT-PROJET) : 7 janvier 2004. Genève : OMS

Références en ligne

Pour les recommandations les plus courantes sur les traitements anti-rétroviraux et les TME, consultez régulièrement les sites suivants :

www.who.int/reproductive-health/rtis/mtct

www.unaids.org

www.unicef.org/aids

www.who.int/reproductive-health/rtis/nevirapine.htm *(pour des informations sur l'utilisation de la névirapine)*

www.aidsinfo.nih.gov/guidelines
(Pour des informations sur l'utilisation de la zidovudine [AZT])

2

Soins essentiels pour chaque nouveau-né

Introduction 23

Aperçu des soins essentiels au nouveau-né 25

Préparer la naissance d'un bébé 25

Soins immédiats à la naissance 29

Soins au nouveau-né pendant la première journée 32

Observations médicales réunies sur le bébé et examen physique 33

Soins au nouveau-né pendant les 28 premiers jours 42

Éduquer et instruire une mère et sa famille en matière de soins au nouveau-né 50

2 Soins essentiels pour chaque nouveau-né

À la naissance, le nouveau-né doit s'adapter rapidement à la vie hors de l'utérus. Le corps du nouveau-né subit de nombreuses métamorphoses qui commencent à la naissance et se poursuivent tout au long de la période néonatale. Le premier et principal changement consiste à commencer à respirer. Les autres changements sont : La régulation par le bébé de sa température corporelle, l'alimentation et le développement de capacités de lutte contre les infections (système immunitaire).

La première semaine et le premier mois de vie d'un nouveau-né sont des phases critiques. Plus de la moitié de l'ensemble des décès de nouveau-nés survient pendant les sept premiers jours, et bien que le risque de décès diminue avec le temps, tous les nouveau-nés exigent une attention sans faille pendant le premier mois de leur vie.

Lorsque le nouveau-né s'est remis de la naissance, s'est réchauffé et respire normalement, la mère et la famille commencent à prendre en charge les soins du bébé. Si la naissance a eu lieu à domicile, veillez à ce que la mère soit en mesure de prendre soin de son bébé et de le nourrir avant de les quitter. Si la naissance a eu lieu dans un établissement de soins de santé, faites les mêmes recommandations avant que la mère et le bébé rentrent chez eux.

Les soins au nouveau-né se pratiquent à domicile, dans les établissements de soins santé (centres de soins et établissements hospitaliers), ainsi que dans la communauté. En tant que prestataire de soins de santé qui participe à l'accouchement et aux soins au nouveau-né, vous serez en mesure de sauver la vie de nouveau-nés, d'évaluer leur santé et de prodiguer des soins pour répondre à leurs besoins. Vous enseignerez aussi à la mère et à la famille comment prendre soin de leur nouveau-né, vous leur apprendrez à repérer les problèmes et à solliciter les soins appropriés.

Dans ce chapitre, vous trouverez des informations sur :

- Les soins essentiels au nouveau-né (ce qu'ils incluent, leur objectif, quand et où les prodiguer)
- La préparation de la naissance (prévention des infections, environnement, équipement de réanimation, fournitures, notamment les médicaments)
- Soins immédiats du nouveau-né (séchage, appréciation de son état, réchauffement, allaitement, soins du cordon, soins oculaires)
- Appréciation de l'état du nouveau-né et soins à lui prodiguer pendant les 28 premiers jours
- Conclusions normales et anormales de l'examen du bébé
- Ce que les parents doivent de savoir à propos des soins essentiels au nouveau-né :
  - Les besoins du bébé de la naissance au 28ème jour
  - Comment garder le bébé au chaud
  - Comment protéger le bébé des infections
  - Comment baigner le nouveau-né
  - Quels soins apporter au cordon ombilical et au nombril
  - De quels vaccins le nouveau-né a-t-il besoin et quand
  - Comment et pourquoi pratiquer l'allaitement exclusif
  - La mère allaitante a besoin de vitamine A
  - Comment reconnaître les signes de danger chez le nouveau-né

Dans ce chapitre, vous apprendrez à faire les choses suivantes :

- Préparer la pièce pour un accouchement propre
- Rassembler l'équipement, les fournitures et les médicaments nécessaires aux soins immédiats du nouveau-né
- Prodiguer des soins immédiats à la naissance:
  - Sécher et stimuler le nouveau-né
  - Apprécier la respiration et le teint du bébé
  - Mettre le bébé en contact peau contre peau avec sa mère et le garder au chaud
  - Aider la mère à débuter l'allaitement dans l'heure qui suit l'accouchement
  - Nouer et couper le cordon
  - Prodiguer des soins oculaires
- Apprécier l'état du nouveau-né et lui prodiguer des soins pendant la première journée
- Procéder à l'examen physique du nouveau-né
- Apprécier l'état du nouveau-né et lui prodiguer des soins pendant les 28 premiers jours (à 2 ou 3 jours, le 7ème jour et le 28ème)
- Expliquer à la mère et à la famille les soins à prodiguer au nouveau-né et les signes de danger et leur donner des conseils
- Expliquer l'allaitement à la mère et à la famille et les aider
- Enseigner à la mère et à la famille à prodiguer des soins à un bébé dont les conclusions d'examen sont anormales

APERÇU DES SOINS ESSENTIELS AU NOUVEAU-NÉ

La plupart des bébés naissent en bonne santé et à terme. Les soins qu'ils reçoivent pendant les premières heures, journées et semaines de leur vie peuvent déterminer l'éventuelle préservation de cette bonne santé. Bien que certains bébés requièrent une attention particulière (par exemple, ceux qui sont malades ou prématurés) tous les bébés ont besoin de soins de base qui contribuent à garantir leur survie et leur bien-être. Ces soins de base sont appelés soins essentiels au nouveau-né (SEN) et incluent :

- Les soins immédiats à la naissance
- Les soins de la première journée
- Les soins pendant 28 jours

Les soins essentiels au nouveau-né visent essentiellement à préserver la santé du bébé. C'est-à-dire :

- Aider la mère à répondre aux besoins fondamentaux du bébé (chaleur, respiration normale, allaitement, prévention des infections)
- Veiller à ce que le bébé tète dans la première heure
- Conseiller à la mère d'allaiter exclusivement, l'encourager à le faire
- Détecter les signes de problèmes pour qu'une mesure rapide puisse être prise
- Conseiller la mère et la famille sur les soins du bébé et les signes de danger
- Planifier les soins à venir (vaccination, contrôle de la croissance)

Le même niveau et la même qualité de soins essentiels au nouveau-né peuvent être prodigués n'importe où et sont valables pour pratiquement tout le monde, que ce soit la famille ou le/la prestataire de soins de santé.

PRÉPARER LA NAISSANCE D'UN BÉBÉ

Si vous êtes le/la prestataire de soins de santé qui assiste une femme pendant le travail, il vous faut préparer la naissance. Que ce soit à domicile ou dans une structure sanitaire, les préparations sont presque les mêmes.

Il est important de préparer l'environnement, l'équipement et les fournitures nécessaires aux soins au nouveau-né. Vous serez alors prête à empêcher des problèmes tels qu'une infection ou une température basse (hypothermie) et à réagir rapidement face à des accidents tels qu'une asphyxie (difficulté à respirer ou à absorber suffisamment d'oxygène). Votre préparation doit inclure les mesures suivantes.

Prévenir les infections

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, environ 32 pour cent des décès de nouveau-nés sont dus à des infections. Lorsque l'hygiène est médiocre, le nouveau-né peut être infecté par des bactéries ou d'autres organismes qui peuvent provoquer des infections graves de la peau, du cordon ombilical, des poumons, du tube digestif, du cerveau ou du sang. La prévention des infections est, par conséquent, un facteur essentiel des soins au nouveau-né.[1,2]

Les pratiques de prévention des infections empêchent la transmission des infections entre le bébé, la mère et le/la prestataire de soins de santé. Elles réduisent le risque de transmission de maladies telles que l'hépatite B ou le SIDA. Appliquez les mesures de prévention des infections suivantes lors de chaque contact avec une mère ou un bébé.

- Lavez-vous fréquemment les mains. Le lavage des mains est le moyen le plus simple et le plus efficace d'éviter la transmission de microbes.
- Considérez chacun comme potentiellement infectieux.
- Appliquez ces trois étapes de la prévention des infections pour préparer l'équipement, les fournitures, les linges et la surface avant la naissance du bébé :
  - Décontamination
  - Nettoyage
  - Désinfection ou stérilisation radicale
- Portez des gants lorsque vous touchez quelque chose d'humide : Une peau éraflée, des muqueuses, du sang ou des liquides organiques.
- Protégez-vous des éclaboussures, des épanchements de sang et de fluides amniotiques ; protégez vos yeux, portez des chaussures, un masque et un tablier.
- Éliminez les déchets en respectant des règles de sécurité (placenta, sang, aiguilles et autres instruments tranchants tels que des lames ou du verre cassé).

Les mesures de prévention des infections sont exposées en détail à l'Annexe C.

Préparer la salle d'accouchement

Préparez la pièce pour la naissance à domicile ou dans l'établissement de soins. Veillez à ce que la pièce soit :

Propre : Appliquez les trois étapes prophylactiques (décrites à l'Annexe C) pour préparer la pièce, l'équipement et les fournitures.

Chaleur : La température de la pièce doit être suffisamment élevée ; chauffez la pièce si elle est froide et fermez les portes et les fenêtres pour empêcher les courants d'air.

Luminosité : Le/la prestataire de soins de santé doit être en mesure de voir le nouveau-né pour apprécier son teint et sa respiration. Si la lumière naturelle n'est pas suffisante, utilisez des bougies, une lampe ou une autre source de lumière.

Intimité : À domicile, laissez la mère décider de qui sera présent pour la naissance. Aménagez un espace aussi intime que possible à l'aide de rideaux et/ou en fermant les portes et les fenêtres s'il y a lieu. Dans un établissement de santé, utilisez un rideau ou un écran pour aménager un semblant d'intimité à la mère. Si possible, laissez-lui le soutien d'une personne de son choix pendant la naissance dans l'établissement.

Tenue des dossiers

Munissez-vous d'un crayon et des formulaires suivants pour consigner les informations lorsque vous vous occupez de la mère et du bébé :

- Fiche d'enregistrement du nouveau-né
- Carnet de vaccination
- Dossiers de la mère sur les soins prénataux et sur l'accouchement

Chaque naissance doit être enregistrée. Il convient d'inclure les naissances d'enfants mort-nés et les bébés morts au début de la période néonatale, que ce soit à domicile ou dans un établissement.

Réunissez l'équipement, les fournitures et les médicaments

Préparez l'équipement et les fournitures pour la salle d'accouchement et les soins postnataux immédiats énumérés au tableau 2.1 de la page suivante.

TABLEAU 2.1 ÉQUIPEMENT ET FOURNITURES POUR LA SALLE D'ACCOUCHEMENT ET LES SOINS POSTNATAUX IMMÉDIATS

Mobiliers et ustensiles

- ☐ Lit ou natte pour la mère
- ☐ Surface ou endroit propre pour poser l'équipement
- ☐ Réveil ou montre avec aiguille des secondes
- ☐ Source de lumière

Linges pour la mère

- ☐ Draps et couvertures chaudes
- ☐ Imperméable ou feuille de plastique à étendre sous la mère
- ☐ Linges supplémentaires à utiliser en guise de serviettes hygiéniques
- ☐ Vêtements propres pour après la naissance

Linges pour le bébé

- ☐ Linge ou une serviette pour sécher le nouveau-né
- ☐ Étoffes chaudes pour couvrir le nouveau-né
- ☐ Vêtements propres de bébé

Équipement et fournitures pour la prévention des infections

- ☐ Eau courante propre (du robinet ou d'une cruche), savon et serviette
- ☐ Linges pour nettoyer
- ☐ Solution chlorée à 0,5 % pour la décontamination (voir Annexe C)
- ☐ Contenant couvert pour jeter les déchets
- ☐ Contenant non-perforable pour jeter les objets tranchants
- ☐ Un ou deux seaux pour le ménage
- ☐ Petite brosse pour nettoyer les instruments
- ☐ Gants
- ☐ Cuisinière et de quoi l'alimenter
- ☐ Marmite pour faire bouillir de l'eau

Équipement et fournitures pour l'accouchement

- ☐ Vêtements protecteurs : Gants (propres ou stériles), tablier, protection oculaire
- ☐ Équipement et fournitures pour la réanimation du nouveau-né (voir chapitre 4)
- ☐ Un kit d'accouchement contenant des liens pour le cordon, deux instruments de clampage pour le cordon (si disponibles), et une lame de rasoir neuve et propre (ébouillantée) ou des ciseaux stériles pour couper le cordon
- ☐ Stéthoscope obstétrical
- ☐ Contenant pour le placenta
- ☐ Balance pour peser le nouveau-né si possible
- ☐ Tampons de gaze
- ☐ Collyre ou pommade
- ☐ Oxytocine (si disponible)

TABLEAU 2.2 **ÉTAPES DES SOINS IMMÉDIATS DU NOUVEAU-NÉ**

Étape 1	Sécher et stimuler le bébé
Étape 2	Apprécier la respiration et le teint du bébé
Étape 3	Déterminer s'il est nécessaire de procéder à une réanimation du bébé

Les étapes 1 à 3 se produisent presque simultanément

Étape 4	Nouer et couper le cordon
Étape 5	Placer le bébé contre la mère, peau contre peau
Étape 6	Inciter la mère à débuter l'allaitement
Étape 7	Prodiguer des soins oculaires

Préparer la prévention de la déperdition thermique

Les nouveau-nés perdent rapidement leur chaleur après la naissance. En quittant la chaleur de l'utérus, le nouveau-né mouillé perd immédiatement sa chaleur en s'adaptant à un environnement beaucoup plus froid. La perte de chaleur peut aboutir à une hypothermie et mettre en jeu le pronostic vital. La sage-femme doit être prête à garder le nouveau-né au chaud à la naissance et à empêcher la déperdition thermique. Ceci est important dans les pays chauds comme dans ceux dont le climat est plus froid.

Les nouveau-nés ont un système de régulation de la température immature. Ils ne peuvent pas réguler leur température comme les adultes. Ils ont, par conséquent, de fréquentes difficultés à maintenir une température corporelle normale. Ils perdent rapidement leur chaleur corporelle s'ils sont mouillés, nus, exposés aux courants d'air, ou s'ils sont placés sur ou près d'une surface fraîche.[3] Pensez-y et prévoyez-le avant la naissance pour que cela ne se produise pas.

La chaîne de la chaleur[4]

- Maintenir la salle d'accouchement à une température d'au moins 25 °C (77 °F) et éviter les courants d'air. Chauffer la pièce avant la naissance du bébé.
- Immédiatement après la naissance, sécher le bébé avec une serviette chaude. La plupart des refroidissements surviennent au cours des premières minutes après la naissance. Dans les premières 1 à 2 minutes, le nouveau-né peut perdre assez de chaleur pour que sa température corporelle descende de 2 °C, ce qui est très dangereux.
- Laissez le bébé couché sur l'abdomen ou la poitrine de sa mère pendant tous les soins. Si cela n'est pas possible, posez le bébé sur une surface chaude et maintenez-le couvert.
- Placez le bébé contre sa mère, peau contre peau, pendant au moins 2 heures après la naissance. Couvrez-les tous deux d'une étoffe chaude.
- Aidez la mère à allaiter le bébé dès que possible, dans la première heure après la naissance au moins.
- Attendez au moins 6 heures et de préférence 24 pour baigner le bébé. Attendez plus longtemps si : 1) le bébé a froid ou si sa température axillaire descend en dessous de 36 °C (96 °F), 2) l'environnement est froid, 3) le nouveau-né présente un faible poids à la naissance, ou 4) le bébé ne va pas bien.
- Habillez le bébé avec des vêtements légers, amples et chauds. Un bébé a besoin d'au moins 1 à 2 couches de vêtements de plus qu'un adulte sous le même climat. Le nombre de couches dépend de la température de la pièce. Environ 25 pour cent de la déperdition thermique du bébé se produit au niveau de la tête, alors couvrez sa tête d'un bonnet ou d'une étoffe. Pour finir, couvrez le bébé d'un couvre-pied ou d'une couverture légère et chaude.

- Il est important que le nourrisson reste au chaud pendant toute la période néonatale. Gardez la mère et le bébé réunis dans une pièce chaude et encouragez l'allaitement à la demande.
- Gardez le bébé au chaud pendant le transport, s'il est orienté vers un centre de soins. Placez le bébé contre sa mère (ou un autre adulte), peau contre peau, et couvrez-les tous deux chaudement. La température du bébé doit si possible être contrôlée pendant le transfert.
- Apprenez aux prestataires et aux familles les risques d'une température basse/hypothermie et comment l'empêcher.

SOINS IMMÉDIATS À LA NAISSANCE

La plupart des bébés respirent et pleurent sans aide à la naissance. Les soins que vous prodiguez immédiatement à la naissance sont simples mais importants. Souvenez-vous que le bébé sort tout juste de l'utérus de sa mère. Il y était au chaud et au calme, et le liquide amniotique et les parois de l'utérus étaient d'un contact doux. Vous aussi, devez être douce avec le bébé et le tenir au chaud. Le contact peau contre peau avec sa mère maintient le bébé à une température idéale.

Dans les pages suivantes, vous trouverez les étapes des soins immédiats qui doivent être prodigués à tous les bébés à la naissance. Les étapes 3 et 4 seront interrompues par la réanimation si le bébé en a besoin pour commencer à respirer. Les soins immédiats de la mère incluent l'expulsion du placenta aussi vite que possible après la ligature et la découpe du cordon. Surveillez étroitement l'état de la mère dans les minutes et les heures qui suivent la naissance.

Étape 1 Sécher et stimuler le bébé

Séchez immédiatement le bébé, tête comprise. Frottez le dos du bébé de bas en haut à l'aide d'un linge chaud. Faites de votre mieux pour ne pas enlever le vernix (la substance blanche et crémeuse qui peut se trouver sur la peau), car elle protège sa peau et peut contribuer à empêcher les infections.

Étape 2 Appréciez la respiration et le teint du bébé

En séchant le bébé, observez: 1) s'il respire, 2) s'il a des difficultés à respirer ou 3) s'il ne respire pas. Examinez son teint. Son visage et sa poitrine doivent être roses et non pas

SCHÉMA 2.1 **SÉCHER LE NOUVEAU-NÉ**

1. Séchez le corps du bébé
2. Séchez aussi la tête du bébé
3. Enlevez les vêtements mouillés
4. Enveloppez le bébé dans un linge propre et sec lui couvrant la tête

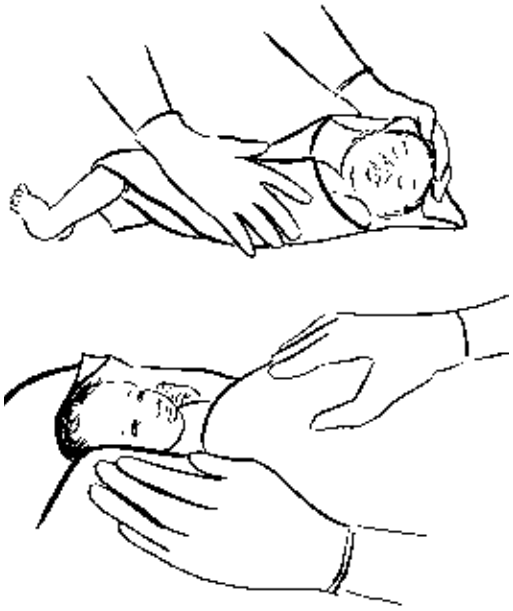
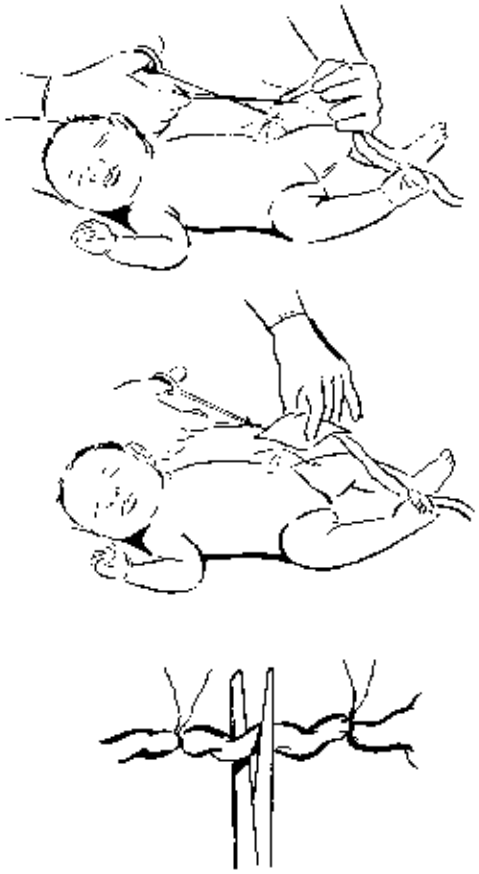


SCHÉMA 2.2 **COUPER LE CORDON**



gris ou bleus. Chez les bébés à la peau plus sombre, vous pouvez apprécier la couleur de la langue, des lèvres et des muqueuses ; elles doivent être roses et non pas grises ou bleues. Une peau rose est signe d'une bonne respiration et d'une circulation adéquate chez le bébé. Une langue, des lèvres et un torse de couleur bleue indiquent un manque d'oxygène dans le sang. Une teinte bleutée peut apparaître pendant 1 à 2 jours sur les mains et les pieds après la naissance et n'indique généralement pas un manque d'oxygène.

Étape 3 Déterminer s'il est nécessaire de procéder à une réanimation du bébé

Si le bébé ne respire pas, n'a que 30 respirations par minute ou halète, il a besoin d'une réanimation. Dans ce cas, clamper ou nouer et couper rapidement le cordon, laisser un moignon d'au moins 10 cm de long dans un premier temps. Mettez le bébé à plat sur une surface chaude et entamez rapidement la réanimation. Demandez de l'aide car il faut une deuxième personne pour s'occuper de la mère (voir chapitre 4, réanimation du nouveau-né).

Si le bébé n'a pas besoin d'être réanimé, passer à la prochaine étape.

Étape 4 Nouer et couper le cordon

1. Nouez (ou clampez) le cordon fermement à deux endroits :
   - Ligaturez le premier à deux doigts de l'abdomen du bébé.
   - Ligaturez le second clamp à quatre doigts de l'abdomen du bébé.
2. Coupez le cordon entre les nœuds.
   - Utilisez une lame de rasoir neuve, ou ébouillantez-en une si elle a déjà été utilisée, ou bien employez des ciseaux stériles.
   - Utilisez un petit morceau de tissu ou de gaze pour couvrir la partie du cordon que vous coupez afin que le sang ne vous éclabousse pas ni n'éclabousse quelqu'un d'autre.
   - Faites attention de ne pas blesser le bébé. Coupez soit loin du bébé, soit en plaçant votre main entre l'instrument coupant et le bébé.
3. Ne mettez rien sur le moignon du cordon.

Étape 5 Placer le bébé contre la mère, peau contre peau

La chaleur de la mère se communique facilement au bébé et contribue à stabiliser sa température.

1. Déposez le bébé peau contre peau sur la poitrine de sa mère pour le réchauffer.
2. Couvrez-les tous deux avec une étoffe ou une couverture chaude.
3. Couvrez la tête du bébé.

Les avantages du contact peau contre peau sont les suivants :

- La mère garde le bébé au chaud. Son corps est à la température idéale.
- La proximité entre la mère et le bébé contribue à ce que la mère s'attache à lui.
- Le contact contribue à la réussite de l'allaitement précoce.[5,6,7]

Si la mère ne veut pas du contact peau contre peau, séchez le bébé et enveloppez-le. Veillez à bien couvrir sa tête et déposez-le auprès de sa mère.

Il est important de retarder ou de différer le premier bain. Le bébé ne doit pas être baigné à la naissance, un bain pouvant le refroidir dangereusement. Après un minimum de 6 heures, de préférence 24, il peut avoir sa première toilette à l'éponge, si sa température s'est stabilisée. (Voir tableau 2.13 et Baigner le nouveau-né, page 52.)

Étape 6 Inciter la mère à débuter l'allaitement

Si tout est normal :

1. Ne séparez pas la mère de son bébé pour la pesée avant que le bébé ait tété.
2. Aidez la mère à débuter l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance[8,9]. Une étude sur l'allaitement précoce a révélé que la plupart des nouveau-nés étaient prêt à téter entre 15 et 55 minutes après la naissance.[10]
3. Aidez la mère pour la première tétée (voir chapitre 3). Veillez à ce que le bébé adopte une bonne position, qu'il ait bien le sein en bouche et qu'il tète correctement. N'abrégez pas la tétée du bébé ; un allaitement précoce et non limité donne de l'énergie au nouveau-né pour conserver sa chaleur, alimente sa croissance et lui apporte des anticorps pour combattre les infections.

Étape 7 Prodiguer des soins oculaires

Peu de temps après l'allaitement et dans l'heure qui suit la naissance, prodiguer au nouveau-né des soins oculaires avec un médicament antimicrobien (voir tableau 2.3, page 32). Les soins oculaires protégent le bébé contre les infections oculaires graves.

SCHÉMA 2.3 **INITIATION PRÉCOCE À L'ALLAITEMENT**

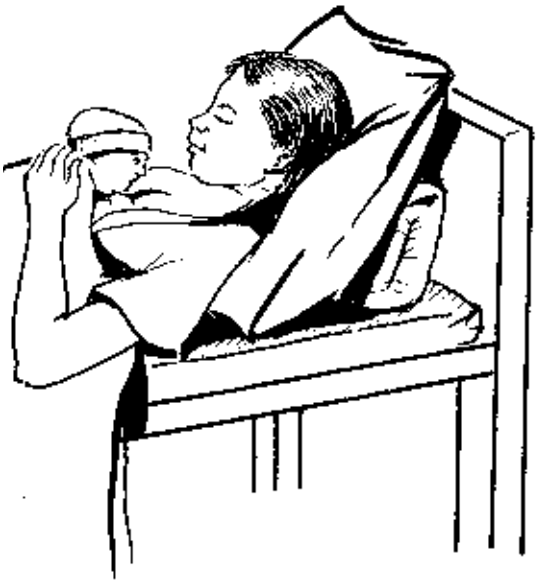
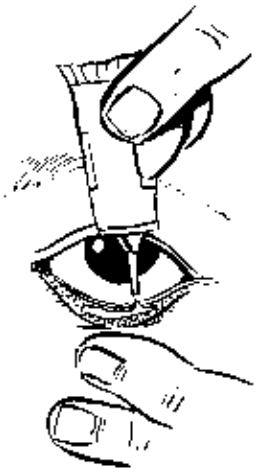


TABLEAU 2.3 **ÉTAPES POUR PRODIGUER DES SOINS OCULAIRES**

1. Lavez-vous les mains.
2. Utilisez un des médicaments suivants pour les soins oculaires :
   - Une solution de nitrate d'argent à 1 %, ou
   - Une solution de polyvidone iodée à 2,5 %, ou
   - Une pommade oculaire à la Tétraclycline à 1 %.
3. Maintenez un œil ouvert et laissez tomber une goutte de la solution dans l'œil. Si vous utilisez une pomade, mettez-en un filet le long de l'intérieur de la paupière inférieure. Veillez à ce que l'embout ou le tube ne touche pas l'œil du bébé ou autre chose.
4. Répétez l'opération pour l'autre oeil.
5. Ne rincez pas le médicament oculaire.

SCHÉMA 2.4 **APPLIQUER UNE POMMADE DANS L'ŒIL**



SOINS AU NOUVEAU-NÉ PENDANT LA PREMIÈRE JOURNÉE

La première journée de vie est une phase de changements multiples dans le corps du bébé. C'est pourquoi une observation et des soins attentifs sont importants.

Appréciez l'état du bébé

Appréciez l'état du bébé toutes les 30 minutes à une heure pendant au moins 6 heures ou jusqu'à ce qu'il soit stabilisé, réchauffé et rose. Examinez le bébé pendant la première journée sur les points suivants :

Respiration : Un bébé normal respire 30 à 60 fois par minute sans haleter, grogner ni présenter de tirage costal.

Chaleur : Vérifiez la température du bébé :

- Utilisez un thermomètre pour prendre sa température axillaire ou
- Posez la main sur son abdomen ou son dos et comparez sa température à celle d'une personne bien portante.

Teint : Vérifiez si la langue, les lèvres et les muqueuses (dans la bouche) sont roses.

Saignements : Vérifiez que le cordon ne saigne pas. En séchant, il pourrait se défaire. Si le nœud est lâche, mettez des gants et renouez-le fermement.

L'appréciation du bébé le premier jour inclut aussi une récapitulation complète des antécédants de la grossesse et un examen physique complet, décrits à la page suivante.

Prodiguer les soins normaux du nouveau-né

Gardez le bébé au chaud :

- Laissez le bébé contre la mère peau contre peau ;
- Enveloppez la mère et le bébé dans une couverture.
- Couvrez la tête du bébé d'une étoffe ou d'un chapeau.

Encouragez l'allaitement :

- Continuez à inciter la mère à allaiter et expliquez-lui comment s'y prendre.

Apprenez à la mère et à la famille :

- Comment vérifier la respiration, la température et le teint du bébé.
- Comment repérer un saignement du cordon
- Comment soigner le cordon
- Comment garder le bébé au chaud

Prodiguer d'autres soins pour tous problèmes ou besoins éventuels

Voir :

- Examen physique du nouveau-né : conclusions anormales et Plan d'action (tableau 2.6, page 38)
- Éduquer et instruire une mère et sa famille en matière de soins au nouveau né (page 50)
- Problèmes courants du nouveau-né (chapitre 6, page 125)

Donner de la vitamine K, faire les premiers vaccins et compléter le dossier du bébé et celui de la mère

Le jour de la naissane, donner de la vitamine K, 1 mg par voie IM. Procédez aux premières vaccinations selon le programme et le protocole de vaccination de votre pays. Les vaccins recommandés pour les nouveau-nés sont les suivants :

- BCG
- Polio
- Hépatite B

Ils peuvent tous être administrés le jour de la naissance ou dès que possible. Voir Annexe A pour le Calendrier de vaccination du nourrisson et une liste des sites pour des informations à jour.

Veillez à ce que la naissance soit enregistrée et qu'un certificat de naissance soit rédigé. Consignez toutes les conclusions et tous les traitements et enregistrez tous les enfants mort-nés et tout les décès néonataux précoces.

ANTÉCÉDENTS ET EXAMEN PHYSIQUE

Réunir les observations médicales

Une mère en bonne santé est cruciale à la naissance et pour le développement optimal du nourrisson. Les soins qu'une femme reçoit au cours de sa grossesse et pendant l'accouchement affecteront la santé du nouveau-né. Veillez par consequent, à vérifier le dossier de la mère (s'il existe). Il est important de réunir les informations et les antécédents sur la mère et le bébé pour savoir si le bébé nécessite une attention particulière et pour déterminer quels soins lui prodiguer (voir tableau 2.4).

Procéder à un examen physique

L'objectif de l'examen physique consiste à déterminer si le bébé est en bonne santé et s'il présente de quelconques besoins ou problèmes en matière de santé. Attendez que le bébé soit capable de maintenir une température corporelle normale (le bébé est chaud ou a une température axillaire de 36 à 37 °C (96,8 à 98,6 °F) avant de procéder à l'examen du nouveau-né. Vous pouvez attendre jusqu'à six heures.

Avant de commencer l'examen, préparez l'équipement suivant :

- Thermomètre
- Montre ou réveil avec aiguille des secondes
- Balance, si possible
- Vêtements propres
- Gants, si possible

TABLEAU 2.4 ANTÉCÉDENTS DE LA GROSSESSE, ACCOUCHEMENT ET PREMIERS INSTANTS DE LA VIE DU NOUVEAU-NÉ

Demandez à la mère son dossier et celui du bébé et lisez-les (s'ils existent) pour trouver les informations suivantes :

1. Tout problème maternel de santé susceptible d'affecter le bébé. La mère a-t-elle pris un traitement pour ce problème pendant la grossesse ? Le bébé peut avoir besoin de tests en laboratoire ou d'un traitement. Rechercher :
   - Tuberculose
   - Fièvre pendant le travail
   - Poche des eaux percée plus de 18 heures avant la naissance
   - Malaria
   - Toute autre infection telle que l'hépatite B ou C
   - Syphilis ou autre infection sexuellement transmissible
   - VIH/SIDA

2. La méthode, la date et le lieu de la naissance.
   - Consignez la date et le lieu de la naissance.
   - Si vous pensez que l'accouchement ne s'est pas déroulé dans des conditions d'hygiène convenables, rechercher des signes d'infection.
   - Si le bébé n'est pas né d'un accouchement normal avec présentation céphalique, rechercher les effets du traumatisme de la naissance.
   - En cas de césarienne ou d'accouchement instrumenté, recherchez les traces de la procédure ou de l'anesthésie.

3. Le liquide amniotique était-il jaune, brun ou vert ?
   - Si le liquide amniotique était jaune, brun ou vert, le bébé peut avoir aspiré du liquide contaminé par le méconium pendant l'accouchement.
   - Rechercher des signes de difficulté respiratoire, qui peuvent être la conséquence de l'aspiration de méconium.

4. Y a-t-il eu réanimation du nouveau-né ?
   - Si oui, le bébé risque de souffrir de problèmes respiratoires, d'hypothermie, d'hypoglycémie, de sepsie et d'autres problèmes au cours des premières heures et des premiers jours. Le bébé doit être étroitement surveillé pendant cette période.

5. Le bébé at-il uriné ou déféqué ?
   - Le bébé doit uriner et expulser le méconium (les premières selles sombres et gluantes) au cours des premières 24 heures.
   - S'il n'y a pas de selles ou pas d'urine, rechercher des signes de distension abdominale et de déshydratation, et vérifiez que le bébé tète correctement au sein.

6. Combien de fois le bébé a-t-il tété ?
   - Le bébé doit en principe téter au moins huit fois par 24 heures (au moins toutes les trois heures).
   - Un bébé ayant un faible poids à la naissance doit téter plus souvent, au moins toutes les deux heures ou deux heures et demie.

7. Le bébé prend-il bien le sein en bouche et suce-t-il vigoureusement ?
   - Un bébé qui tète faiblement est un signe de danger ; c'est l'un des premiers signes des sepsies du nouveau-né.
   - La mère peut avoir besoin d'aide pour positionner le bébé et lui donner le sein de manière à ce qu'il tète correctement.

8. Pensez-vous que votre bébé va bien ?
   - Écoutez attentivement chaque femme. Une mère surveille généralement étroitement son bébé et observe souvent des choses que nous pourrions n'avoir pas remarquées.

9. Êtes-vous (la mère et la famille) préoccupés par quoi que ce soit ?
   - Écoutez ce que chacun a à vous dire.
   - La famille a observé la mère et le bébé ensemble et peut avoir remarqué un problème.
   - Répondez à leurs questions. C'est une bonne opportunité pour aider la mère et la famille à apprendre à mieux s'occuper de leur bébé.

Avant de commencer l'examen, lavez-vous soigneusement les mains au savon et à l'eau. Séchez-les avec un chiffon sec et propre ou à l'air (si le chiffon a été utilisé ou n'est pas propre). Le lavage des mains est la meilleure manière de prévenir les infections lorsqu'on touche le bébé ou lors d'un contact avec le bébé. Vous devez porter des gants lorsque vous êtes en contact avec le sang ou avec des liquides corporels (pour renouer le cordon, par exemple, ou pour palper l'intérieur de la bouche du bébé).

Expliquez à la mère et à la famille ce que vous allez faire et demandez-leur s'ils ont des questions à poser. Expliquez ensuite ce que vous cherchez et répondez à toutes les questions que posent la mère et la famille.

Procédez à l'examen du bébé dans les bras de sa mère pour qu'il reste au chaud. Ne le découvrez qu'un bref instant pour réduire la déperdition thermique. Il n'est pas nécessaire de découvrir le bébé complètement pendant chaque phase de l'examen. Ne découvrez que les zones que vous devez examiner. Si vous examinez le bébé sur une table ou un lit, veillez à ce que l'étoffe qui recouvre la surface soit propre et chaude.

Le tableau 2.5 vous montre ce qu'il convient de vérifier lors de l'examen physique d'un nouveau-né. Lorsque vos conclusions sont normales, veillez à en informer la mère. Manipulez le bébé avec précaution et gardez-le au chaud.

Identifier les besoins ou les problèmes

Toutes les conclusions sont-elles normales ? Si oui, dites à la mère que son bébé est en bonne santé et normal. Le bébé a besoin de soins normaux. Voir le tableau 2.5 pour les conclusions normales.

Certaines des conclusions sont-elles anormales ? Si oui, voir le tableau 2.6. Regardez la colonne « Conclusions anormales » et réfléchissez à ce que pourrait être le problème du bébé. Regardez la colonne « Programme » de ce problème et expliquez gentiment à la mère ce que la conclusion anormale peut signifier et quelles mesures il convient de prendre.

SCHÉMA 2.5 **LAVAGE DES MAINS**

TABLEAU 2.5 EXAMEN PHYSIQUE DU NOUVEAU-NÉ : CONCLUSIONS NORMALES

CE QU'IL FAUT VÉRIFIER	CONCLUSIONS NORMALES
Teint	■ Le visage, la poitrine, la langue et les lèvres sont roses. ■ Les mains et les pieds peuvent être bleutés pendant les premières 48 heures.
Respiration	■ Respiration calme. ■ Vous ne devriez constater aucun tirage costal ni aucune palpitation des narines. ■ La poitrine et l'abdomen se soulèvent à chaque respiration.
Rythme de la respiration	Comptez les respirations du bébé pendant 1 minute entière : ■ Le rythme normal est de 30 à 60 respirations par minute (lorsque le bébé ne pleure pas). ■ Peut être irrégulière, c'est-à-dire que la respiration peut être laborieuse avec jusqu'à 20 secondes sans respiration.
Posture et allure générale	■ Les bras et les jambes doivent être fléchis. ■ Les prématurés ploient moins les membres.
Rythme cardiaque	Comptez les battements du cœur du bébé pendant 1 minute entière : ■ 100 à 160 battements par minute. ■ De brèves périodes de modification du rythme cardiaque sont normales (telles qu'elles se produisent pendant le sommeil, les pleurs ou l'allaitement).
Chaleur	■ Il est normal que l'abdomen et le dos du bébé soient chauds. (Si la température du bébé est basse, remettez l'examen à plus tard, lorsqu'il se sera réchauffé).
Activité	■ Il est normal que le bébé bouge autant ses deux jambes que ses deux bras. ■ Le bébé ouvre la bouche et tourne la tête pour chercher le sein lorsque sa joue est tapotée gentiment.
Peau	■ De minuscules protubérances blanches (milium) peuvent apparaître sur le visage. ■ Des zones du bas du dos peuvent être bleutées. ■ La peau peut peler.
Tête	■ Il est normal qu'elle soit allongée et asymétrique en raison du modelage dû à la pression de la filière pelvi-génitale. Elle prend généralement sa forme normale 2 à 3 jours après la naissance (voir schéma 2.6). ■ La *bosse séro-sanguine,* un renflement mou de la portion de la tête qui est sortie en premier par la filière pelvi-génitale, peut apparaître à la naissance. Elle se résorbe en principe dans les 48 heures. ■ La fontanelle antérieure (une zone molle en forme de triangle juste au dessus du front) est plate et peut enfler lorsque le bébé pleure (voir schéma 2.7).
Yeux	■ Aucun écoulement et les yeux ne sont pas collants.

TABLEAU 2.5 EXAMEN PHYSIQUE DU NOUVEAU-NÉ : CONCLUSIONS NORMALES

CE QU'IL FAUT VÉRIFIER	CONCLUSIONS NORMALES
Bouche	Lorsque le bébé pleure, regardez l'intérieur de sa bouche et palpez le palais d'une main gantée pour y détecter une éventuelle fente. ■ Les lèvres, les gencives et le palais doivent être intacts et symétriques. ■ Le bébé suce vigoureusement votre doigt.
Poitrine	■ La poitrine se soulève en mouvements réguliers à chaque respiration. ■ L'abdomen se gonfle à chaque respiration. ■ Les nodules des seins peuvent être dilatés. ■ Les garçons tout comme les filles peuvent avoir des seins gonflés à la naissance.
Abdomen	■ Arrondi et doux. ■ Le cordon ombilical est fermement ligaturé, sec et ne saigne pas. ■ L'apparition d'une petite hernie ombilicale est normale lors de la première année.
Dos et colonne vertébrale	■ La peau de la colonne vertébrale ne présente aucune fente. ■ La colonne vertébrale est exempte de défauts.
Anus	N'insérer aucun instruments ni doigt pour inspecter l'anus. ■ Le nouveau-né défèque dans les 24 heures.
Organes génitaux externes de la fille	Écartez doucement les jambes. ■ Des pertes vaginales blanches sont normales. ■ Des pertes vaginales sanglantes qui commencent le deuxième ou troisième jour et peuvent continuer pendant 7 jours sont normales.
Organes génitaux externes du garçon	■ Le prépuce peut être rétracté facilement (à moins qu'une circoncision ait été effectuée). ■ L'urètre s'ouvre au bout du pénis. ■ Le scrotum contient un ou deux testicules détectables par palpation. ■ Si le bébé a été circoncis, il n'y a aucun signe d'infection ou de saignement.
Température	■ 36 à 37 °C (96,8 à 98,6 °F) de température axillaire (sous les aisselles du bébé). ■ Si vous ne disposez pas d'un thermomètre : Touchez la poitrine ou le dos de la main ; la température doit en principe être identique à celle d'une personne en bonne santé.
Poids	■ 2,5 à 3,99 kg est l'éventail de poids normal à la naissance. Le nouveau-né perd normalement 5% à 10 % de son poids de naissance au cours des premiers jours de sa vie, et commence ensuite à prendre du poids. Au 14ème jour, un bébé doit en principe avoir retrouvé son poids normal.

TABLEAU 2.6 EXAMEN PHYSIQUE DU NOUVEAU-NÉ : CONCLUSIONS ANORMALES ET PLAN D'ACTION

CE QU'IL FAUT VÉRIFIER	CONCLUSIONS ANORMALES	PROGRAMME
Teint	■ Peau ou yeux jaunes *Cause : Infection ou problème sanguin possible*	Voir chapitre 6, tableau 6.12, pages 148 à 149.
	■ Pâleur *Cause : Saignements, mauvaise circulation sanguine, le bébé a froid, hypoglycémie ou oxygène insuffisant.*	■ Vérifiez que le cordon soit fermement noué et recherchez d'autres sources éventuelles de saignement. ■ Réchauffez le bébé. ■ Vérifiez le rythme de la respiration et le rythme cardiaque. ■ Donnez de l'oxygène, s'il y en a, par pinces nasales ou masque, à faible débit. ■ Veillez à ce que le bébé tète toutes les 2 à 3 heures. ■ Si le bébé ne rosit pas au bout d'une heure, ORIENTEZ vers un établissement de santé (voir Directives d'orientation à la page 129).
	■ Langue et lèvres bleues (cyanosées) *Cause : Le bébé manque peut-être d'oxygène.*	■ ORIENTEZ vers un établissement de santé (voir Directives d'orientation). ■ Donnez de l'oxygène, s'il y en a, à fort débit. (voir Annexe B).
Respiration	■ Grognements (son produit à l'expiration) ■ Plus de 60 respirations/minute ■ Narines palpitantes ■ Tirage costal *Causes : Les voies respiratoires peuvent être bloquées, infection ou liquide dans les poumons, hypoglycémie*	Voir chapitre 6, tableau 6.4, page 132.
	Observez et comptez pendant 1 minute entière : ■ Moins de 30 respirations par minute ; ■ Périodes d'arrêt de la respiration (apnée) de plus de 20 secondes ; ■ Halètement ; *Causes : Asphyxie, infection des poumons, liquide dans les poumons, bébé prématuré, température anormale, hypoglycémie, infection du sang*	■ Réanimation (voir chapitre 4). ■ Suivez les directives de réanimation pour les soins de suivi.

TABLEAU 2.6 **EXAMEN PHYSIQUE DU NOUVEAU-NÉ : CONCLUSIONS ANORMALES ET PLAN D'ACTION**

CE QU'IL FAUT VÉRIFIER	CONCLUSIONS ANORMALES	PROGRAMME
Posture et allure générale	■ Manque de flexion, mou, lâche *Causes : Prématurité, traumatisme de la naissance, asphyxie*	■ Gardez le bébé au chaud. ■ Vérifiez que le bébé respire bien. ■ ORIENTEZ vers un établissement de santé au bout de 2 heures si cela continue (voir Directives d'orientation).
	■ Rigidité, raideur, ou cambrure du dos, mâchoires contractées ■ Mouvements rythmiques d'un membre *Causes : Tétanos, traumatisme de la naissance, méningite, convulsions*	ORIENTEZ vers un établissement de santé (voir Directives d'orientation).
Rythme cardiaque	Comptez les battements du cœur pendant 1 minute entière : ■ Rythme cardiaque en dessous de 100 *Cause : Éventuel manque d'oxygène, problèmes cardiaques, problèmes respiratoires*	■ Réchauffez le bébé. ■ Vérifiez le rythme de la respiration. ■ Donnez de l'oxygène, s'il y en a, par pinces nasales ou masque, au rythme d'un litre par minute. ■ ORIENTEZ vers un établissement de santé si cela continue après avoir pris les mesures susdites ou si le bébé est pâle ou bleu (voir Directives d'orientation).
	■ Rythme cardiaque supérieur à 180 *Causes: Infection, le bébé a peut-être trop chaud, déshydratation, pleurs, problème cardiaque congénital*	■ Vérifiez si le bébé est vêtu trop chaudement ou s'il y a une autre raison pour qu'il ait chaud. ■ Encouragez des tétées plus fréquentes. ■ Alimentez à la tasse s'il ne tète pas bien (voir chapitre 3). ■ ORIENTEZ vers un établissement de santé si cela continue après avoir pris les mesures susdites ou si le bébé est pâle ou bleu (voir Directives d'orientation).
Activité et mouvement	■ Crises épileptiques ou convulsions ■ Ne bouge qu'un bras ou une jambe ou mouvements inégaux d'un bras ou d'une jambe *Causes : Peut être du à une lésion nerveuse pendant la naissance, au tétanos ou à une infection*	ORIENTEZ vers un établissement de santé (voir Directives d'orientation).
	■ Léthargie, somnolence, mollesse ■ Cris excessifs et aigus, bébé irritable ■ Ne tête pas ■ Vomissements *Causes : Éventuel saignement ou tuméfaction du cerveau, hypoglycémie, asphyxie ou infection*	ORIENTEZ vers un établissement de santé (voir Directives d'orientation). ■ Nourrir à la tasse avec du lait maternel extrait (voir chapitre 3).

TABLEAU 2.6 **EXAMEN PHYSIQUE DU NOUVEAU-NÉ : CONCLUSIONS ANORMALES ET PLAN D'ACTION**

CE QU'IL FAUT VÉRIFIER	CONCLUSIONS ANORMALES	PROGRAMME
Peau	■ Pustules, ampoules, boutons rouges ou mauves *Cause : Éventuelle infection in utero*	Voir chapitre 6, tableau 6.7, pages 136 à 137.
Tête	■ Tuméfaction ferme sur un seul côté du crâne (céphalhématome). *Cause : Sang entre les os du crâne et la peau dû à la rupture d'un vaisseau sanguin pendant l'accouchement. Apparaît quelques heures après la naissance et augmente de volume.*	■ Aucune mesure à prendre. Le sang se résorbe lentement et la tuméfaction disparaît en 1 ou 2 mois.
	■ Fontanelle antérieure tuméfiée ou bombée vers l'extérieur lorsque le bébé ne pleure pas *Cause : Pression accrue dans la tête*	ORIENTEZ vers un établissement de santé (voir Directives d'orientation).
Yeux	■ Yeux purulents ■ Yeux collés ■ Paupières tuméfiées *Cause : Infection oculaire, causée en particulier par la gonorrhée ou les chlamydia*	Voir chapitre 6, tableau 6.8, page 139.
Bouche	■ Fente palatine ou fissure de la lèvre ■ Fissure ou trou dans le palais mou ou dur *Cause : Anomalie congénitale*	■ Rassurez la mère. ■ Encouragez la mère à allaiter. ■ ORIENTEZ vers un établissement de santé (voir Directives d'orientation). ■ Si le bébé ne peut pas téter, montrez à la mère comment nourrir le bébé à la tasse avec du lait maternel extrait.
Abdomen	■ Abdomen très gonflé et dur *Cause : Possible blocage des intestins*	ORIENTEZ vers un établissement de santé (voir Directives d'orientation).
	■ Abdomen affaissé avec respiration rapide *Cause : Possible hernie du diaphragme*	ORIENTEZ vers un établissement de santé (voir Directives d'orientation).
	■ Saignement du cordon ombilical *Cause : Le lien du cordon peut s'être desserré*	■ Renouez fermement le cordon Voir chapitre 6, tableau 6.13, page 150.

TABLEAU 2.6 **EXAMEN PHYSIQUE DU NOUVEAU-NÉ : CONCLUSIONS ANORMALES ET PLAN D'ACTION**

CE QU'IL FAUT VÉRIFIER	CONCLUSIONS ANORMALES	PROGRAMME
Dos et colonne vertébrale	■ Les malformations de la colonne vertébrale incluent les ouvertures, petites ou grandes, dans la peau avec bulle de tissus à l'extérieur (anomalie de la mœlle épinière par défaut de soudure).	■ Recouvrez d'un pansement stérile et ■ ORIENTEZ vers un établissement de soins (voir Directive d'orientation).
Anus	■ Pas d'expulsion de selles pendant 24 heures et abdomen gonflé *Cause : Les intestins ou l'anus du bébé peuvent être bouchés ou l'ouverture anale peut être absente*	ORIENTEZ vers un établissement de santé (voir Directives d'orientation).
Organes génitaux externes	■ Impossibilité d'identifier le sexe ■ Pas d'urine ni de couche mouillée pendant 24 heures	ORIENTEZ vers un établissement de santé (voir Directives d'orientation).
Organes génitaux externes du garçon	■ L'urètre ne s'ouvre pas au bout du pénis, mais ailleurs, comme sous le pénis, le prépuce n'est pas rétractable	ORIENTEZ vers un établissement de santé (voir Directives d'orientation). (Ne procédez à aucune circoncision si l'urètre ne s'ouvre pas au bout du pénis, la peau étant nécessaire pour une réparation).
	■ Le scrotum est vide (aucun testicule détectable à la palpation)	■ Expliquez aux parents que les testicules peuvent descendre. ■ Examinez le bébé à nouveau à 6 mois. ■ ORIENTEZ vers un établissement de soins si les testicules ne sont toujours pas descendus.
Température	■ Température axillaire inférieure à 36 °C (96,8 °F) ou supérieure à 37 °C (98,6 °F) ou ■ Torse ou dos du bébé plus frais ou plus chaud que la peau de la personne en bonne santé	Voir chapitre 6, tableaux 6.10 (page 143) et 6.11 (pages 144 à 145).
Poids	■ Poids de moins de 2,5 kg *Cause : Faible poids à la naissance pouvant résulter d'une naissance avant terme (avant 37 semaines) ou d'un faible développement dans l'utérus. Risque d'hypoglycémie.*	■ Un bébé ayant un faible poids à la naissance a besoin de soins particuliers (voir chapitre 5).
	■ Poids de 4 kg ou plus *Cause : La mère est peut-être diabétique. Risque d'hypoglycémie.*	■ Si le bébé est gros, il faut le nourrir dès que possible après la naissance.

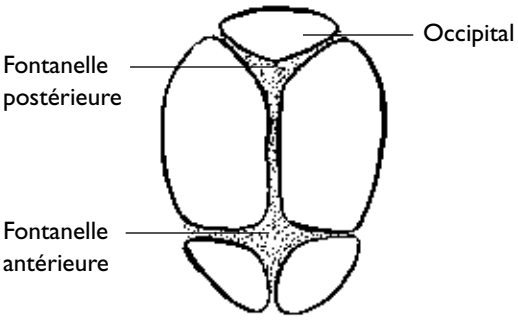
SCHÉMA 2.6 **MODELAGE DE LA TÊTE**

Modelage du crâne

Normal

SCHÉMA 2.7 **FONTANELLES**

Vue du dessus du crâne du bébé



SOINS AU NOUVEAU-NÉ PENDANT LES 28 PREMIERS JOURS

Pourquoi le suivi du nouveau-né est-il si important ?

Plus de 4 millions de bébés dans le monde meurent chaque année avant d'atteindre l'âge d'un mois.[11] Nombre de ces décès pourraient être évités. Vous n'avez pas besoin d'une formation technique approfondie ni de beaucoup d'équipement pour sauver la vie de la plupart des bébés.

Une chose importante que vous pouvez faire consiste à procéder à des visites de suivi du nouveau-né. Examinez le bébé 2 à 3 jours, 7 jours et 28 jours après la naissance. Si la mère et la famille s'inquiètent pour leur bébé ou s'il y a un problème, vous pouvez rapprocher les visites. Pendant ces visites :

- Vous examinerez le bébé et sa mère pour détecter d'éventuels problèmes.
- Vous féliciterez la famille pour la qualité des soins qu'elle prodigue.
- Vous continuerez d'éduquer et de conseiller la mère et la famille sur les soins qu'ils prodiguent au bébé.

Pour faciliter les choses pour la mère et la famille, la mère doit être examinée post partum à l'occasion des examens du bébé. Étudiez le dossier prénatal de la mère afin de veiller à effectuer un suivi adéquat de tout problème éventuel (par exemple, une tuberculose, une syphilis ou le SIDA). Écoutez la mère et soyez attentive à tout problème de santé qu'elle pourrait avoir. Une mère en bonne santé est essentielle à la survie du nouveau-né. Il faut examiner la mère pour détecter :

- D'éventuels saignements plus importants que ses règles normales. L'hémorragie post partum est la principale cause de décès maternel.
- Le succès de l'allaitement. Regardez la mère allaiter le bébé et examinez ses seins pour détecter tout problème.
- Les signes d'infection : fièvre, utérus douloureux au palper ou pertes à l'odeur fétide.
- Continuez de former et de conseiller la mère afin qu'elle détecte les signes de danger en ce qui la concerne et pour son bébé, ainsi que la nécessité d'une bonne nutrition, d'un repos supplémentaire et d'un espacement des grossesses.

Principaux points de chaque visite de suivi

À un certains stades, le bébé est plus exposé à des problèmes spécifiques. Il faut les connaître et savoir quand ils peuvent survenir. Le tableau 2.7 explique les aspects à surveiller lors de chaque visite de suivi.

Préparez la salle, l'équipement et les fournitures pour les visites de suivi

Veillez à ce que la pièce soit :

Propre : Appliquez la procédure des trois étapes prophylactiques pour préparer la pièce, l'équipement et les fournitures. (Voir Annexe C pour le détail).

Chaleur : La température de la pièce doit être suffisamment chaude ; chauffez-la si elle est froide et fermez les portes et les fenêtres pour empêcher les courants d'air.

Luminosité : Le/la prestataire de soins de santé doit être en mesure de voir le nouveau-né pour apprécier son teint et sa respiration. Si la lumière naturelle n'est pas suffisante, utilisez des bougies, une lampe ou une autre source de lumière.

Préparez une surface propre pour les fournitures et l'équipement et un lit de camp ou une surface où poser le nouveau-né (inutile si vous procédez à l'examen du bébé sur les genoux de sa mère).

Préparez les fournitures et l'équipement suivants :

- Balance pour peser le nouveau-né si possible ;
- Montre ou réveil avec aiguille des secondes ;
- Thermomètre axillaire, si vous en disposez ;
- Eau courante, savon et serviette propres.
- S'il faut procéder à des vaccinations :
  - Seringues et aiguilles
  - Chiffons propres et eau propre pour nettoyer la zone de l'injection
  - Gaze
- Médicaments :
  - **Bébé :** Vitamine K, vaccins : BCG, polio, hépatite B (selon les politiques de santé des autorités locales et la disponibilité) ;
  - **Mère :** Vitamine A en gélules de 200 000 UI ;
- Dossiers :
  - Fiche de naissance et carnet de vaccination du nouveau-né

Prodiguer des soins de suivi

Chaque fois que vous procédez à un examen de suivi du nouveau-né, utilisez les étapes décisionnelles pour vous guider (décrites dans l'introduction de ce manuel). Le tableau 2.8 décrit ces étapes de soins au nouveau-né pendant les 28 premiers jours.

TABLEAU 2.7 **PRINCIPAUX POINTS DE CHAQUE VISITE DE SUIVI**

ÂGE AU MOMENT DE LA VISITE	POSEZ DES QUESTIONS ET EXAMINEZ	EXPLICATION
Premier jour	Respiration Teint Température Allaitement Cordon ombilical Miction Selles	■ À ce stade, le nouveau-né est encore en train de s'adapter à la vie hors de l'utérus et a besoin de téter très fréquemment. Il ne faut lui donner aucun autre aliment ou liquide. ■ Vérifiez que le cordon est fermement at taché et qu'il ne présente pas d'écoulement sanguin. ■ Un bébé qui a la jaunisse (peau ou yeux jaunes) peut être très malade. La jaunisse est grave si elle apparaît dans les premières 24 heures, après 2 semaines ou n'importe quand lorsqu'elle est accompagnée d'un autre signe de danger.
	Vitamine K et vaccinations	■ La vitamine K doit être administrée le jour de la naissance ou dès que possible par la suite pour être efficace. C'est particulièrement important pour les prématurés. ■ Pour les vaccinations des nouveau-nés, suivez les directives nationales.
Deuxième et troisième jours	Allaitement	■ La mère et le nouveau-né sont encore en phase d'adaptation à l'allaitement. Les seins engorgés sont fréquents à ce stade et peuvent rendre l'allaitement difficile.
	Signes d'infection (rougeurs cutanées ou pustules, écoulements du nombril ou des yeux, bébé trop chaud ou trop froid, problèmes d'allaitement, problèmes de respiration, convulsions)	Le bébé infecté pendant le travail peut présenter des signes d'infection à la naissance ou ils peuvent apparaître plus tardivement.
	Poids	Une perte de poids de 5 à 7 % pendant les premiers jours de la vie est normale. Une des raisons de cette perte de poids est que le bébé est né avec un excès de liquides, qu'il perd au cours des premiers jours. La perte de poids ne doit pas excéder 10 % du poids de naissance.

TABLEAU 2.7 **PRINCIPAUX POINTS DE CHAQUE VISITE DE SUIVI**

ÂGE AU MOMENT DE LA VISITE	POSEZ DES QUESTIONS ET EXAMINEZ	EXPLICATION
Sept jours	Allaitement et poids	La mère et le nouveau-né s'adaptent encore à l'allaitement. Le bébé doit commencer à prendre du poids à ce stade et retrouver son poids de naissance dès le 14ème jour.
	Signes d'infection (voir le paragraphe sur le deuxième et le troisième jour ci-dessus)	Le nouveau-né qui contracte des infections après la naissance peut présenter des signes d'infection lors de cette visite.
	Teint	Un nouveau-né qui a la jaunisse (peau ou yeux jaunes) peut être très malade (voir premier jour ci-dessus).
	Vaccinations	Si le nouveau-né n'a pas été vacciné le premier jour, faites-le à ce stade ou envoyez-le au dispensaire pour qu'il le soit.
28ème jour	Allaitement Poids Signes d'infection (voir le paragraphe sur le deuxième et le troisième jour ci-dessus) Vaccinations	■ Au 28ème jour, le bébé doit s'être complètement adapté à la vie hors de l'utérus. La surveillance des infections doit se poursuivre. Rappelez à la mère que les prochaines vaccinations doivent être faites à 6 semaines. ■ Vérifiez que le bébé a pris suffisamment de poids (25 à 30 grammes par jour).

TABLEAU 2.8 SOINS AU NOUVEAU-NÉ PENDANT LES 28 PREMIERS JOURS : TABLEAU DÉCISIONNEL

Antécédents

Demandez à voir la fiche de naissance du nouveau-né et tout autre dossier sur les soins qu'il a reçus. Posez ensuite les questions suivantes à son sujet :

- Qu'avez vous remarqué chez votre bébé ? La réponse de la mère peut vous donner une idée de la manière dont elle prend soin de son enfant.
- Quelque chose chez votre bébé vous préoccupe-t-il ? Une mère est souvent la première personne à remarquer quelque chose qui peut indiquer un problème. Certains bébés, par exemple, recrachent un peu de lait après les tétées, ce qui, bien qu'en principe normal, peut inquiéter la mère. Des vomissements persistants et abondants doivent toutefois donner lieu à un examen.
- Le bébé tète-t-il correctement ? S'il tète peu, cela peut indiquer une infection.
- À quelle fréquence le bébé tète-t-il dans la journée et au cours de la nuit ? Normalement, c'est 8 à 12 fois par 24 heures. Un bébé présentant un faible poids à la naissance tète plus souvent parce que son estomac est plus petit.
- Votre bébé se réveille-t-il au moins toutes les 2 à 3 heures pour téter, ou devez-vous le réveiller ? Ne pas se réveiller pour les tétées indique une infection ou un autre problème.
- Combien de fois le bébé urine-t-il en une journée ? Un nouveau-né qui tète suffisamment urine au moins 6 fois par 24 heures.
- Le bébé semble-t-il très somnolent ? Est-il difficile à réveiller ? Un bébé qui dort trop peut souffrir d'une infection ou avoir un autre problème.
- Quel est l'aspect des selles du bébé ? Au cours des deux premiers jours, les selles peuvent être noires ou verdâtres et gluantes. Après les quelques tout premiers jours, elles sont en principe molles, jaunes et « granuleuses ». Des selles liquides sont anormales.
- Le bébé a-t-il été vacciné ? Si tel est le cas, quels vaccins ont-ils été administrés ?
- Le bébé a-t-il reçu des médicaments pour les yeux à la naissance ?

Questionnez la mère :

- Combien de repas par jour prenez-vous ? Quels aliments mangez-vous à chaque repas et en quelle quantité ? Pour être en bonne santé, une mère qui allaite doit manger chaque jour au moins une grosse portion supplémentaire de ses aliments de base.
- Quelle quantité de liquide absorbez-vous chaque jour ? Pour fabriquer suffisamment de lait maternel, une mère doit boire au moins 3 à 4 litres de liquide par jour. Elle doit boire quelque chose chaque fois qu'elle allaite son bébé.
- Avez-vous pris des vitamines A en gélules ? Si une mère qui allaite prend 200 000 UI de vitamines A en gélules n'importe quand après l'accouchement dans les 8 premières semaines post partum, son lait maternel doit contenir suffisamment de vitamines pour couvrir les besoins du bébé.
- Vous reposez-vous suffisamment ? Si une mère qui allaite ne se repose pas assez, le volume de lait maternel produit peut en être diminué.

TABLEAU 2.8 SOINS AU NOUVEAU-NÉ PENDANT LES 28 PREMIERS JOURS : TABLEAU DÉCISIONNEL

Examen

Sans toucher le bébé, observez le et apprenez à la mère à l'observer :

- Respiration :
  Normale : Régulière au rythme de 30 à 60 respirations par minute.
  Anormale : Moins de 30 ou plus de 60 respirations par minute et un tirage costal peuvent indiquer une infection ou des problèmes respiratoires.
- Nombril :
  Rougeur cutanée, tuméfaction, pus et odeur fétide autour du nombril indiquent une infection.
- Teint :
  Normal : La poitrine, le visage, les lèvres et les muqueuses doivent être roses.
  Anormal : Peau pâle, bleue ou jaune (jaunisse).
- Posture et activité :
  Normales : Les bras et les jambes sont fléchis. Le bébé bouge, crie et suce son pouce lorsqu'il est réveillé.
  Anormales : Le bébé est mou ou ne bouge pas ou suce peu son pouce lorsqu'il est réveillé.

En touchant gentiment le bébé, vérifiez les points suivants :

- Température :
  Palpez l'abdomen ou le dos du nouveau-né. Si la peau est trop chaude ou trop froide, prenez sa température avec un thermomètre axillaire (si vous en disposez) à la fin de l'examen.
  Normale : Sous l'aisselle : 36 à 37 °C (96,7 à 98,6 °F)
  Anormale : Si sa température est inférieure à 36 °C ou supérieure à 37 °C, il souffre peut-être d'une infection ou d'un autre problème.
  Certains bébés présentent une légère fièvre pendant 24 heures après la vaccination de l'hépatite B (qui peut être administrée à la naissance).
- Peau :
  Recherchez d'éventuels éruptions ou pustules.
  Si le bébé a reçu le vaccin du BCG, recherchez-en la trace. Une petite pustule doit se former en quelques semaines, laissant une cicatrice.
- Yeux :
  Regardez s'il y a des écoulements.
  Des écoulements oculaires collants ou ressemblant à du pus indiquent une infection.

Observez le bébé pendant qu'il tète :

- Observez sa position, la façon dont il tète et s'il prend bien le sein en bouche.
  Normale : Voir chapitre 3.
- Interaction mère-enfant :
  Normale : La mère 1) échange des regards avec son nouveau-né ; 2) touche son bébé à pleine mains (et non pas le bout des doigts seulement) ; et 3) la mère et le bébé sont tournés l'un vers l'autre lorsqu'elle l'allaite.

Suite à la page suivante

TABLEAU 2.8 SOINS AU NOUVEAU-NÉ PENDANT LES 28 PREMIERS JOURS : TABLEAU DÉCISIONNEL

Examen (suite)

Pesez le bébé :

Âge	**Poids**
Du premier au 7ème jour	Peut perdre 5 à 10 % de son poids de naissance
Du 7ème au 10ème jour	Commence à prendre du poids
Le 14ème jour	Doit avoir récupéré son poids de naissance
Après le 14ème jour	Pèse en moyenne 25 à 30 grammes (1 once) de plus chaque jour pendant les 4 premiers mois
De 4 à 5 mois	Double son poids de naissance

Problèmes/besoins

Liste des problèmes et des besoins.
Si une conclusion est anormale, reportez-vous au chapitre 6.
Réfléchissez aux besoins du bébé : Chaleur, protection contre les infections, allaitement, sécurité, affection et sommeil.

Programme de soins

Faites un programme de soins pour chaque problème ou besoin que vous rencontrez. Incluez-y l'éducation, le conseil, les traitements médicaux, les tests en laboratoire, les orientations vers des spécialistes et le suivi.

Continuez de donner des conseils à la mère en matière de soins du bébé et pour elle :

- Garder le bébé au chaud ;
- Protéger le bébé des infections ;
- Allaiter le bébé à la demande et exclusivement ;
- Parler au bébé et le réconforter ;
- Garder le bébé en sécurité ;
- La mère continue à recevoir des soins post partum.

Procédez aux premières vaccinations si le bébé ne les a pas déjà reçues.
Examinez les signes de danger du nouveau-né et ce qu'il convient de faire.
Planifiez la prochaine visite (voir ci-dessous).
Programmez une visite au service de planification familiale pour la mère ou orientez-la vers leurs services.

Suivi

Le calendrier de suivi dépend des problèmes détectés.
Si tout est normal, utilisez le calendrier de visite de suivi normal (à 2 ou 3 jours, le 7ème jour, le 28ème et à 6 semaines.

Enregistrer les étapes

Veillez à ce que le dossier des soins au nouveau-né soit rempli après chaque visite.

Liste de contrôle des visites de suivi du nouveau-né

À la fin d'une visite, utilisez la liste de contrôle du tableau 2.9 pour vous souvenir de toutes les conclusions importantes. Si vos conclusions correspondent à toutes celles de la liste, le nouveau-né va bien. Indiquez à la mère la date de la prochaine visite et rappelez-lui qu'elle doit solliciter des soins de santé si elle remarque un signe de danger ou si elle a des inquiétudes ou des questions concernant le bébé.

TABLEAU 2.9 LISTE DE CONTRÔLE : LE NOUVEAU-NÉ EST EN BONNE SANTÉ ET EN SÉCURITÉ SI...

La mère

- ☐ n'a aucune inquiétude à propos du comportement du bébé
- ☐ réagit comme il convient lorsque le bébé pleure
- ☐ garde le bébé au chaud
- ☐ manipule le bébé avec douceur
- ☐ connaît les signes de danger du nouveau-né et sait que faire
- ☐ est à l'aise en ce qui concerne l'allaitement exclusif
- ☐ a pris une gélule de vitamine A (200.000 UI) après la naissance
- ☐ se porte bien

Le nouveau-né

- ☐ s'alimente bien (8 à 12 fois en 24 heures)
- ☐ dort entre les tétées
- ☐ se réveille pour les tétées
- ☐ urine au moins 6 fois en 24 heures
- ☐ a des selles qui ne sont pas liquides
- ☐ commence à prendre du poids régulièrement après les premiers 7 à 10 jours
- ☐ a une température axillaire comprise entre 36 et 37 °C (96,8 à 98,6 °F)
- ☐ respire calmement, entre 30 et 60 respirations par minute
- ☐ présente une peau exempte de pustules et de rougeurs et n'a pas le teint jaune, bleu ou pâle
- ☐ a les yeux propres
- ☐ a un nombril sec et propre
- ☐ a reçu ses premières vaccinations

SCHÉMA 2.8 **GARDER LE BÉBÉ AU CHAUD**

TABLEAU 2.10 **COMMENT LA FAMILLE PEUT GARDER LE BÉBÉ AU CHAUD**

- Maintenez la pièce où se trouve le nouveau-né chaude et exempte de courants d'air de jour comme de nuit.
- Habillez le bébé de vêtements chauds (le nouveau-né a besoin d'au moins 1 à 2 couches de vêtements de plus qu'un adulte).
- Couvrez la tête du bébé d'une étoffe ou d'un chapeau.
- Mettez-lui des vêtements et une couverture amples. Des vêtements et des couvertures serrés ne le gardent pas aussi bien au chaud.
- Placez le nouveau-né dans un lit avec la mère pour qu'il soit au chaud et allaité.
- Maintenez le nouveau-né contre sa mère, peau contre peau. Utilisez une étoffe ou une couverture chaude pour les couvrir tous deux ensemble. Veillez à ne pas couvrir le visage du bébé pour qu'il respire bien.

ÉDUQUER ET INSTRUIRE UNE MÈRE ET SA FAMILLE EN MATIÈRE DE SOINS AU NOUVEAU-NÉ

Une part importante de l'aide que vous apportez au nouveau-né et à la famille, consiste à leur apprendre à le soigner et à leur donner des conseils. Vous devez leur expliquer :

- Quels soins donner ;
- Pourquoi donner des soins.

Même si une femme a déjà un bébé, il y a peut-être de nouvelles informations susceptibles de l'aider. Lorsque vous parlez avec elle, faites participer d'autres membres de la famille, tels que la grand-mère, la belle mère, la tante, la sœur et/ou le mari. Cela donne à chacun l'opportunité d'entendre la même chose que la mère. Cela donne aussi à la mère et à la famille l'opportunité de poser des questions. Vous trouverez ci-dessous des informations à transmettre lorsque vous enseignez et conseillez. La mère et la famille ont peut-être d'autres questions relatives aux soins du bébé qui ne sont pas incluses ci-dessous. Prenez le temps de discuter des préoccupations de toute la famille et de répondre à toutes leurs questions.

Chaleur

Un nouveau-né doit être tenu au chaud, en particulier pendant les premières semaines de sa vie. Parce qu'un nouveau-né ne peut pas régler sa température comme un adulte, il se refroidit ou se réchauffe beaucoup plus rapidement. Le corps du nouveau-né est petit et ne peut pas conserver sa chaleur par lui-même. Si le nouveau-né se refroidit trop, il peut en mourir.

Sommeil

Le nouveau-né à besoin de sommeil. S'il est en bonne santé, il dort la plupart du temps entre les tétées (jusqu'à 18 heures sur 24). Il se réveille toutes les 2 ou 3 heures pour téter. Pendant la nuit, le bébé peut dormir jusqu'à 4 heures entre les tétées.

Le nouveau-né se réveille souvent la nuit. C'est pourquoi la mère a besoin de repos ou de sommeil pendant la journée lorsque son bébé dort. Ce schéma évolue rapidement avec le temps et le bébé commence à dormir plus la nuit et à rester éveillé davantage pendant la journée.

Un bébé difficile à réveiller ou qui dort trop est peut-être malade.

Affection

Un nouveau-né ne peut pas survivre sans affection. À la naissance, il est incapable de satisfaire ses propres besoins de base. Lorsqu'un nouveau-né a faim, est mouillé, a froid, n'est pas à l'aise, a mal ou est malade, il ne peut que pleurer ou émettre d'autres signaux.

Chaque nouveau-né est différent. Il peut être irritable ou calme et somnolent. Il peut être pénible et difficile à satisfaire, ou heureux et facile à vivre. Il peut émettre un cri perçant et strident ou un appel doux et calme. Une mère doit apprendre à connaître la personnalité de son bébé. La survie du bébé dépend de sa compréhension et des réactions appropriées qu'elle aura en réponse aux signaux qu'il envoie.

Lorsque le bébé pleure et que ses besoins sont satisfaits, il apprend que le monde est un endroit sûr et affectueux. Il apprend aussi la confiance: confiance en ses capacités de communiquer ses besoins aux autres et confiance dans le fait que quelqu'un s'occupera de lui quand il en a besoin. Les pleurs du nouveau-né ne doivent pas être ignorés.

Le nouveau-né doit toujours être manipulé avec douceur. La mère apprend à faire ce qu'elle vous voit faire. Manipulez gentiment le bébé, parlez-lui d'une voix douce et observez-le attentivement pour pouvoir répondre à ses besoins à bon escient.

Protection contre les infections

Le système de lutte contre les infections n'est pas à maturité chez le nouveau-né. Ce qui signifie qu'il peut contracter des infections plus facilement qu'un enfant plus âgé ou un adulte. Le système qui combat les infections devient plus résistant à mesure que le bébé grandit. La mère et la famille doivent protéger le nouveau-né des infections à la naissance et au cours des premiers mois de sa vie (voir tableau 2.11).

TABLEAU 2.11 COMMENT LA FAMILLE DOIT PROTÉGER LE NOUVEAU-NÉ DES INFECTIONS

- Lavez-vous les mains au savon et à l'eau avant de toucher le nouveau-né et après.
- Ayez des ongles taillés courts (des microbes peuvent vivre sous les ongles).
- Ne mettez rien (pansement ou herbes ou médicaments) sur le cordon ombilical.
- Veillez à ce que le cordon reste sec et propre.
- Lavez tout ce qui va toucher le bébé dans la maison : Vêtements, literie, couvertures.
- Éloignez les enfants et les adultes malades du bébé.
- Protégez le nouveau-né de la fumée (de cigarettes ou d'un feu de cuisine) car cela peut provoquer des problèmes respiratoires.
- Faites dormir le bébé sous une moustiquaire (si vous en disposez) pour le protéger de la malaria.
- Allaitez le nouveau-né exclusivement. Le lait maternel protége le nouveau-né des infections.
- Veillez à ce que le bébé reçoive toutes ses vaccinations à temps.

Baigner le nouveau-né

En tant que prestataire de soins de santé, une de vos tâches importantes est d'apprendre à la mère et à la famille à laver le bébé. Si vous leur montrez et ne vous contentez pas de leur expliquer, ils s'en souviendront mieux. Vous pouvez aussi leur montrer comment baigner le nouveau-né avec douceur tout en vérifiant chaque partie de son corps.

Toilette à l'éponge : Attendez au minimum 6 heures après la naissance avant la première toilette à l'éponge, de préférence 24 heures. À l'âge de trois jours, la température du nouveau-né est habituellement plus stable. Ne faites que des toilettes à l'éponge au bébé jusqu'à ce que son cordon soit tombé et que son nombril ait cicatrisé, ce qui contribuera à ce que le cordon reste sec et tombe plus vite. Si le bébé a été circoncis, faites-lui une toilette à l'éponge jusqu'à ce que le pénis ait cicatrisé.

- Pendant une toilette à l'éponge, le nouveau-né est épongé avec un gant de toilette humide et chaud (n'asseyez pas le bébé dans une cuvette remplie d'eau).
- Lavez d'abord la partie supérieure du corps avec le gant, pendant que la partie inférieure est habillée. Séchez rapidement la partie supérieure du corps et couvrez-la ou habillez-la immédiatement après.
- Ôtez ensuite les vêtements de la partie inférieure du corps, lavez-la vite avec un gant, séchez-la rapidement, puis couvrez ou rhabillez le bébé.

Bain complet : Une fois le cordon tombé, le nombril, et la circoncision cicatrisés, donnez un bain complet tous les 2 à 3 jours.

Lavez les fesses : Les fesses du nouveau-né peuvent être lavées chaque fois que le bébé urine ou défèque.

Voir le tableau 2.12 pour des informations sur comment garder le nouveau-né au chaud pendant un bain et le tableau 2.13 pour des astuces pour prévenir les infections pendant le bain du bébé.

TABLEAU 2.12 MAINTENIR LE NOUVEAU-NÉ AU CHAUD PENDANT LE BAIN

1. Baignez le nouveau-né dans une pièce chaude et sans courants d'air.
2. Préparez tout avant le bain pour que le nouveau-né ne reste pas longtemps découvert.
3. Veillez à ce que l'eau du bain soit chaude, mais pas trop. Vérifiez l'eau du bain en la touchant du coude.
4. Lavez d'abord le visage et les cheveux en dernier. La déperdition de chaleur se fait surtout par la tête, elle doit donc être baignée en dernier.
5. Baignez le bébé rapidement.
6. Séchez le bébé rapidement et complètement avec une serviette chaude. Veillez à bien sécher complètement les cheveux.
7. Placez le bébé contre sa mère peau contre peau après le bain et couvrez-les. N'oubliez pas de couvrir à nouveau la tête du bébé.

TABLEAU 2.13 RECOMMANDATIONS POUR LE BAIN

- Nettoyez les yeux du bébé en les essuyant chacun avec un chiffon propre ou avec l'angle propre d'un linge. Commencez près du nez et essuyez vers l'extérieur.
- Recherchez d'éventuels signes d'infection tout en lavant le nouveau-né.
  - **Infection cutanée :** Dépliez les plis de la peau pour rechercher d'éventuelles pustules ou éruptions.
  - **Infection du cordon ombilical :** Rougeur de la peau, tuméfaction, pus ou odeur fétide autour du cordon ou du nombril.
  - **Infection de l'œil :** Paupières rouges, tuméfiées, écoulements des yeux ressemblant à du pus.
- Lavez les fesses du bébé de l'avant vers l'arrière.
- Ne savonnez jamais le visage d'un nouveau-né, lavez-le à l'eau uniquement.
- Ne nettoyez pas l'intérieur des conduits auditifs ou du nez, uniquement l'extérieur.
- N'utilisez pas de talc. Le talc peut être dangereux pour le nouveau-né.
- Veillez à bien sécher l'intérieur des plis de la peau.

Soins ombilicaux

Les soins du cordon sont une façon importante de prévenir le tétanos ou une sepsie néonatale (infection généralisée du corps). Enseignez les soins du cordon à la mère et à la famille et montrez-leur comment procéder (voir tableau 2.14).

Mettre certaines substances sur le cordon ou le couvrir d'un pansement peut provoquer des infections graves, telles que le tétanos ou la septicémie[13]. Ces infections sont des causes majeures de décès néonatal mais peuvent être évitées. Pour prévenir ces infections:

- Administrez un vaccin anti-tétanique à la mère pendant la grossesse.
- Coupez le cordon avec un instrument stérile ou une lame neuve et propre.
- Veillez à ce que le cordon reste sec et propre.
- Ne mettez rien sur le cordon.

D'après une étude qui a examiné les soins du cordon dans 10 pays, il a été démontré que le fait de maintenir le cordon propre était aussi efficace et sans risque que d'utiliser des antibiotiques ou des antiseptiques.[14]

Vaccinations

Les vaccinations visent à prévenir des maladies qui causent de sérieux problèmes et peuvent même être mortelles.

Le calendrier des vaccinations est important. Le bébé doit recevoir des vaccinations au cours des premiers jours après la naissance, au bout de 6 semaines, 10 semaines, 14 semaines et 9 mois. Il doit y avoir un intervalle d'au moins 4 semaines entre les vaccinations (voir Annexe A).

Allaitement

Étudiez les informations du chapitre 3 avec la mère et sa famille. Les parties suivantes du chapitre 3 sont particulièrement importantes.

- Avantage de l'allaitement
- Allaitement exclusif
- Débuter l'allaitement
- Poursuivre l'allaitement

TABLEAU 2.14 SOINS OMBILICAUX

- Ne mettez rien sur le cordon (ni médicaments ni pansements).[12]
- Veillez à ce que le cordon reste sec et propre.
- Les urines et les selles ne doivent pas toucher le cordon. Si cela se produit, lavez le cordon avec du savon et de l'eau et séchez-le avec un gant propre ou à l'air.
- Le cordon tombe généralement 5 à 10 jours après la naissance, laissant le nombril cicatriser.
- Ne faites que des toilettes à l'éponge au bébé jusqu'à ce que son cordon soit tombé et que son nombril ait cicatrisé.
- Examinez chaque jour le cordon et le nombril pour y repérer d'éventuels signes d'infection, jusqu'à ce qu'il ait séché et cicatrisé. Les signes d'infections sont : le cordon qui tarde à se détacher, des écoulements de pus, une odeur putride, des rougeurs et une tuméfaction de la peau autour du nombril (voir chapitre 6).
- Sollicitez immédiatement une aide médicale si vous constatez un de ces signes.

Ne laissez jamais un bébé seul sur un lit ou une table dont il pourrait tomber. Et ne tenez jamais un bébé par les pieds, tête en bas.

Vitamine A

Parce que le nouveau-né a très peu de vitamine A, s'il est nourri au sein, il dépend des vitamines A contenues dans le lait maternel pour répondre à ses besoins en vitamine A pendant les premiers mois de la vie. La quantité de vitamines A contenue dans le lait maternel dépend du taux de vitamine A de la mère. Les vitamines A aident le bébé à grandir et à bien se développer. Elles contribuent à préserver la mère et le bébé des infections. Lorsqu'ils attrapent une infection, la vitamine A les aide aussi à se rétablir vite.

Les sources alimentaires de vitamine A pour la mère sont : Les fruits rouges, jaunes et oranges et les légumes (mangues, papayes, carottes) ; certains aliments d'origine animale (jaune d'œuf, foie, fromage et poisson) ; et certaines graisses et huiles (huile de foie de poisson, huile de palme, beurre).

Les comprimés de vitamine A en constituent une autre source. Donnez à la mère une dose unique (200 000 UI) de vitamine A sous forme de gélule, aussitôt que possible après la naissance mais pas plus de huit semaines post partum. Après huit semaines post partum (6 semaines pour les mères qui n'allaitent pas), la mère peut être à nouveau enceinte. La prise d'une forte dose de vitamine A (c'est-à-dire plus de 10 000 UI par jour) au cours du premier trimestre de grossesse peut nuire à la croissance de son fœtus.

Pour le bébé, le lait maternel est la principale source de vitamine A. Pour s'assurer que le bébé bénéficie d'un apport important en vitamines, encouragez la mère à allaiter exclusivement.

Sécurité et protection

Ne laissez jamais un bébé seul sur un lit ou une table dont il pourrait tomber. Ne tenez jamais un bébé par les pieds, tête en bas.

La mère qui allaite ne doit pas fumer, ni boire de l'alcool ou prendre des drogues ou des médicaments à moins qu'ils lui soient prescrits par un prestataire de soins de santé. Elle doit également avoir des pratiques sexuelles sécurisées (utilisation du préservatif, abstinence ou relations sexuelles avec un partenaire séronégatif ou monogame).

Signes d'alerte chez le nouveau-né

Les signes d'alerte sont les signes de graves problèmes de santé qui sont fatals à de nombreux nouveau-nés. Pour empêcher une issue fatale, la mère et la famille doivent reconnaître les signes de danger du nouveau-né et y réagir à bon escient. Les nouveau-nés meurent souvent à cause :

- D'un retard dans la détection des signes de danger ;
- D'un retard dans la décision de solliciter une aide médicale ;
- D'un retard pour rejoindre le prestataire de soins ou l'établissement de santé.

Apprenez à la mère et à la famille à reconnaître les signes de danger du nouveau-né (voir tableau 2.15) et à solliciter immédiatement de l'aide s'ils en détectent. Lorsque vous expliquez chaque signe, demandez à la mère ou à la famille de donner un exemple du signe. Vous vérifierez ainsi qu'ils aient bien compris. Vous trouverez plus d'informations sur ce qu'il faut faire au chapitre 6.

Les signes de danger chez le bébé sont souvent aspécifiques. Chaque signe de danger peut indiquer n'importe quelle maladie. Les signes de maladie les plus courants chez le bébé sont : Le fait qu'il cesse de s'alimenter et le fait qu'il soit froid au toucher.

Plan des visites de suivi

Planifiez les visites de suivi avec la mère. Combien de visites et à quels moments, cela dépend de la santé du nouveau-né et de la politique du gouvernement. Pour un bébé en bonne santé qui ne présente aucun problème, faites au moins quatre visites. Parce que la plupart des décès de nouveau-nés surviennent au cours de la première semaine, et plus particulièrement au cours des premières 24 heures, les premiers 7 jours de vie sont un stade critique des soins postnataux. Une suggestion de calendrier des visites des soins de santé du nouveau-né indiquée ci-après :

Visite 1	Au cours des premières 24 heures
Visite 2	Le deuxième ou le troisième jour
Visite 3	Le septième jour
Visite 4	Le 28ème jour

N'oubliez pas non plus de programmer la visite de vaccination des 6 semaines et de conseiller à la mère de se rendre au service de planification familiale. Ceci doit être fait dès que possible, de préférence à l'occasion des conseils postnataux initiaux. L'enfant aura de meilleures chances de survie si la mère espace ses enfants de 3 à 5 ans.

TABLEAU 2.15 SIGNES D'ALERTE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

- Les problèmes de respiration (moins de 30 ou plus de 60 respirations par minute, halètement)
- Difficulté à s'alimenter ou absence de succion
- Froid au toucher
- Fièvre
- Paupières rouges, tuméfiées et écoulements de pus des yeux
- Rougeur de la peau, tuméfaction, pus ou odeur fétide autour du cordon ou du nombril.
- Convulsions/crises
- Jaunisse/peau jaune

TÂCHES POUR TOUS LES AGENTS DE SANTÉ : SOINS ESSENTIELS POUR CHAQUE NOUVEAU-NÉ

1 Préparez la salle, l'équipement et les fournitures pour une naissance propre et sécurisée.
2 Prodiguez immédiatement les soins au nouveau-né à la naissance :
   a) Séchez et stimulez le nouveau-né
   b) Appréciez la respiration et le teint du bébé (la réanimation, s'il y a lieu, est traitée au chapitre 4)
   c) Nouez et coupez le cordon
   d) Placez le bébé en contact avec sa mère peau contre peau et gardez-le au chaud
   e) Aidez la mère à débuter l'allaitement dans l'heure qui suit l'accouchement
   f) Prodiguez des soins oculaires
3 Appréciez l'état du nouveau-né et prodiguez-lui des soins pendant la première journée.
4 Procédez à l'examen physique du nouveau-né.
5 Appréciez l'état du nouveau-né et prodiguez-lui des soins pendant les 28 premiers jours (à 2 ou 3 jours, les 7ème et 28ème jours).
6 Expliquez à la mère et à la famille les soins à prodiguer au nouveau-né et donnez-leur des conseils :
   a) Les besoins du bébé de la naissance au 28ème jour
   b) Garder le bébé au chaud
   c) Protéger le bébé des infections
   d) Baigner le nouveau-né
   e) Procéder aux soins du cordon et du nombril
   f) Nécessité des vaccinations
   g) Allaitement exclusif
   h) La mère allaitante a besoin de vitamine A et de planification des naissances
7 Apprenez à la mère et à la famille les signes de danger et conseillez-les.
8 Apprenez à la mère et à la famille à prodiguer des soins à un bébé dont les conclusions d'examen sont anormales et conseillez-les.

Remarques

1 Organisation mondiale de la santé. (2000). *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*. Genève : OMS.

2 Saving Newborn Lives. (2001). *State of the World's Newborns*. Washington, DC : Save Newborn Lives/Save the Children Federation.

3 Organisation mondiale de la santé. (1997). *Thermal protection of the newborn: a practical guide*. Genève : OMS. (WHO/RHT/ MSM/97.2)

4 Ibid.

5 Widstrom AM et al. (1990). Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behavior. *Early Human Development,* 21:153-163.

6 Righard L et Alade MO. (1990). Effect of delivery room on success of first breastfeed. *Lancet,* 336:1105-1107.

7 De Chateau P et Wiberg B. (1997). Long-term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. *Acta Paediatrica,* 66:145-151.

8 UNICEF (1999). *Baby Friendly News.* Numéro 2 (avril):3-4.

9 Organisation mondiale de la santé/UNICEF. (1998). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services*. Genève : OMS.

10 Widstrom et al.

11 Saving Newborn Lives.

12 Saugstad OD. (1998). Routine topical umbilical cord care at birth (Cochrane Review). *The Cochrane Library,* Issue 4, Oxford: Mise à jour de logiciels.

13 Organisation mondiale de la santé. (1994). *Clean delivery for the prevention of tetanus and sepsis: Strengthening of country wide programmes*. Genève : OMS.

14 Zupan J et Garner P. (2002). Topical umbilical cord care at birth (Cochrane Review). *The Cochrane Library,* Issue 4. Oxford: Mise à jour de logiciels.

3

Un allaitement réussi

Introduction 59

Avantages de l'allaitement 60

Allaitement précoce et exclusif 62

Débuter l'allaitement 63

Poursuivre l'allaitement 66

L'allaitement lorsque la mère est séropositive : choisir en connaissance de cause 71

Problèmes d'allaitement 74

Extraire le lait maternel 86

Alimentation à la tasse 88

3

Un allaitement réussi

L'allaitement est un don naturel de la mère à l'enfant. Non seulement il crée une opportunité naturelle pour tisser des liens, mais il contribue à la croissance et au développement du nouveau-né. La vie de nombreux nouveau-nés est sauvée par les nutriments importants et la protection contre les maladies et infections que le lait maternel procure. Si tous les bébés étaient exclusivement allaités dès leur naissance, environ 1,5 million de vies seraient sauvées chaque année.[1] Nous devons tous le répéter sans relâche aux mères : « Prenez soin de votre bébé de la meilleure façon qui soit : Allaitez-le ! »

Vous avez un rôle crucial à jouer en aidant les mères à mener à bien l'allaitement de leur bébé de façon précoce et exclusive. De nombreuses femmes craignent de ne pas avoir assez de lait pour nourrir leur nourrisson. Celles qui sont mères pour la première fois, en particulier, ont besoin de réconfort, d'informations, de motivation et d'acquérir de l'assurance. Pour aider les mères, vous avez besoin d'informations et de compétences pour les éduquer et les conseiller. Si une mère réussit à allaiter son bébé au cours des tout premiers jours de sa vie, elle a davantage de chances de parvenir à continuer pendant la durée requise. Et son bébé a ainsi davantage de chances de survivre et d'atteindre l'âge adulte.

L'allaitement exclusif à la demande fournit toute l'alimentation dont un bébé a besoin les 6 premiers mois. Cela n'est vrai d'aucun lait maternisé de substitution.

Le soutien de la communauté à l'allaitement est également essentiel. La manière dont la communauté fournit ce soutien varie selon la région, les conditions et la famille. En tant que prestataire de soins de santé, vous pouvez contribuer à un environnement favorable à l'allaitement dans votre communauté. Les informations de ce chapitre peuvent sauver des vies.

Dans ce chapitre, vous trouverez des informations sur :

- Comment l'allaitement aide la mère et le bébé
- L'allaitement précoce et exclusif
- Ce qu'un(e) prestataire de soins de santé peut faire pour contribuer à assurer la réussite du premier allaitement.
- Ce qu'une mère peut faire pour réussir son allaitement.
- Combien de temps allaiter
- Des conseils en matière d'allaitement pour la mère séropositive
- Les problèmes courants de l'allaitement
- Les raisons pour extraire le lait
- Les raisons pour alimenter à la tasse

Dans ce chapitre, vous apprendrez à faire les choses suivantes :

- Conseiller la mère et sa famille sur l'allaitement précoce et exclusif
- Aider la mère à allaiter pour la première fois
- Évaluer la qualité de l'allaitement du bébé par la mère
- Aider la mère à réussir son allaitement
- Conseiller une mère séropositive sur l'alimentation du bébé
- Détecter les problèmes courants de l'allaitement et y remédier
- Apprendre à une mère à extraire le lait maternel
- Apprendre à une mère à alimenter son bébé à la tasse

AVANTAGES DE L'ALLAITEMENT

L'allaitement aide la mère tout comme le bébé, et donc la famille. Il aide aussi les bébés présentant un faible poids à la naissance ou malades. Les raisons pour lesquelles l'allaitement est une pratique saine sont expliquées au tableau 3.1.

TABLEAU 3.1 COMMENT L'ALLAITEMENT AIDE LE BÉBÉ ET LA MÈRE

LE BÉBÉ

- L'allaitement exclusif à la demande fournit toute l'alimentation dont un bébé a besoin au cours des 6 premiers mois. Cela n'est vrai d'aucun lait maternisé de substitution.
- Le lait maternel contient de la vitamine A. Les bébés ayant un taux de vitamine A faible ont peu d'appétit, des problèmes oculaires et davantage d'infections.
- Le lait maternel est une source alimentaire propre. L'eau utilisée pour mélanger le lait maternisé et pour laver les bouteilles peut contenir des microbes qui peuvent provoquer la diarrhée. C'est une cause majeure de décès chez le nourrisson.
- Le lait maternel fait office de première vaccination pour le bébé ; il fortifie son système immunitaire.
- Le lait maternel protège le bébé des allergies.
- Si le bébé est malade, le lait maternel l'aide à se rétablir plus vite.
- Le lait maternel favorise le développement et la croissance du corps et du cerveau du bébé.
- Le lait maternel aide les bébés ayant un faible poids à la naissance (en particulier les prématurés) :
  - Le lait maternel est la nourriture la plus facile à digérer pour le bébé.
  - Le lait maternel fournit des nutriments idéalement adaptés à la croissance et au développement.
  - Le lait maternel contribue à prévenir les maladies graves des intestins qui affectent les bébés ayant un faible poids à la naissance (entérocolite nécrosante néonatale).
  - L'allaitement maternel favorise la stabilisation de la température du bébé.
- L'allaitement maternel contribue au développement correct de la bouche, des dents et de la mâchoire du bébé.
- Le lait maternel est toujours à température idéale pour le bébé lorsqu'il sort du sein.

LA MÈRE

- L'allaitement contribue à faciliter le décollement du placenta.
- L'allaitement contribue au retour à sa taille normale de l'utérus.
- L'allaitement réduit l'anémie car la mère a ses règles plus tard.
- L'allaitement exclusif contribue à la suppression de l'ovulation, il peut donc retarder une autre grossesse. Lorsque les grossesses sont espacées d'au moins 3 à 5 ans, la mère est en meilleure santé et les chances de survie de l'enfant sont accrues.
- L'allaitement renforce les liens entre la mère et son bébé.
- L'allaitement est économique. La mère n'a pas besoin d'acheter un autre lait pour nourrir son bébé ni de payer pour des soins de santé car son bébé tombe moins souvent malade.

SCHÉMA 3.1 **L'ALLAITEMENT EXCLUSIF EST LA MANIÈRE LA PLUS SAINE DE NOURRIR UN NOUVEAU-NÉ**

ALLAITEMENT PRÉCOCE ET EXCLUSIF

L'allaitement précoce consiste à allaiter dès les premières minutes après la naissance du bébé. L'allaitement exclusif signifie que le bébé est nourri *exclusivement* au sein. Cela veut dire qu'il ne faut donner ni eau, ni thé, ni infusion, ni lait maternisé, ni aucun autre liquide ou aliment au bébé. L'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois est recommandé dans le monde entier car il contribue à la survie du bébé. Il contribue aussi à sa croissance et à son développement.

Donner d'autres boissons ou aliments pendant les 6 premiers mois peut être préjudiciable au bébé et à l'allaitement

Commentez aux parents les informations suivantes :

- Lorsque un bébé absorbe d'autres boissons ou aliments, il tètera moins longtemps le sein de sa mère. La mère produira alors moins de lait. Le bébé voudra alors davantage d'autres boissons ou aliments et la mère produira encore moins de lait. Ce cycle continue jusqu'à ce que la mère n'ait plus de lait.
- Le bébé peut s'habituer à la tétine d'un biberon et perdre sa capacité à téter efficacement le sein. Cela peut aboutir à des mamelons douloureux, à une montée de lait médiocre, au refus du sein, à l'échec de l'allaitement et/ou à la malnutrition.
- Le bébé qui absorbe d'autres boissons ou aliments en dehors du lait maternel n'absorbe pas bien tous les nutriments du lait maternel ; des vitamines et des sels minéraux peuvent se perdre.
- Le bébé cesse de téter plus tôt s'il absorbe d'autres aliments.[2,3]
- Le bébé qui absorbe d'autres boissons ou aliments avant l'âge de 6 mois tombe plus souvent malade. Il a tendance à avoir des diarrhées ou une infection telle que la pneumonie.[4]

Les bébés absorbent suffisamment d'eau par l'allaitement exclusif

Commentez aux parents les informations suivantes :

- Le lait maternel est presque entièrement constitué d'eau (88 pour cent).[5] Même avant que le lait arrive, le colostrum (le premier lait épais et jaune) est suffisant pour satisfaire les besoins du bébé. Un bébé qui est nourri au sein à la demande trouve toute l'eau dont il a besoin dans le lait maternel.[6] Lorsqu'un bébé a soif, sa mère doit l'allaiter et boire davantage pour produire plus de lait.

- Les bébés qui vivent sous des climats très chauds et secs n'ont pas besoin d'autres boissons s'ils sont nourris au sein exclusivement et à la demande.[7,8]
  Il ne faut pas leur donner d'eau sucrée, d'eau mélangée à du miel ni quoi que ce soit d'autre. Le lait maternel fournit tout le liquide dont un bébé a besoin.
- Son estomac est de petite taille. Lorsqu'un bébé boit de l'eau ou d'autres boissons, il reste moins de place pour le lait maternel. Les études démontrent qu'un bébé qui boit de l'eau ou d'autres boissons avant l'âge de 6 mois boit moins de lait maternel, ce qui peut être une cause de malnutrition.[9]
- Les bébés qui boivent d'autres boissons avant l'âge de 6 mois contractent plus souvent des diarrhées et présentent davantage de risques de ne pas survivre.

DÉBUTER L'ALLAITEMENT

La première fois qu'une mère nourrit son bébé est un moment crucial : 1) le colostrum est le premier lait sécrété par la mère et il présente de nombreux avantages pour le nouveau-né. Le colostrum ne doit donc pas être jeté. 2) si la première tétée réussit, la suite de l'allaitement a plus de chances de réussir. La plupart des bébés sont prêts à téter pour la première fois 15 à 55 minutes après leur naissance.[10] Commentez les informations qui suivent à la mère et à la famille.

Pourquoi une mère doit-elle débuter l'allaitement au cours de la première heure après la naissance ?[11]

- La plupart des nouveau-nés ont un réflexe de succion accentué et sont éveillés dans la première heure qui suit leur naissance.
- La succion du bébé incite la lactation chez la mère.
- Le colostrum est aussi très riche en vitamines A et en anticorps qui protègent l'enfant des infections. Il est souvent baptisé « première vaccination » du bébé.
- Le colostrum aide à expulser le méconium et à prévenir la jaunisse.
- Le colostrum contient des nutriments en très forte concentration et aide à prévenir une hypoglycémie dans les premières heures de la vie.
- La mère saigne moins après la naissance si elle allaite immédiatement.
- Le contact peau contre peau immédiat aide le bébé à conserver la température idéale.
- L'allaitement précoce aide la mère et le bébé à tisser des liens forts.

Prise du mamelon en bouche par le bébé lui-même

Plusieurs études décrivent la capacité naturelle du nouveau-né (s'il est posé sur l'abdomen de la mère immédiatement après la naissance et s'il n'est pas dérangé) à grimper et à attraper le mamelon de la mère sans aucune aide. Y compris pour saisir le mamelon en bouche et commencer à téter. Pour favoriser la prise du mamelon en bouche par le bébé lui-même il faut respecter les étapes suivantes :

- Placer le bébé allongé sur le ventre, sur l'abdomen de sa mère.
- Aider le bébé à grimper progressivement vers la poitrine de sa mère.
- Donner du temps au bébé pour suçoter le mamelon avant de le saisir entièrement en bouche. Le bébé naît avec le désir naturel de prendre la totalité de l'aréole et du mamelon en bouche et de téter.
- Laissez le bébé téter aussi longtemps qu'il le désire.

Source : Righard L et Alade MO. (1990). Effect of delivery room on success of first breastfeed. *Lancet*, 336:1105-1107.

Pour d'autres sources, reportez-vous à la liste des références générales à la fin de ce chapitre.

CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR AIDER LA MÈRE À RÉUSSIR LE PREMIER ALLAITEMENT

- Placer le bébé contre sa mère, peau contre peau, immédiatement après la naissance.
- Ne pas séparer le bébé de la mère (pour le peser, lui prodiguer les soins oculaires, etc.) avant la première tétée.
- Ne pas se dépêcher, la première tétée prend du temps.

Position de la mère

Aider la mère à trouver une position confortable. Si elle le désire, glissez un coussin ou une couverture repliée sous la tête si elle est allongée, ou sous son bras si elle est assise.

- Couchée sur le dos. La mère peut souhaiter avoir la tête et les épaules soutenues.
- Couchée sur le côté. Si la mère a eu un accouchement par césarienne, cette position peut être plus confortable pour elle.
- Assise.

Position du bébé

- La mère doit tenir le bébé contre elle, tête et corps tournés vers sa poitrine.
- Le bébé est face au sein, le nez devant le mamelon
- Tout le corps du bébé est entièrement soutenu. Si le bébé est plus bas que la poitrine de la mère, mettez le bébé sur un coussin ou sur une couverture pliée afin qu'il soit au même niveau que la poitrine de sa mère.

Prise en bouche du mamelon et succion

- Façons d'aider le bébé à prendre le mamelon en bouche :
  - La mère doit tenir son sein « en pince » (pouce sur le dessus et les autres doigts sous le sein), doigts éloignés du mamelon. (Voir schéma 3.1)
  - Toucher les lèvres du bébé avec le mamelon.
  - Attendre que la bouche s'ouvre.
  - Mettre le bébé sur la poitrine, sa lèvre inférieure sous le mamelon. Ne pas déplacer la tête du bébé seulement, mais soutenir le dos et le cou et déplacer tout le corps.
  - Regarder s'il a le mamelon bien en bouche.
  - Veiller à ce que le volume du sein ne bouche pas le nez du bébé pendant qu'il tète.
  - La mère ne doit pas se pencher au-dessus du bébé. Elle doit amener le bébé vers sa poitrine et non pas sa poitrine vers le bébé.

- Comment savoir si le bébé a le mamelon bien en bouche ?
  - Le menton du bébé touche le sein.
  - La bouche du bébé est grande ouverte.
  - La lèvre inférieure est retournée vers l'extérieur.
  - Vous voyez une plus grande portion de l'aréole au-dessus de sa bouche qu'en dessous.
- Comment savoir si le bébé tète correctement ?
  - Les succions sont lentes et amples entrecoupées de pauses.
  - Les seins et les mamelons de la mère ne la gênent pas.
- Que faire si le bébé ne prend pas le mamelon bien en bouche et ne tète pas correctement ? Éloigner le bébé de la poitrine. Montrer à la mère comment s'y prendre en mettant doucement un doigt dans la bouche du bébé pour interrompre la tétée. Aider le bébé à reprendre le sein en bouche. Si le bébé est mal positionné, qu'il prend mal le mamelon en bouche et tète peu, le flux de lait dans la bouche du bébé peut en être réduit, abîmer le mamelon (provoquer des douleurs, des gerçures) et engorger le sein (les seins sont trop pleins).

Durée de chaque tétée

Il n'y a aucune limite à la durée de la tétée. Si la prise en bouche du mamelon, la manière de téter et la position sont bonnes, le bébé peut téter jusqu'à ce qu'il soit rassasié. Donnez-lui les deux seins. Le bébé doit déjà vider un sein pour absorber le lait de fin de tétée, plus riche (le lait qui vient en dernier d'un sein à la tétée) avant de passer à l'autre.

SCHÉMA 3.2 ATTENDEZ QUE LA BOUCHE SOIT GRANDE OUVERTE

SCHÉMA 3.3 PRISE EN BOUCHE DU SEIN

Mauvaise !
Le bébé n'a qu'une partie du mamelon en bouche, qui sera abîmé s'il tète ainsi.

Mauvaise !
Le bébé n'a que le mamelon en bouche, qui sera abîmé s'il tète ainsi.

Correcte !
La bouche du bébé est grande ouverte. Il a l'aréole en bouche et son menton touche la poitrine.

CONTINUER L'ALLAITEMENT

Nourrir le bébé à la demande

- Allaiter chaque fois que le bébé veut téter. Les signes indiquant qu'un bébé veut téter sont les suivants : Frottement du nez, succion de la main, mouvement en avant et en arrière de la tête ou ouverture de la bouche.
- La plupart des nouveau-nés tètent en moyenne 8 à 12 fois en 24 heures ou environ toutes les 2 à 3 heures. C'est important car :
  - L'estomac d'un nouveau-né est petit et doit être rempli fréquemment.
  - Le lait maternel est facile à digérer et le bébé l'élimine vite.[12]
- Avec l'allaitement à la demande, la production de lait de la mère s'adapte aux besoins du bébé, il y a donc toujours assez de lait. Plus le bébé tète, plus la mère produit du lait.

Vider le premier sein à chaque tétée

- Encourager la mère à donner d'abord un sein, sans limite de temps, avant de proposer le second, ce qui contribue à faire en sorte que le bébé absorbe le lait de fin de tétée, plus riche. Si le sein droit est donné en premier, commencer par le sein gauche à la prochaine tétée. Les deux seins fabriqueront alors le même volume de lait.
- Ne pas limiter le temps de tétée d'un bébé.
  - La première partie d'une tétée à un sein, ou premier lait, est davantage diluée pour étancher la soif du bébé.
  - La fin d'une tétée, ou lait de fin de tétée, est plus riche en lipides pour rassasier la faim du bébé.

Boire à chaque tétée et manger davantage chaque jour

La mère qui allaite doit boire davantage. Un bon moyen pour se souvenir qu'il faut boire plus : Boire un grand verre à chaque tétée et lorsque vous avez soif.

Conseillez à la mère qui allaite d'éviter de boire de l'alcool. Une consommation (même modérée) d'alcool interfère avec le réflexe de montée de lait de la mère, inhibe la prise de lait du bébé, affecte son développement moteur et ralentit sa prise de poids.[13]

Pour être en bonne santé, une femme qui allaite doit manger chaque jour au moins une grosse portion supplémentaire de ses aliments de base.

Prendre des positions variées pour tenir l'enfant

Il est important que la mère soit à l'aise pendant la tétée. Ressentir une douleur, avoir froid ou être contrariée rend l'écoulement de son lait plus difficile. La manière dont elle tient le bébé peut aussi rendre l'allaitement plus facile pour la mère et le bébé. Chaque façon de le tenir présente ses avantages. Changer de position contribue à extraire le lait de différentes parties du sein. N'oubliez pas : Quand la mère tient le bébé pour l'allaiter, il doit être face au sein et son corps doit être droit.

Position en berceau

La mère s'assoit et couche le bébé sur le côté sur ses genoux, face à elle. Elle soutient la tête du bébé dans le creux de son épaule et son dos et ses fesses avec son avant-bras.

Position en ballon de rugby

Cette position est presque similaire à la position en berceau, mais la mère utilise son autre bras pour tenir le bébé. La tête du bébé est tenue par la main ouverte de la mère. Cette position facilite le positionnement du bébé par rapport au sein et permet de le mettre dans une position confortable pendant qu'il prend le mamelon en bouche et tète.

Position sous le bras

La mère peut mettre le bébé sous son bras, en tenant sa tête et son cou dans sa main. Les pieds du bébé son orientés vers son dos. Cette position soulage la mère si elle a eut un accouchement par césarienne ou si le bébé ne prend pas suffisamment le mamelon et l'aréole du sein de sa mère en bouche dans les autres positions.

SCHÉMA 3.4 **POSITION EN BERCEAU**

SCHÉMA 3.5 **POSITION EN BALLON DE RUGBY**

SCHÉMA 3.6 **POSITION SOUS LE BRAS**

SCHÉMA 3.7 **POSITION ALLONGÉE SUR LE CÔTÉ**

Couchés sur le côté

Pourrait aussi s'appeler la position téter et dormir. La mère et le bébé sont tous deux couchés sur le côté, face à face. La mère peut utiliser l'une ou l'autre main ou l'avant-bras pour soutenir le bébé, ou lui glisser un coussin dans le dos pour le soutenir et placer sa tête au niveau de son sein le plus bas. Elle préférera peut-être cette position pendant les quelques premiers jours après l'accouchement et la nuit. C'est aussi une bonne position pour une mère qui a eu un accouchement par césarienne.

Prendre suffisamment de repos

Une mère qui allaite est souvent réveillée la nuit, ce qui veut dire qu'elle peut manquer de sommeil. Lorsqu'une mère est très fatiguée, elle fabrique moins de lait. Faire des siestes lorsque le bébé dort pendant la journée est un moyen de dormir davantage. Si la mère a d'autres enfants ou des responsabilités, cela peut s'avérer difficile. En tant que prestataire de soins de santé, discutez avec la mère et la famille :

- Des raisons pour lesquelles la mère a besoin de dormir pendant la journée.
- Ce qu'elle peut faire pour dormir plus
- Ce que la famille peut faire pour l'aider

Absorber suffisamment d'éléments nutritifs

Pour que la mère reste en bonne santé, encouragez-la à manger une grande variété d'aliments afin qu'elle absorbe suffisamment de vitamines, de minéraux et d'autres nutriments. Sa nutrition et son niveau d'énergie seront améliorés si elle prend un repas ou une portion supplémentaires au moins de ses aliments de base. Post partum, les femmes doivent aussi reconstituer leurs réserves de fer. Des suppléments en vitamine et en fer peuvent donc être bénéfiques. Dans les zones où les carences en vitamine A sont courantes,[14] il est important que la mère en prenne un supplément post partum.

Allaiter un bébé malade pendant et après une maladie

Donner le sein est encore plus important lorsque le bébé est malade. Il a besoin d'eau, de minéraux et de la protection que lui apporte le lait maternel.

Allaiter un bébé plus fréquemment pendant les périodes de croissance rapide

Un bébé va parfois vouloir se nourrir presque constamment en raison d'une poussée de croissance. C'est ce qui se produit normalement vers le 10ème ou le 14ème jour, à 5 ou 6 semaines et à environ 3 mois après la naissance, lorsque le bébé passe d'un stade de croissance au suivant. Il a besoin de davantage de nourriture et d'énergie à ces stades. Pour aider la mère à produire plus de lait, le bébé se nourrit plus souvent et plus longtemps pendant 1 à 2 jours, ou jusqu'à ce que la quantité de lait produite par la mère ait augmenté suffisamment pour répondre aux nouvelles exigences du bébé. De nombreuses mères pensent que le bébé tète davantage parce qu'il n'absorbe pas suffisamment de lait. Rassurez la mère. Expliquez-lui pourquoi le bébé tète davantage. Encouragez-la à boire davantage et à allaiter le bébé aussi souvent qu'il le désire.

Comment savoir si le bébé absorbe suffisamment de lait maternel

De nombreuses mères s'inquiètent de savoir si elles auront suffisamment de lait pour leur bébé. Elles peuvent avoir cette inquiétude lorsque le bébé a des poussées de croissance rapides, lorsque leur écoulement de lait change (à environ 3 mois) ou lorsque les selles du bébé changent, à 3 ou 6 semaines. Elles ont presque toujours beaucoup de lait. Il y a deux choses que vous pouvez faire pour rassurer la mère : 1) extraire le lait de ses seins pour qu'elle voie qu'il y en a beaucoup, et 2) lui expliquer les signes simples qu'elle peut vérifier (voir tableau 3.3).

Comment l'allaitement exclusif peut contribuer à retarder une autre grossesse

L'allaitement exclusif peut contribuer à l'espacement des naissances. C'est ce qu'on nomme communément la méthode de l'aménorrhée lactationnelle (LAM, Lactational Amenorrhea Method) : La femme qui allaite n'ovule pas (n'est pas fertile) tant que les trois conditions suivantes ne sont pas réunies :

1. Le bébé est allaité à la demande et exclusivement (uniquement du lait maternel nuit et jour) ;

2. Le bébé a 6 mois ou moins, et

3. La mère n'a toujours pas ses règles.

Après les premiers 6 mois, expliquez à la mère que l'allaitement seul n'est plus fiable pour empêcher une grossesse. Elle aura besoin d'être conseillée sur d'autres méthodes de contraception.

Combien de temps faut-il poursuivre

L'allaitement au cours des 6 premiers mois

La mère doit allaiter à la demande et exclusivement pendant les 6 premiers mois, ce qui signifie que pendant 6 mois, le bébé n'absorbe rien d'autre que du lait maternel à chaque fois qu'il veut téter.

De six mois à 2 ans :

- Au bout de 6 mois, l'allaitement seul ne suffit plus à subvenir aux besoins du bébé en énergie, en vitamines et en minéraux.
- Continuez de l'allaiter tout en lui donnant d'autres aliments ou boissons.
- Plus la mère allaite longtemps, plus son lait apporte au bébé une protection contre les infections.

TABLEAU 3.3 **SIGNES INDIQUANT QUE LE BÉBÉ ABSORBE SUFFISAMMENT DE LAIT MATERNEL**[15]

- Le bébé urine au moins 6 fois par 24 heures.
- Vous pouvez l'entendre avaler pendant l'allaitement.
- Les seins de la mère sont plus mous après une tétée.
- Le bébé prend progressivement du poids (après la première semaine).
- Le bébé semble satisfait après une tétée. Il a parfois faim, il est calme à certains moments, éveillé à d'autres, ou bien encore endormi au cours de la journée.

SCHÉMA 3.8 **POSITION SOUS LE BRAS AVEC DES JUMEAUX**

SCHÉMA 3.9 **POSITION EN BERCEAU AVEC DES JUMEAUX**

Allaiter des jumeaux

Une mère peut produire beaucoup de lait pour allaiter des jumeaux avec succès. Les jumeaux naissent souvent avec un faible poids à la naissance, du lait maternel en quantité suffisante est donc encore plus important pour eux.

Allaitez d'abord un bébé après l'autre, ce qui aide la mère à s'habituer à la manière de téter de chaque bébé. Donnez un sein à un bébé et l'autre sein à l'autre bébé, afin de garantir que chacun absorbe suffisamment de lait maternel. Dès que la mère s'habitue à allaiter ses jumeaux, elle peut les allaiter ensemble, ce qui fait gagner du temps.

Lorsque vous allaitez les bébés ensemble, utilisez la positon sous le bras et la position berceau (voir schémas 3.8 et 3.9). Lorsque l'allaitement devient régulier, alternez les seins, c'est-à-dire ne donnez pas tout le temps le même sein à un bébé, ce qui évite qu'un bébé ait un côté préféré et aussi qu'un sein devienne plus gros que l'autre si un jumeau tète plus vigoureusement que l'autre. Veillez à ce que chaque bébé absorbe le lait de fin de tétée, plus riche.

Pour rester en bonne santé, la mère de jumeaux doit : 1) manger quotidiennement davantage d'aliments riches en protéines, en vitamines et en minéraux ; et 2) boire chaque jour beaucoup d'eau.

ALLAITER LORSQUE LA MÈRE EST SÉROPOSITIVE : CHOISIR EN CONNAISSANCE DE CAUSE

Le bébé dont la mère est séropositive a environ 1 à 7 chances (15 %) de contracter une infection VIH par l'allaitement. Les bébés qui contractent le VIH meurent généralement prématurément. La mère séropositive est face à un choix difficile en raison des risques de transmission que comporte l'allaitement.

Lorsque les ressources sont limitées, l'allaitement au biberon du nouveau-né avec du lait maternisé peut être plus risqué que l'allaitement par une mère séropositive. L'allaitement au biberon dans les régions à faibles ressources provoque le décès de nombreux nourrissons, en raison de la diarrhée, de la malnutrition et autres infections. Dans des conditions idéales, il est toutefois possible de nourrir avec succès un nourrisson avec du lait maternisé vendu dans le commerce ou du lait animal modifié artisanalement, bien que ce ne soit pas facile et puisse être coûteux.

Le lait maternel est le meilleur aliment pour un nouveau-né. Il existe trois façon de modifier l'allaitement pour que le bébé puisse profiter de la plupart des avantages du lait maternel avec un risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant très faible. Ces options sont :

- Allaitement exclusif avec sevrage précoce
- Extraction du lait maternel et traitement thermique
- Allaitement par une femme séronégative (nourrice au sein)

La décision de modifier l'allaitement et de l'option choisie peut, et doit être prise par la mère et la famille, et non par le/la prestataire de soins de santé. En tant que prestataire de soins de santé, il vous incombe de transmettre les informations qui permettront à la mère et à la famille de faire leur choix parmi les solutions possibles. Une fois qu'ils détiennent les informations voulues, qu'ils comprennent les enjeux et examinent leur propre situation, ils peuvent *faire un choix éclairé*.

La recherche nous donne constamment de nouvelles informations sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Afin d'être au fait des toutes dernières recommandations, consultez régulièrement les sites Internet énumérés à la fin de ce chapitre.

L'Organisation Mondiale de la Santé, le programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA, et l'UNICEF recommandent :

Aux prestataires de donner à une femme séropositive toutes les informations sur les risques et les avantages des différentes options d'allaitement, puis d'adhérer au choix de la mère en matière d'allaitement.[16]

Conseil sur l'alimentation du nourrisson

De quelles informations les parents ont-ils besoin pour prendre une décision en connaissance de cause. Ils doivent savoir pourquoi vous suggérez que l'allaitement soit modifié, quelles sont les possibilités, les avantages et les risques de chaque solutions. Soutenez la mère dans la décision qui lui semblera la meilleure dans sa situation, celle de sa famille et de son foyer.

Les faits en matière d'allaitement pour la mère séropositive et sa famille

Le VIH ne se transmet pas aussi facilement au bébé par le lait maternel que par le sang ou les liquides organiques. Seule une femme séronégative sur 7 qui allaite son bébé l'infecte par l'allaitement. Le risque de transmission du VIH est moindre si :

- Le bébé est allaité exclusivement
- La mère sollicite des soins immédiats pour des gerçures aux mamelons ou une infection mammaire
- Le bébé est allaité pendant quelques mois seulement
- La mère et le bébé reçoivent un traitement antiretroviral

Le risque de transmission du VIH augmente :

- Proportionnellement à la durée de l'allaitement
- Si la mère contracte l'infection pendant qu'elle allaite (le risque de transmission au bébé double)
- S'il y a des problèmes ou des infections tels qu'une mastite ou des gerçures au mamelon chez la mère ou une candidose buccale ou une infection intestinale chez le bébé
- Si la mère présente des symptômes du SIDA

Les nourrissons qui n'absorbent pas de lait maternel courent un risque beaucoup plus grand de mourir d'une autre infection au cours des 2 premiers mois que les nourrissons qui sont allaités.

Option 1 : Allaitement exclusif avec sevrage précoce ou alimentation de substitution respectant les critères AFADS

- L'allaitement est interrompu dès que le bébé peut être sevré et nourri avec un aliment de substitution adéquat qui soit AFADS (acceptable, faisable, abordable, durable et sûr).
- Le bébé n'absorbe que du lait maternel pendant une période limitée, jusqu'à ce que les critères AFADS soient respectés ou jusqu'à ce qu'une autre alimentation soit sans danger (à 6 mois environ).

Avantages

- L'allaitement exclusif et le sevrage précoce à environ 6 mois réduisent les risques de transmission du VIH.
- La mère apporte au bébé tous les avantages du lait maternel pendant les premiers mois critiques de la vie (meilleure nourriture pour le bébé, protection contre les infections, meilleure croissance et meilleur développement favorisés).
- Le risque d'infection par l'utilisation d'un biberon est évité.

Risques ou inconvénients

- Le sevrage précoce occasionne plus de travail à la mère qui doit préparer un lait maternisé de substitution.
- L'alimentation avec un lait maternisé de substitution est coûteuse.
- L'alimentation avec un lait maternisé de substitution augmente le risque d'autres infections et de malnutrition pour le bébé.
- Le sevrage précoce est difficile, aussi bien pour la mère que pour le bébé. Les seins de la mère seront douloureusement engorgés pendant quelques jours ; il se peut que le bébé pleure beaucoup et que la mère soit très contrariée.
- Le sevrage précoce expose la mère aux critiques et à la stigmatisation.
- Les critères AFADS peuvent être difficiles à respecter.

Option 2 : Extraction du lait maternel et traitement thermique avant consommation

- Le traitement thermique tue le VIH dans le lait maternel.[17,18]
- La mère extrait le lait de ses seins et lui fait subir un traitement thermique, puis elle en nourrit le bébé à la tasse.

Les deux méthodes utilisées pour traiter thermiquement le lait maternel sont :

- L'ébullition brève : Amenez le lait à ébullition, faites le refroidir et donnez-le au bébé
- La pasteurisation Holder (ou Prétoria) :
  - Placez une demie tasse (120 ml) de lait maternel dans un bocal en verre propre et vissez le couvercle.
  - Remplissez à moitié une casserole en aluminium avec de l'eau et portez la à ébullition.
  - Une fois que l'eau bout, retirez la casserole du feu et placez immédiatement le bocal de lait maternel dans la casserole d'eau chaude. Laissez le bocal de lait maternel dans l'eau chaude pendant 15 minutes.
  - Le lait pasteurisé peut être stocké sans risque à température ambiante jusqu'à 12 heures si le bocal n'est pas ouvert ni manipulé.

Avantages

- Les risques de transmettre le VIH sont quasiment nuls.
- Le bébé profite des avantages nutritionnels du lait maternel. Bien que l'ébullition détruise certaines propriétés du lait maternel, il est tout de même meilleur pour le nouveau-né que les laits maternisés fabriqués à partir de lait animal.[19]
- Le risque d'infection est moindre avec l'alimentation à la tasse qu'avec le biberon.

Risques ou inconvénients

- La mère doit consacrer beaucoup de temps à l'extraction de son lait, à son traitement thermique et au nettoyage du récipient et de la tasse.
- La mère doit dépenser de l'argent en carburant pour traiter thermiquement le lait maternel chaque jour.
- Le bébé doit être alimenté à la tasse.
- La mère peut être stigmatisée de ne pas allaiter directement.
- Il existe des obstacles culturels à cette pratique dans certains pays.

Option 3 : Faire appel à une nourrice séronégative

La famille trouve une femme dont les tests au VIH sont négatifs et qui n'est pas susceptible d'être exposée à de futures infections par le VIH pour allaiter le bébé. La femme reçoit des informations sur les pratiques sexuelles sécurisées car le risque de transmission au bébé est très élevé si elle est infectée pendant qu'elle allaite.

Avantages

- L'allaitement par une autre femme apporte au bébé presque les mêmes avantages en matière de protec tion que l'allaitement par la mère.
- Il n'y a aucun risque de transmission du VIH par l'allaitement, tant que la nourrice au sein n'est pas infectée.
- Le risque d'infection par l'utilisation d'un biberon est évité.

Risques ou inconvénients

- Être certain qu'une autre personne est séronégative et le reste peut s'avérer délicat.
- La mère doit passer du temps avec son bébé pour préserver leurs liens.
- Il n'est pas toujours facile de trouver une femme qui soit disposée à assumer la responsabilité d'être nourrice au sein.
- Il existe des barrières culturelles à cette pratique dans certains pays.
- La mère peut avoir à payer la nourrice au sein.
- La mère peut être stigmatisée de ne pas allaiter elle-même son bébé.
- Si le bébé est né séropositif, il existe un tout petit risque que l'allaitement transmette l'infection à la nourrice au sein. Le risque est plus élevé si le bébé a une candidose buccale ou une autre lésion de la bouche, ou si la nourrice au sein a des mamelons gercés, qui saignent ou autre pathologie des seins.
- Si la mère n'allaite pas, elle perd l'avantage de l'espacement des naissances lié à l'allaitement.

Option 4 : Substituer au lait maternel un lait maternisé vendu dans le commerce

Le nourrisson est alimenté avec du lait maternisé vendu dans le commerce dès la naissance (pas d'allaitement). Voir Option 5 pour les avantages et les risques ou les inconvénients de l'alimentation de substitution.

Option 5 : Remplacer l'allaitement par du lait animal artisanalement reconstitué

Le nourrisson est alimenté dès la naissance avec du lait animal convenablement modifié (pas d'allaitement).

Avantages de l'alimentation de substitution

- Aucun risque de transmission du VIH par l'alimentation. (Le risque demeure que le bébé ait contracté une infection VIH pendant la grossesse ou à la naissance.)
- D'autres personnes que la mère peuvent aider à nourrir le bébé.
- La mère et le bébé peuvent être séparés. L'alimentation de l'enfant n'est pas interrompue si la mère est malade ou décède.
- Le bébé peut s'attacher à une autre personne à part sa mère.

Risques et inconvénients de l'alimentation de substitution

- Une alimentation de substitution sans risque requiert :
  - Un approvisionnement fiable et abordable de l'aliment de substitution choisi et un endroit sûr pour l'entreposer
  - Lait maternisé vendu dans le commerce nutritionnellement adéquat ou lait animal artisanalement modifié
  - De l'eau propre pour préparer l'aliment de substitution
  - Des ustensiles propres
  - Un approvisionnement suffisant en carburant
  - Une bonne hygiène et une bonne désinfection
  - Du temps pour préparer l'aliment de substitution et pour en nourrir l'enfant
  - La maîtrise de la méthode correcte de modification du lait animal, ou la capacité de lire les instructions sur l'emballage du lait maternisé choisi
- Les substituts au lait maternel sont dépourvus d'anticorps anti-infectieux.
- Les substituts au lait maternel sont dépourvus d'hormones de croissance.
- L'achat de suffisamment de substituts au lait maternel pour alimenter un nourrisson peut absorber une large part des revenus de la famille.
- Une mauvaise préparation du lait maternisé de substitution peut provoquer des diarrhées et/ou une malnutrition.
- Les femmes qui n'allaitent pas perdent le bénéfice de l'espacement des naissances et ont besoin de pouvoir accéder à des services de contrôle des naissances abordables et appropriés.
- Le nourrisson qui ne tète pas peut ne pas bénéficier de stimulations psychosociales adéquates et ne pas tisser de liens suffisamment étroits avec sa mère.
- Quand l'allaitement est la norme, la femme qui n'allaite pas peut être stigmatisée et marginalisée.

Le corps d'une femme est capable de produire beaucoup de lait pour allaiter exclusivement son bébé pendant les 6 premiers mois... il est très rare qu'il n'y ait vraiment pas assez de lait.

PROBLÈMES D'ALLAITEMENT

Mamelons douloureux ou gercés

Les mamelons de la mère s'irritent parfois, deviennent douloureux et peuvent même se gercer et saigner. Si ce problème n'est pas géré correctement, il peut aboutir à une mastite. Les mamelons douloureux ou gercés sont souvent dus à une mauvaise position et à une mauvaise prise en bouche du sein par le bébé.

Voir tableau 3.4 pour les étapes décisionnelles.

Lactation insuffisante

Les femmes s'inquiètent souvent que leur bébé soit insuffisamment nourri par l'allaitement. L'impression de n'avoir « pas assez de lait » est la perception erronée la plus courante. Une mère pense souvent qu'elle ne produit pas assez de lait quand :

- Le bébé a une poussée de croissance (une phase de croissance très rapide) et veut téter plus souvent.
- Ses sensations de montée de lait évoluent (une sensation différente dans les seins ou les seins qui coulent moins).
- Elle est stressée pour d'autres raisons.

Le corps d'une femme est capable de produire beaucoup de lait pour allaiter exclusivement un bébé (ou plusieurs) pendant les premiers 6 mois, à condition que le bébé tète fréquemment et aussi longtemps qu'il le souhaite et que la mère ait le soutien dont elle a besoin. Il est très rare qu'elle n'ait réellement pas assez de lait.

Néanmoins, si le rythme de croissance du bébé est lent, il est possible que sa mère ne produise pas assez, ou n'ait pas une montée suffisante de lait, pour une des raisons suivantes ou plusieurs d'entre elles :

- La mère est trop fatiguée pour allaiter souvent et à la demande
- La mère est déshydratée
- Elle est très stressée
- Le bébé n'est pas allaité assez souvent
- Le bébé absorbe d'autres aliments ou boissons
- Il ne vide pas bien le sein à chaque tétée

Dans toutes ces situations, le fait de donner le biberon au bébé ne fait qu'agraver le problème La mère a plutôt besoin de soutien, d'encouragements et de conseils pratiques sur la manière dont elle peut augmenter sa production de lait, en augmentant la fréquence des tétées en particulier.

Voir tableau 3.5 pour les étapes décisionnelles.

Engorgement mammaire

Des seins trop pleins sont engorgés, ce qui peut être dû :

- Au lait qui arrive pour la première fois, après le colostrum
- Au bébé qui ne prend pas bien le sein en bouche, et qui, par conséquent, ne vide pas complètement le sein
- À une séparation de la mère et du bébé, de telle sorte que le bébé ne tète pas pendant une période prolongée
- À une mère très stressée, ce qui affecte la montée de lait

Voir tableau 3.6 pour les étapes décisionnelles.

Canal lactifère bouché

Un des canaux par lequel le lait arrive au sein se bouche, ce qui peut arriver si une zone du sein n'est pas bien vidée.

Voir tableau 3.7 pour les étapes décisionnelles.

Mastite[20, 21]

La mastite est une infection des tissus du sein, et non du lait. Les principales causes sont :

- Des bactéries (microbes) qui s'infiltrent dans le sein parce que la mère a les mamelons gercés
- Du lait qui ne circule pas bien dans les canaux lactifères. Un taux élevé de sucre dans le lait car lorsque un liquide stagne alors qu'il présente un taux de sucre élevé, des bactéries s'y développent. Lorsque les bactéries se multiplient, la mère attrape une infection. Tout ce qui ralentit le flux du lait dans les seins peut provoquer une infection. Par exemple :
  - La mère a les seins engorgés
  - La mère a un canal lactifère bouché
  - La mère porte un soutien-gorge trop serré ou noue une étoffe trop serrée autour de sa poitrine
- Le système immunitaire de la mère est affaibli
  - Elle est en mauvaise santé, voire malnutrie
  - Elle est stressée

Voir tableau 3.8 pour les étapes décisionnelles.

La mère a besoin de soutien, d'encouragements et de conseils pratiques sur la manière dont elle peut accroître sa production de lait, en particulier en augmentant la fréquence des tétées.

TABLEAU 3.4 MAMELONS DOULOUREUX OU GERCÉS : TABLEAU DÉCISIONNEL

Antécédents	Questionnez la mère : ■ Que ressentez-vous ? Les mamelons de la mère peuvent être irrités, voire douloureux. ■ Quand avez-vous mal ? La douleur survient lorsque le bébé commence à téter.
Examen	Examinez les seins et les mamelons : Les mamelons peuvent être rouges, gercés et/ou saigner.
	Observez l'allaitement du bébé : Si la position du bébé et la façon dont il prend le sein en bouche n'est pas bonne, cela peut provoquer une irritation ou des gerçures des mamelons. ■ Le corps du bébé est-il proche de celui de la mère ? ■ Le menton du bébé touche-t-il le sein ? ■ La bouche du bébé est-elle grande ouverte ? ■ Sa lèvre inférieure est-elle retournée vers l'extérieur ? ■ Une plus grande partie de l'aréole est-elle visible au-dessus de la bouche du bébé qu'en dessous ? ■ Demandez à la mère si elle n'a aucune gêne au niveau des seins et des mamelons.
Problèmes/besoins	Mamelons douloureux ou gercés
	Autres problèmes à prendre en compte : ■ Candidose buccale : C'est un champignon ou levure qui irrite les mamelons et provoque des rougeurs. Le bébé a généralement également une candidose buccale, avec des zones blanches sur les muqueuses et la langue. Dans ce ces, il peut ne pas vouloir téter parce que sa bouche est irritée. (Voir chapitre 6.)

TABLEAU 3.4 MAMELONS DOULOUREUX OU GERCÉS : TABLEAU DÉCISIONNEL

Programme de soins	Veillez à ce que la position du bébé soit bonne, qu'il ait bien le sein en bouche et tète correctement. S'il n'a pas le sein bien en bouche ou si sa position n'est pas bonne, dites à la mère de lui retirer le sein et d'essayer à nouveau. (Apprenez à la mère à retirer le bébé au sein en mettant doucement son doigt dans la bouche du bébé pour interrompre la succion). Proposez-lui d'adopter éventuellement une position différente.
	Donner à la mère un antalgique (médicament contre la douleur) à base de paracétamol 30 minutes avant l'allaitement. Elle peut en prendre un comprimé de 500 mg toutes les 4 à 6 heures après un repas.
	Conseillez à la mère : ■ De vérifier que le bébé prend bien le sein en bouche. ■ De varier les positions pour allaiter : Couchée sur le côté, en position ballon de rugby, en position sous le bras. Ceci déplace la pression dans différentes zones du mamelon. ■ Appliquez du lait maternel extrait sur les mamelons après l'allaitement ou un bain, puis séchez-les. ■ Veillez à ce que les mamelons demeurent propres et secs, mais n'utilisez pas de savon sur cette zone. ■ Exposez les seins au soleil pendant 10 minutes 2 à 3 fois par jour. ■ Commencez la tétée par le sein le moins irrité. ■ *N'interrompez pas l'allaitement.* Le bébé peut téter un mamelon qui saigne, à moins que la mère soit séropositive. ■ Dans ce cas, elle ne doit pas allaiter de bébé. Si elle a un mamelon gercé qui saigne, apprenez-lui à extraire le lait et jetez le lait de ce sein jusqu'à ce que la gerçure soit guérie. Le bébé peut alors à nouveau téter les deux seins. ■ La mère ne doit arrêter pour « reposer » un mamelon pendant 24 heures que dans les cas graves. Pendant cette phase, elle doit extraire le lait du sein affecté. Elle peut alimenter le bébé à la tasse avec le lait extrait et allaiter avec le sein qui n'a pas de problème de mamelon.
Suivi	Examinez à nouveau la mère et le bébé 2 à 3 jours plus tard. Récapitulez les antécédents et procédez à un autre examen pour déterminer l'efficacité de vos conseils. S'ils n'ont pas porté leurs fruits, la mère peut avoir besoin de davantage d'aide ou d'être orientée vers un établissement de santé pour des problèmes d'allaitement.

TABLEAU 3.5 LACTATION INSUFFISANTE : TABLEAU DÉCISIONNEL

Antécédents

Questionnez la mère sur sa santé :

- Comment vous sentez-vous ? Si elle est très fatiguée, elle peut produire moins de lait parce qu'elle n'allaite pas assez souvent. Les montées de lait diminuent également si elle est fatiguée.
- Quelle quantité de liquide buvez-vous par jour normalement ? Une femme qui allaite doit boire dès qu'elle a soif. Dites-lui de boire aussi un grand verre chaque fois qu'elle allaite.
- Avez-vous l'impression que vos seins sont remplis avant la tétée et vides après ? Elle doit avoir l'impression que ses seins sont pleins avant chaque tétée et mous et vides après.
- Du lait coule-t-il parfois de vos seins ? La plupart des femmes ont moins de fuites après les premiers mois. Cela ne signifie pas qu'elles ont moins de lait. Les femmes qui ont leur premier enfant ont plus de fuites que les femmes qui ont l'habitude d'allaiter.

Questionnez la mère à propos du bébé :

- À quelle fréquence le bébé tète-t-il ? Il est important que le bébé tète au moins toutes les 2 à 3 heures pendant les premières semaines.
- Est-il exclusivement allaité ou absorbe-t-il d'autres boissons ou aliments ? L'absorption d'autres boissons ou aliments a pour effet de réduire la quantité de lait produit et diminue les bénéfices de l'allaitement.
- Quel âge a le bébé ? Les bébés ont des poussées de croissance au cours desquelles ils ont be soin de téter plus souvent pour accroître la production de lait de la mère, ce qui se produit souvent aux alentours des 10ème à 14ème jour, vers 5 à 6 semaines et autour de 3 mois.
- Le bébé est-il pénible ? Cela pourrait indiquer qu'il n'absorbe pas suffisamment de lait.
- Combien de temps le bébé dort-il ? Se réveille-t-il la nuit pour téter ? Un bébé qui dort trop pour téter toutes les 2 à 3 heures est peut-être malade.

Examen

Observez le bébé pendant qu'il tète : S'il n'a pas le sein bien en bouche et ne tète pas bien, la mère peut fabriquer moins de lait.

Pesez le bébé. Si la prise de poids du bébé est inférieure à ce qu'elle devrait être, le bébé n'absorbe peut-être pas assez de lait, à moins qu'il ne soit malade.

TABLEAU 3.5 LACTATION INSUFFISANTE : TABLEAU DÉCISIONNEL

Problèmes/besoins	Le bébé n'absorbe pas assez de lait. Énumérez les causes de l'insuffisance, si elles sont connues.
	La mère pense qu'elle n'a pas assez de lait, alors que le bébé en absorbe suffisamment.
Programme de soins	S'il y a lieu, conseillez la mère, aidez-la à prendre une bonne position et à ce que le bébé prenne bien le sein en bouche.
	Rassurez la mère en lui expliquant qu'elle peut produire beaucoup de lait. Conseillez à la mère : ■ De se reposer davantage. ■ De boire plus (à chaque repas et lorsqu'elle allaite). ■ D'allaiter le bébé à la demande, au moins toutes les 2 à 3 heures, plus souvent si le bébé veut téter. ■ De laisser le bébé téter aussi longtemps que possible à chaque sein. ■ D'allaiter *exclusivement*. ■ De rester au lit et de garder le bébé avec elle afin qu'il puisse se nourrir souvent pendant qu'elle essaie d'augmenter sa production de lait. Remarque : Il faut généralement 24 à 48 heures pour que la quantité de lait maternel augmente.
	Rassurez la mère en lui expliquant qu'elle a suffisamment de lait pour nourrir son bébé : ■ Montrez-lui un récapitulatif de la prise de poids du bébé (tableau de croissance) et expliquez-lui que le gain de poids du bébé est normal. ■ Extrayez un peu de lait de ses seins pour lui montrer qu'elle en fabrique. ■ Expliquez-lui les poussées de croissance normales et les changements dans le réflexe de montée de lait avec le temps. ■ Pour la rassurer sur la croissance normale du bébé, demandez-lui de le ramener chaque semaine pour le peser, si possible.
Suivi	Examinez la mère et le bébé au bout de 3 jours. Récapitulez à nouveau les antécédents et procédez à un autre examen. Envisagez la programmation de visites hebdomadaires pour contrôler le gain de poids. Conseillez à la mère de revenir si le problème s'aggrave ou s'il y a des signes de danger.

TABLEAU 3.6 ENGORGEMENT DU SEIN : TABLEAU DÉCISIONNEL

Antécédents	Questionnez la mère : ■ Que ressentez-vous au niveau des seins ? Les seins engorgés sont durs, gonflés et douloureux. ■ À quelle fréquence le bébé tète-t-il ? ■ Depuis combien de temps avez-vous accouché ? L'engorgement survient habituellement 2 à 3 jours après la naissance, si le bébé n'est pas allaité pendant une période prolongée ou si la mère et le bébé sont séparés. ■ Avez-vous de la fièvre, des frissons ou une protubérance dans une zone du sein, est-elle rouge, est-elle chaude ? Ces questions permettent d'éliminer d'autres problèmes, tels qu'une infection mammaire. Un engorgement peut s'accompagner d'une légère fièvre (jusqu'à 38 °C ou 100,4 °F) qui ne dure pas plus de 24 heures. Si la fièvre dure plus de 48 heures, il est possible qu'elle souffre d'une mastite.
Examen	Examinez les deux seins. Les seins engorgés sont durs, gonflés et douloureux. Généralement, les deux seins s'engorgent en même temps.
	Observez le bébé quand il tète. Vérifiez qu'il a bien le sein en bouche et qu'il tète correctement.
Problèmes/besoins	Engorgement mammaire.
	Autres problèmes à prendre en compte : ■ **Mastite :** Débute habituellement 10 jours après la naissance ou davantage, avec de la fièvre et une zone chaude présentant des rougeurs. En général, un sein seulement est affecté. ■ **Canal lactifère bouché :** Pas de fièvre ; la mère se sent bien à part une zone d'un sein dure et gonflée.

TABLEAU 3.6 ENGORGEMENT DU SEIN : TABLEAU DÉCISIONNEL

Programme de soins

Expliquez à la mère comment réduire l'engorgement du sein.
Conseillez lui :

- Avant chaque tétée, d'appliquer un linge propre, humide et chaud sur les seins pendant 5 à 10 minutes ou de prendre une douche chaude.
- Avant chaque tétée, d'extraire une petite quantité de lait à la main avant de mettre le bébé au sein : La zone autour du mamelon (l'aréole) en est assouplie et l'écoulement du lait se fait mieux, ce qui facilite la prise du sein en bouche pour le bébé.
- D'allaiter souvent, toutes les 2 à 3 heures au moins. Si le bébé ne parvient pas à téter, extraire le lait toutes les 2 à 3 heures environ. (Les seins engorgés qui ne sont pas vidés peuvent s'infecter).
- À chaque tétée, vider d'abord le premier sein avant de proposer l'autre au bébé.
- Si les seins sont encore pleins après la tétée, encouragez le bébé à téter plus longtemps ou extrayez le lait maternel pendant quelques minutes (jusqu'à ce que les seins soient plus souples).
- Facilitez la fermeture des canaux lactifères et apaisez les seins après l'allaitement en y appliquant un linge froid pendant 5 à 10 minutes après la tétée.

Suggérez à la mère d'autres mesures de confort pour soulager l'engorgement :

- Éviter les soutiens-gorge serrés.
- Appliquer des compresses froides sur les seins entre les tétées pour contribuer à réduire la tuméfaction et la douleur ;
- Appliquer des feuilles de choux sur les seins.[22, 23]
  - Laver et sécher les feuilles de choux dans de l'eau propre.
  - Froisser les feuilles à la main pour en écraser les nervures avant de les utiliser.
  - Appliquer une ou plusieurs feuilles sur chaque sein de façon à le recouvrir complètement (jusque sous le bras).
  - Porter un soutien-gorge ou nouer une étoffe pour maintenir les feuilles en place.
  - Garder les feuilles en place jusqu'à ce qu'elles ramollissent.
- Prendre trois fois par jour 500 mg de paracétamol par voie buccale s'il y a lieu.
- Expliquez-lui les signes d'une infection mammaire, et que la mère doit consulter un prestataire de soins de santé si elle présente des signes d'infection quelconques :
  - Douleur, rougeur, chaleur, grosseur à un sein, fièvre et frissons.

Suivi

Inutile si l'engorgement cesse et s'il n'y a aucun signe d'infection mammaire.

TABLEAU 3.7 CANAL LACTIFÈRE BOUCHÉ : TABLEAU DÉCISIONNEL

Antécédents	Questionnez la mère : ■ Que ressentez-vous ? Les symptômes incluent une tuméfaction à un sein qui peut être doulou reuse au toucher. La patiente n'a généralement pas de fièvre. ■ Où sentez-vous la protubérance ? C'est souvent du côté extérieur du sein.
Examen	Examinez les deux seins. Un canal lactifère bouché peut provoquer une tuméfaction à un sein, sans rougeur ni chaleur.
	Prenez la température de la mère. Un canal lactifère bouché ne provoque pas de fièvre.
Problèmes/besoins	Canal lactifère bouché
	Autres problèmes à prendre en compte : ■ **Engorgement :** Débute 2 à 3 jours après la naissance, parfois accompagné de fièvre (jusqu'à 38 °C ou 10,4 °F) qui peut durer 24 heures ; il n'y a aucune zone de rougeur et de chaleur ; les deux seins sont affectés. ■ **Mastite :** Débute 10 jours après la naissance ou davantage, avec de la fièvre et une zone chaude présentant des rougeurs. En règle générale, un seul sein est affecté.

TABLEAU 3.7 CANAUX LACTIFÈRES BOUCHES : TABLEAU DÉCISIONNEL

Programme de soins

Rassurez la mère en lui expliquant qu'elle peut atténuer la grosseur au sein et la douleur.

Conseillez lui :

- Avant chaque allaitement, d'appliquer un linge chaud, humide et propre sur les deux seins pendant 5 à 10 minutes.
- Avant chaque allaitement, de masser doucement le sein qui présente un canal lactifère bouché. De masser surtout la zone où se trouve le canal bouché, en direction du mamelon.
- D'allaiter avec le sein qui a le canal lactifère bouché en premier.
- D'inciter le bébé à se nourrir plus longtemps au sein qui a un canal bouché.
- Si le canal lactifère bouché est du côté extérieur du sein, d'utiliser la position sous le bras pour allaiter, ce qui extrait davantage le lait du côté extérieur du sein.
- De ne pas porter de soutien-gorge serré, ni d'étoffe serrée autour des seins.

Expliquez-lui les signes d'une infection mammaire, et qu'elle doit consulter un prestataire de soins santé si elle présente de quelconques signes d'infection :

- Douleur, rougeur, chaleur, grosseur à un sein, fièvre et frissons.

Suivi

Inutile si le canal lactifère se débouche et s'il n'y a aucun signe d'infection mammaire.

TABLEAU 3.8 MASTITE : TABLEAU DÉCISIONNEL

Antécédents	Questionnez la mère : ■ Que ressentez-vous ? Les symptômes peuvent inclure, douleur au sein, courbatures et douleurs, fatigue, fièvre et frissons. ■ Depuis combien de temps avez-vous accouché ? La mastite commence habituellement 10 jours ou plus après l'accouchement.
Examen	Examinez les deux seins : La mastite se manifeste par une zone ou une grosseur au sein, rouge, chaude et douloureuse. Habituellement, un sein seulement est infecté.
	Prenez la température de la mère : La mastite s'accompagne de fièvre. La fièvre peut apparaître rapidement et atteindre des températures très élevées (38,5 °C/101 °F ou plus).
Problèmes/besoins	Mastite
	Autres problèmes à prendre en compte : ■ **Engorgement :** Débute 2 à 3 jours après la naissance. Il n'y a pas de zone particulièrement rouge ou chaude ; les deux seins sont affectés. Il peut s'accompagner d'une légère fièvre (jusqu'à 38 °C ou 100,4 °F) qui ne dure pas plus de 24 heures. ■ **Canal lactifère bouché :** Pas de fièvre ; la mère se sent bien si ce n'est une douleur localisée sur une partie d'un sein.

TABLEAU 3.8 MASTITE : TABLEAU DÉCISIONNEL

Programme de soins

Donnez à la mère **un** des médicaments suivants pendant 10 jours, par prise orale. Cloxacilline de préférence.

- Cloxacilline, 500 mg toutes les 6 heures, ou
- Érythromycine, 250 mg toutes les 8 heures, ou
- Amoxicilline, 500 mg toutes les 8 heures, ou
- Ampicilline 500 mg toutes les 6 heures

Conseillez à la mère :

- Avant l'allaitement, d'appliquer un linge chaud, humide et propre sur la zone infectée pendant 5 à 10 minutes.
- Avant d'allaiter, de masser doucement le sein infecté de l'extérieur vers le mamelon, sur la zone infectée.
- D'allaiter souvent (toutes les 2 heures) en commençant par le sein infecté.
- De nourrir le bébé plus longtemps du sein infecté.
- Si l'infection est du côté extérieur du sein, d'utiliser la position sous le bras pour allaiter ; davantage de lait est ainsi extrait du côté extérieur du sein.
- De rester au lit et de garder le bébé avec elle pour le nourrir souvent.
- De boire beaucoup d'eau (au moins 4 litres par jour).
- De prendre du paracétamol pour la douleur (un comprimé de 500 mg toutes les 4 à 6 heures). Les signes d'amélioration incluent une fièvre atténuée et une douleur moindre au niveau du sein.

Expliquez les signes de danger : S'il y a une grosseur dure et ronde dans le sein qui ne part pas ou si l'infection ne guérit pas au bout de 2 jours d'antibiotiques, adressez-vous à un établissement mieux équipé pour des soins.

Suivi

Examinez à nouveau la mère 2 jours plus tard.

Orientez-la vers un établissement de santé mieux équipé si elle a encore de la fièvre ou une grosseur dure et douloureuse au niveau du sein.
Un abcès au sein (poche de pus) peut se développer. Il nécessite un autre traitement. Un abcès qui n'est pas traité est très dangereux !

TABLEAU 3.9 **PRÉPARER LES TASSES ET LES RÉCIPIENTS POUR COLLECTER LE LAIT MATERNEL EXTRAIT POUR NOURRIR LE BÉBÉ**

1. Avant chaque utilisation, lavez la tasse et le récipient au savon et à l'eau ; veillez à extraire tout le lait.

2. Faites bouillir la tasse et le récipient :
   - Utilisez un bocal avec un couvercle
   - Placez la tasse et le récipient dans le bocal
   - Remplissez le bocal avec de l'eau jusqu'à ce que la tasse et le récipient soient immergés
   - Portez l'eau à ébullition et mettez le couvercle
   - Faites bouillir pendant 10 minutes

3. Videz le bocal de l'eau sans toucher à la tasse et au récipient.

4. Laissez la tasse et le récipient dans le bocal jusqu'à ce que vous en ayez besoin. Laissez le couvercle sur le bocal.

EXTRAIRE LE LAIT MATERNEL

Il est important d'apprendre à la mère à extraire le lait maternel. Extraire le lait maternel peut être important lorsque :

- La mère n'est pas en mesure d'allaiter. C'est le cas si la mère est malade, si elle n'est pas avec le bébé, ou si le bébé ne parvient pas à téter correctement.
- Les seins s'engorgent lorsque le lait de la mère arrive, 2 à 3 jours post partum. Si les seins sont très engorgés, le bébé peut ne pas parvenir à saisir le mamelon, à moins que du lait en soit extrait.
- La mère veut stimuler son corps pour qu'il fabrique davantage de lait.

Avant d'extraire le lait, apprenez à la mère à nettoyer et à faire bouillir la tasse et le récipient. La tasse sert à faire boire le lait au bébé. Le récipient sert à stocker le lait maternel.

Stocker du lait maternel

À température ambiante

- De 19 à 22 °C (66 à 72 °F), jusqu'à 10 heures
- À 26 °C (78 °F), jusqu'à 6 heures24
- S'il fait plus de 26 °C (78 °F), 1 à 2 heures seulement

Dans un réfrigérateur

- De 0 à 4 °C (32 à 39 °F), de 24 à 48 heures[25]

Dans un congélateur

- Si le congélateur est à l'intérieur d'un réfrigérateur (la température peut être différente en raison de l'ouverture fréquente de la porte), jusqu'à 2 semaines
- Si c'est un congélateur distinct et profond, à – 18°C (0°C) jusqu'à 3 mois[26]

TABLEAU 3.10 APPRENDRE À LA MÈRE À EXTRAIRE LE LAIT MATERNEL

1. Trouvez un endroit tranquille pour que la mère puisse se détendre. La proximité du bébé ou le fait que la mère pense à lui facilitera l'extraction.

2. Demandez à la mère de se laver les mains au savon et à l'eau. Lavez-vous les mains, vous aussi.

3. Appliquez éventuellement un linge chaud et humide sur les seins pendant 5 minutes pour faciliter l'ouverture des tubes lactifères.

4. Montrez à la mère comment se masser les seins de l'extérieur vers les mamelons pour faciliter la montée de lait.

5. Tenez la tasse et le récipient à large ouverture (nettoyés et stérilisés) prêts.

6. Pour extraire le lait, apprenez à la mère à :
   - Tenir le sein « en pince » (pouce au-dessus du sein et les autres doigts dessous), doigts éloignés du mamelon
   - Se pencher légèrement pour que le lait coule dans le récipient
   - Presser le pouce et les autres doigts contre le corps
   - Resserrer le pouce et les autres doigts
   - Appuyer et relâcher ; essayer de prendre le même rythme que le bébé lorsqu'il tète
   - Être patiente, même si aucun lait ne vient au début
   - Déplacer sa main sur tout le sein pour que le lait soit extrait de toutes les zones du sein
   - Extraire le lait d'un sein pendant au moins 3 à 5 minutes, jusqu'à ce que le flux ralentisse, puis extraire le lait de l'autre sein, puis recommencer pour les deux seins
   - La main utilisée n'a pas d'importance, (les deux peuvent pratiquer indifféremment ce geste)

7. Avertissez-la qu'extraire le lait peut prendre 20 à 30 minutes ou plus, au début.

SCHÉMA 3.10 MASSER LA POITRINE

SCHÉMA 3.11 EXTRAIRE LE LAIT MATERNEL ET LE RECUEILLIR DANS UNE TASSE

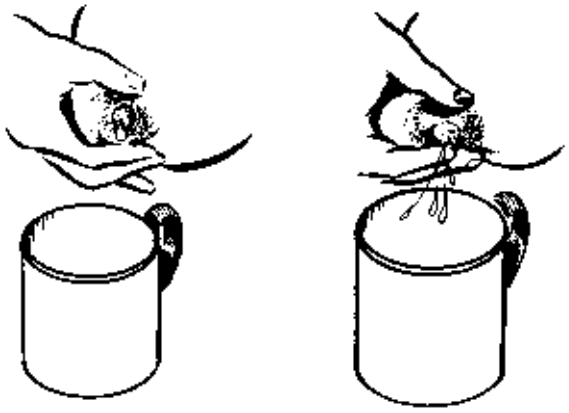


TABLEAU 3.11 ASTUCES POUR CONSERVER LE LAIT MATERNEL ET POUR L'UTILISER

Après avoir extrait le lait maternel, la mère peut nourrir son bébé immédiatement ou le conserver pour plus tard. Le lait maternel frais est de meilleure qualité. Si le lait maternel doit être conservé, recommandez à la mère et à la famille :

- D'utiliser un récipient à large ouverture, soit en verre, soit en plastique rigide avec un couvercle hermétique, pour stocker le lait maternel
- D'utiliser un récipient et un couvercle qui ont été stérilisés pendant 10 minutes
- Si la mère sait lire et écrire, apprenez-lui à inscrire l'heure et la date de l'extraction du lait (ou matin, après-midi, soir) sur le récipient avant de le stocker
- De conserver 60 à 120 ml (2 à 4 onces) de lait maternel dans un récipient, suffisants pour une tétée, pour ne pas en gaspiller. Montrez à la famille que 60 à 120 grammes (2 à 4 onces) de liquide, remplissent une tasse comme celle qu'ils vont utiliser
- D'entreposer le lait dans un endroit le plus frais possible

SCHÉMA 3.13 ALIMENTATION À LA TASSE

ALIMENTATION À LA TASSE

L'alimentation à la tasse consiste à nourrir un bébé avec une tasse. C'est une méthode bien meilleure que le biberon ou la cuillère. Voir tableau 3.12 pour les raisons de procéder ainsi.

A qui est-il conseillé d'opter pour l'alimentation à la tasse ?

L'alimentation à la tasse peut être utilisée pour tous les bébés qui ne s'alimentent pas directement au sein. Elle est idéale pour :

Les bébés dont la mère travaille ou doit se séparer d'eux. Une mère peut extraire son lait lorsqu'elle est éloignée de son bébé. Elle doit le recueillir et le transporter dans un bocal à large ouverture, facile à nettoyer et à stériliser. Le lait de la mère doit être convenablement stocké et donné à la tasse au bébé lorsque la mère n'est pas là.

Bébés ayant un faible poids à la naissance
L'alimentation à la tasse peut être utilisée chez les bébés prématurés ayant un poids trop faible à la naissance, et qui ne sont pas encore prêts à téter. *Ces bébés sont capables d'avaler avant de pouvoir téter*. Ils peuvent ne pas avoir la force de téter assez longtemps le sein pour s'alimenter suffisamment. Donner le reste du lait à la tasse complète l'alimentation.

Les bébés ayant des problèmes buccaux (fente palatine). Bien que la plupart des bébés qui naissent avec une fente palatine et/ou un bec de lièvre puissent téter correctement, certains ont des difficultés.

Les bébés dont la mère est malade ou décédée.

TABLEAU 3.12 POURQUOI AVOIR RECOURS À L'ALIMENTATION À LA TASSE ?

Mieux qu'un biberon

- L'allaitement à la tasse est plus facile pour certains bébés ayant un faible poids à la naissance qui sont prématurés.
- L'allaitement à la tasse prépare le bébé à être allaité par la suite ; le mouvement de la bouche est plus proche de celui de l'allaitement.
- Le bébé peut contrôler l'alimentation (la rapidité, la quantité, le rythme des poses).
- Il ne requiert aucun équipement particulier.
- La préparation et le nettoyage sont faciles.

Mieux qu'une tasse et une cuillière[27]

- L'alimentation est plus rapide.
- Moins de lait est répandu.
- Le lait peut moins facilement partir dans les poumons du bébé.
- L'alimentation forcée à la cuillère peut léser la bouche de l'enfant.

TABLEAU 3.13 MONTRER AUX FAMILLES COMMENT NOURRIR À LA TASSE

1. Bien installer le bébé : Réveillez-le et tenez-le partiellement assis sur vos genoux. Soutenez ses épaules et son cou de la main, pour contrôler la position de sa tête.
2. Inclinez la tasse de façon à ce que le lait atteigne ses lèvres.
   - Inclinez la tasse afin que le lait atteigne tout juste les lèvres.
   - La tasse doit reposer légèrement sur la lèvre inférieure du bébé.
   - Le bord de la tasse doit toucher l'extérieur de la lèvre supérieure du bébé.
3. Le bébé va s'animer et ouvrir la bouche et les yeux :
   - Un bébé ayant un faible poids peut commencer à prendre du lait de la langue.
   - Un bébé né à terme ou plus âgé va sucer ou aspirer le lait, en en renversant un peu.
4. Ne versez pas le lait dans la bouche du bébé. Maintenez la tasse contre les lèvres du bébé, en le laissant absorber du lait.
5. Une fois rassasié, il referme la bouche et refuse d'en absorber davantage :
   - Un bébé qui n'est pas rassasié en prendra éventuellement plus la prochaine fois, ou
   - La mère peut augmenter la fréquence des repas.
6. Conseillez à la mère de tenir le bébé contre son épaule et de lui frotter le dos pour l'aider à faire son rot.
7. Mesurez la prise nutritionnelle du bébé sur 24 heures plutôt qu'à chaque repas.

TÂCHES POUR TOUS LES AGENTS DE SANTÉ : ALLAITEMENT

1 Former et conseiller une mère et/ou sa famille en matière d'allaitement :
   a) Comment l'allaitement peut aider la mère et le bébé ; importance du colostrum
   b) Allaitement exclusif
      - En quoi cela consiste
      - Comment cela peut aider le bébé et la mère et faciliter l'allaitement
   c) Comment débuter la première tétée
      - La fréquence
      - La position
      - La prise en bouche du sein
   d) Comment réussir l'allaitement
      - Allaitement à la demande
      - Lui donner les deux seins.
      - Manières de tenir le bébé
      - Importance du repos
      - Importance des boissons et de l'alimentation (notamment de la vitamine A et des autres suppléments)
      - Allaiter un bébé malade
      - Périodes de croissance accrue
      - Comment savoir si un bébé est rassasié
      - Combien de temps continuer à allaiter
      - Allaiter des jumeaux
   e) Détecter les problèmes d'allaitement
      - Mamelons douloureux ou gercés
      - Lactation insuffisante
      - Engorgement mammaire
      - Canaux lactifères bouchés
      - Mastite
   f) Solutions d'allaitement si la mère est séropositive
2 Aider la mère à allaiter pour la première fois
3 Aider la mère à constituer sa provision de lait
4 Apprendre à une mère à extraire le lait maternel
5 Apprendre à une mère et à sa famille comment alimenter leur bébé à la tasse
6 Soins aux mères ayant des problèmes d'allaitement spécifique en utilisant les étapes décisionnelles :
   a) Mamelons douloureux ou gercés
   b) Lactation insuffisante
   c) Engorgement mammaire
   d) Canaux lactifères bouchés
   e) Mastite

Remarques

1 UNICEF. (1999). *Breastfeeding: Foundation for a Healthy Future*. New York : UNICEF.

2 Hill PD, Humenick SS, Brennan ML, et al. (1997). Does early supplementation affect long-term breastfeeding? *Clinical Pediatrics,* 36(6):345-350.

3 Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et Hofmeyr J. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth.* 3d ed. Oxford: Oxford University Press.

4 Linkages Project. (2002). *Exclusive Breastfeeding: The Only Water Source Young Infants Need.* Washington, DC: Academy for Educational Development (Académie pour le développement éducatif).

5 Lawrence R. (1994). *Breastfeeding: A guide for the medical profession.* 4th ed. St. Louis: Mosby.

6 Linkages Project. (2002).

7 Sachdev HPS et al. (1991). Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. *Lancet,* 337:929-933.

8 Goldberg NM et Adams E. (1983). Supplementary water for breast-fed babies in a hot and dry climate—not really a necessity. *Arch Dis Child; 58:73-74.*

9 Glover J et Sandilands M. (1990). Supplementation of breastfeeding infants and weight loss in hospital. *J Human Lactation,* 6(4):163-166.

10 Widstrom AM et al. (1990). Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behavior. *Early Human Development,* 21:153-163.

11 Linkages Project. (2001). *Facts for Feeding: Recommended Practices to Improve Infant Nutrition during the First Six Months*. Washington, DC: Academy for Educational Development

12 Ibid

13 American Academy of Pediatrics (Académie américaine de pédiatrie) (2001). Committee on Drugs: The Transfer of Drugs and Other Chemicals into Human Milk. *Pediatrics,* 108(3):776-789.

14 Linkages Project. (2000). *Facts for Feeding: Breast Milk: A critical source of vitamin A for infants and young children.* Washington, DC: Academy for Educational Development

15 Linkages Project. (février 1999). *Recommended feeding and dietary practices to improve infant and maternal nutrition.* Washington, DC: Academy for Educational Development

16 Guay LA et Ruff AJ. (2001). HIV and Infant Feeding-An Ongoing Challenge. *JAMA,* 286(19): 2462-64.

17 Chantry CM et al. (2000). Effects of lipolysis or heat treatment on HIV-1 provirus in breast milk. *J Acquir Immune Defic Syndr,* 24(4): 325-329.

18 Israel-Ballard KA et al. (novembre 2002). *Zimbabwean attitudes and resource accessibility as a measure of the feasibility of heat-treating expressed breast milk for prevention of mother to child transmission of HIV.* American Public Health Association 130th Annual Meeting. Abstract No. 43447.

19 Morrison P. (1999). HIV and infant feeding: To breastfeed or not to breastfeed. The dilemma of competing risks, Part I. *Breastfeeding Review.* 7(2): 5-13.

20 Fetherston C. (2001). Mastitis in Lactating Women: Physiology or Pathology? *Breastfeeding Review,* 9 (1): 5-12.

21 Linkages Project. (2001). Frequently asked questions: *Breastfeeding and HIV/AIDS*. Washington, DC: Academy for Educational Development

22 Roberts KL. (1995). A comparison of chilled cabbage leaves and chilled gelpacks in reducing breast engorgement. *J Human Lactation.* 11: 17-20.

23 Snowden HM, Renfrew MJ, et Woolridge MW. (2002). Treatments for breast engorgement during lactation. (The Cochrane Review) *The Cochrane Library.* Issue 4. Oxford: Update Software Ltd.

24 Barger J et Bull PA. (1987). Comparison of the bacterial composition of breast milk stored at room temperature and stored in the refrigerator. *Int J Childbirth Educ*, 2: 29-30.

25 Report of the Ad Hoc Group on Infant Feeding in Emergencies. (mai 1999). *Infant Feeding in Emergencies: Policy, Strategy & Practice.* Dublin, Irlande : Emergency Nutrition Network.

26 Ibid

27 Hamosh M et al. (juillet 2001). *On cup feeding to the IFEG Strategy Paper.* N.p.: Infant Feeding in Emergencies Group (IFEG).

Références générales

Jeffery BS et Mercer KG. (août 2000). Pretoria pasteurisation: a potential method for the reduction of postnatal mother-to-child transmission of the human immunodeficiency virus. *J Trop Pediatr*, 46(4): 219-23.

Jeffery BS, Soma-Pillay P, Makin J, et Moolman G. (août 2003). The effect of Pretoria Pasteurization on bacterial contamination of hand-expressed human breastmilk. *J Trop Pediatr*, 49(4): 240-4.

Jeffery BS, Webber L, Mokhondo KR, et Erasmus D. (décembre 2001). Determination of the effectiveness of inactivation of human immunodeficiency virus by Pretoria pasteurization. *J Trop Pediatr*, 47(6): 345-9.

King, F. Savage. (1985). *Helping Mothers to Breast Feed.* Nairobi, Kenya: African Medical and Research Foundation (AMREF).

Kroeger M. (2003). *Impact of Birthing Practices on Breastfeeding: Protecting the Mother and Baby Continuum.* Boston: Jones and Bartlett.

Linkages. (avril 2004). *Infant Feeding Options in the Context of HIV*. Washington, DC: The Linkages Project, Academy for Educational Development.

Pan American Health Organization. (2003). *Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child.* Washington, DC: PAHO *(Pan American Health Organization, Organisation panaméricaine de la santé)* OMS.

Ranjos-Arvidson A, Matthieson A, Gunilla L, et al. (2001). *Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: effects on breastfeeding, temperature, and crying. Birth* 28 (1): 5-12.

Organisation mondiale de la santé. (2003). *Community-Based Strategies for Breastfeeding Promotion and Support in Developing Countries*. Genève : OMS.

Organisation mondiale de la santé. (1999). *Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding.* Genève : OMS. (OMS/CHD/98.9).

Organisation mondiale de la santé. (2003*). Global Strategy for Infant and Young Child Feeding.* Genève : OMS.

OMS/UNAIDS/FNUAP/HCNUR/UNICEF/FAO/PAM/AIEA/ Banque Mondiale. *HIV and Infant Feeding: Framework for Priority Action.* Genève : OMS.

Références en ligne

www.who.int/child-adolescent-health//publications/Nutrition/BFC.htm
C'est le cours de conseil à d'allaitement de 40 heures de l'OMS.

www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV*_infant.htm*
Ce site de l'OMS traite du VIH et de l'alimentation des nourrissons. L'allaitement est son thème principal. Il donne accès à six documents importants.
www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/HIV_IF_Framework.htm
Un document essentiel pour aider les pays à reconnaître qu'ils doivent prendre en compte l'allaitement comme il se doit en lançant des mesures pour réduire la transmission postnatale du VIH.

"HIV and Infant Feeding. Guidelines for decision-makers"
www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/ISBN_92_4_159122_6.htm
(Attention : Pour des raisons liées aux systèmes de courrier, ce lien peut être divisé en deux parties).

"HIV and Infant Feeding. A guide for health-care managers and supervisors"
www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/ISBN_92_4_159123_4.htm
(Attention : Pour des raisons liées aux systèmes de courrier, ce lien peut être divisé en deux parties).

www.who.int/reproductive-health/rtis/mtct
Ce site de l'OMS fournit des informations générales sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant, ainsi que sur les recommandations de l'OMS en matière de traitement antirétroviral (Névirapine) pour prévenir la TME. Il contient aussi la publication mensuelle d'un rapport sur la TME.

4

Réanimation du nouveau-né

Introduction 93

Qu'est-ce que l'asphyxie 94

Préparation à la réanimation du nouveau-né 95

Appréciation de la nécessité de réanimer le bébé 98

Procéder à la réanimation du nouveau-né 99

Soins post-réanimatoires 104

Nettoyage de l'équipement et des fournitures de réanimation 107

4 Réanimation du nouveau-né

Environ 5 à 10 pour cent de l'ensemble des nouveau-nés ont besoin d'être réanimés à la naissance.[1] Presque 1 million de bébés meurent chaque année parce qu'ils ne respirent pas normalement à la naissance.[2] Lorsqu'un bébé ne peut pas respirer, il est impératif de lui administrer des soins d'urgence. Pour de nombreux bébés, la réanimation est par conséquent une question de vie ou de mort.

L'oxygène est important pour toutes les parties du corps. Pendant la grossesse, un bébé reçoit de l'oxygène par le sang de sa mère, à travers le placenta. Après la naissance, le bébé ne reçoit plus d'oxygène que par ses poumons, en respirant. Pour la plupart des bébés, ce changement s'effectue sans problème ; certains bébés, cependant, ont besoin d'aide pour commencer à respirer ou pour continuer. Cette aide s'appelle la réanimation.

SCHÉMA 4.1 **ESPACE DE RÉANIMATION**

Dans ce chapitre, vous trouverez des informations sur :

- Ce qu'est l'asphyxie
- Pourquoi un(e) prestataire de soins de santé doit toujours se tenir prêt(e) à pratiquer une réanimation de nouveau-né à chaque naissance
- Ce dont vous avez besoin (chaleur, surface propre, équipement et fournitures) pour réanimer le nouveau-né
- Les signes qui indiquent qu'un bébé doit être réanimé
- Les étapes de la réanimation
- Quand interrompre la réanimation du nouveau-né
- Les soins au bébé après la réanimation:
  - Si la réanimation réussit
  - Si le bébé respire mais a besoin d'être orienté vers un service mieux équipé
  - Si la réanimation ne réussit pas

Dans ce chapitre, vous apprendrez à :

- Préparer un lieu, l'équipement et les fournitures pour la réanimation
- Nettoyer la bouche et le nez du nouveau-né s'il y a du méconium dans le liquide amniotique
- Reconnaître l'asphyxie chez un nouveau-né
- Réanimer un nouveau-né asphyxié
- Surveiller et soigner le nouveau-né après la réanimation
- Conseiller la mère et la famille après la réanimation
- Apporter son soutien à la mère et à la famille si le nouveau-né décède
- Décontaminer, nettoyer et désinfecter l'équipement et les fournitures de réanimation

QU'EST-CE QUE L'ASPHYXIE ?

Lorsque le bébé ne respire pas convenablement à la naissance ou ne conserve pas une respiration normale. Il existe de nombreuses raisons pour qu'un bébé ne respire pas à la naissance. La plupart du temps ce cas de figure se produit lorsqu'un bébé a une hypoxie (explication au tableau 4.2 des pages 96 et 97).

PRÉPARATION POUR LA RÉANIMATION DU NOUVEAU-NÉ

Il n'est pas toujours possible de prévoir quels bébés auront une asphyxie à la naissance. Vous devez par conséquent être prêt(e) à néanimer le nouveau-né à chaque naissance. Lorsque tout n'est pas prêt, du temps est perdu. Si plusieurs minutes s'écoulent avant que le bébé commence à respirer, il peut souffrir de lésions cérébrales ou décéder. Les préparations incluent : Le réchauffement de la zone de réanimation, la préparation d'une surface propre pour la réanimation et la réunion de l'équipement et des fournitures. Soyez prête à couper immédiatement le cordon si le bébé a besoin d'une réanimation.

Chaleur

Le fait de garder un nouveau-né au chaud lui permet d'économiser son énergie pour la respiration. Il existe de nombreuses manières de préserver la chaleur du bébé :

- Maintenez la pièce à une température élevée et exempte de courants d'air et de ventilateurs.
- Procédez à la réanimation si possible à proximité d'une source de chaleur.
- Dans un établissement de soins, utilisez un chauffage ou une lampe au-dessus du bébé ; allumez le chauffage ou la lampe avant l'accouchement, et laissez allumé pendant la réanimation.
- Séchez le bébé immédiatement après la naissance et enlevez le linge mouillé.
- Enveloppez le bébé dans un linge chaud, tête comprise, en laissant son visage et le haut de sa poitrine dégagés.
- Maintenez la tête du bébé couverte.

Surface pour procéder à la réanimation

Utilisez une surface plane, propre, sèche et recouverte d'une étoffe chaude, telle qu'une table.

Équipement et fournitures

Le tableau 4.1 énumère l'équipement et les fournitures dont vous aurez besoin pour réanimer le nouveau-né.

TABLEAU 4.1 ÉQUIPEMENT ET FOURNITURES POUR LA RÉANIMATION DU NOUVEAU-NÉ

Utilisez toujours un sac et un masque pour la réanimation si vous en disposez.*

- Un ballon auto-gonflable de réanimation à la taille du nouveau-né (Ballon Ambu) et des masques faciaux :
  - Le volume du ballon doit être de 250 à 400 ml
  - Le masque facial doit être :
    De taille 1 pour un bébé de poids normal
    De taille 0 pour un petit nouveau-né (en dessous de 2,5 kg)
- Deux morceaux de gaze ou de tissu propres
  - Un pour sécher la zone de la bouche et du nez du bébé
  - Un à utiliser comme protection pour un éventuel bouche à bouche et une éventuelle réanimation par le nez
- Trois morceaux de tissu
  - Un pour sécher le bébé
  - Un pour recouvrir le bébé après l'avoir séché
  - Un à placer en rouleau sous les épaules du bébé (facultatif)
- Un bonnet pour recouvrir la tête du bébé
- Un réveil ou une montre
- Un appareil d'aspiration : Poire, extracteur de mucus (De Lee) ou aspiration mécanique
- Des gants : Si vous en disposez (pas nécessairement stériles)
- De l'oxygène : Si vous en disposez. L'oxygène n'est pas nécessaire pour réussir une réanimation

* Si un dispositif avec tuyau et masque est utilisé pour la réanimation, respectez le protocole local pour leur utilisation.

TABLEAU 4.2 HYPOXIE[3]

Qu'est-ce que l'hypoxie ?	Un manque d'oxygène dans les tissus corporels.
Quand peut-elle se produire ?	■ Pendant la grossesse ■ Pendant le travail et l'accouchement ■ Après la naissance
Qu'est-ce qui provoque l'hypoxie ?	De nombreux facteurs peuvent provoquer une hypoxie. Les facteurs qui peuvent aboutir à une hypoxie fœtale ou néonatale incluent : ■ **Pendant la grossesse :** Hypertension maternelle, diabète, infection, drépanocytose et asthme (hypoxie maternelle) ■ **Pendant l'accouchement :** Accouchement prématuré, accouchement prolongé ou arrêt de la progression du travail, procidence du cordon, placenta previae, abruptio placentae, administration de narcotiques et d'anesthésiques, aspiration du méconium, présentation anormale du fœtus, accouchement difficile ou instrumenté ■ **Autres facteurs :** Naissance avant terme ou après terme, gestation multiple, problèmes de cordon ou de placenta qui empêche le sang de circuler
Signes d'hypoxie fœtale	L'hypoxie aboutit à la détresse fœtale, qui affecte le rythme cardiaque fœtal et peut provoquer le rejet de méconium dans le liquide amniotique. Un rythme cardiaque fœtal inférieur à 100 ou supérieur à 180 indique une hypoxie ou une détresse fœtale due à un autre facteur. Un liquide amniotique contaminé par le méconium est aussi un signe de détresse fœtale.

TABLEAU 4.2 HYPOXIE

Comment prévenir l'hypoxie	Lorsqu'une femme enceinte est couchée sur le dos, le flux du sang vers l'utérus diminue. Encouragez la mère à ne pas s'allonger sur le dos, en particulier pendant les contractions. Identifiez et stabilisez/traitez tous problèmes maternels pendant l'accouchement (pression sanguine élevée, diabète, infections). Identifiez et gérez rapidement un éventuel arrêt de progression du travail, une présentation anormale ou tout autre problème.
Comment détecter une hypoxie pendant l'accouchement	Vérifiez le rythme cardiaque du fœtus toutes les 30 minutes environ, toutes les 15 minutes après dilatation complète. Si le rythme cardiaque fœtal est inférieur à 100 ou supérieur à 180, ou s'il chute ou s'élève fortement, le bébé a peut-être une hypoxie.
Comment traiter l'hypoxie pendant l'accouchement	1. Augmentez l'apport en oxygène du bébé : a. Demandez à la mère de s'allonger sur le côté gauche. Cette position accroît l'apport en oxygène vers le bébé. b. Faites boire la mère et/ou donnez-lui des liquides par voie intraveineuse. c. Donnez-lui de l'oxygène (si vous en disposez). d. Interrompez la perfusion d'ocytocine, s'il y en a une. 2. Vérifiez à nouveau le rythme cardiaque fœtal. 3. Déterminez tous les éventuels facteurs maternels et traitez en conséquence. 4. Préparez-vous à procéder à la réanimation, comme lors de tout accouchement. Si le rythme cardiaque fœtal est toujours normal, procédez aussi rapidement que possible à l'accouchement du bébé si cela peut se faire rapidement et sans risque, sinon, ORIENTEZ vers une structure mieux équipée.

SCHÉMA 4.2 **POSITION DU BÉBÉ POUR LA RÉANIMATION**

APPRÉCIATION DE LA NÉCESSITÉ DE RÉANIMER LE BÉBÉ

Appréciation immédiate à la naissance

Pour la plupart des bébés, les soins immédiats que vous prodiguez au moment de la naissance sont suffisants pour stimuler le déclenchement de sa respiration. N'oubliez pas qu'il faut toujours :

1. Sécher complètement le bébé et le stimuler, en le frottant sur tout le corps, en particulier de haut en bas sur le dos et le torse, à l'aide d'un linge chaud et sec. Tapoter les plantes des pieds peut aussi aider. D'autres formes de stimulation pourraient être préjudiciables.
2. Éliminer le linge humide et envelopper rapidement le bébé dans un autre linge, chaud et sec, pour qu'il soit bien au chaud.
3. Observer le bébé pour voir s'il respire ou crie.
4. Déterminer si le bébé doit être réanimé ou non. Si le bébé ne respire pas, respire peu (moins de 30 respirations par minute) ou halète, il a besoin d'une réanimation.

PROCÉDER À LA RÉANIMATION DU NOUVEAU-NÉ

Si le bébé ne réagit pas aux stimulations, commencez immédiatement la réanimation. Continuez la stimulation tactile sur un nouveau-né qui ne respire pas est une perte de temps. La réanimation doit démarrer aussitôt que vous constatez l'asphyxie du bébé. Clampez (ou nouez si vous n'avez pas de clamps) et coupez le cordon, en laissant un moignon d'au moins 10 cm de long dans un premier temps.

En préparant la réanimation, parlez brièvement à la mère. Une mère sait, en général, que quelque chose ne va pas quand elle n'entend pas son bébé crier. Expliquez-lui que le bébé a besoin d'aide pour respirer et que vous allez lui apporter cette aide. Demandez à un autre prestataire de soins de santé ou à un membre de la famille de rester auprès de la mère pour un soutien affectif et pour surveiller un éventuel saignement et y remédier.

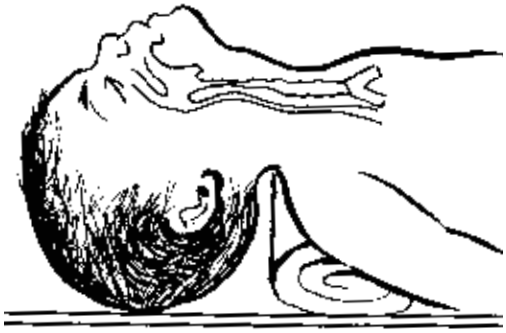
Étape 1 : Positionner le bébé

- Placez le bébé sur le dos sur une surface plate.
- Positionnez la tête de manière à ce que le cou soit légèrement en extension. Vous pouvez placer un linge en rouleau sous ses épaules pour le maintenir en position
- La surface de réanimation doit être bien éclairée et chaude.
- Maintenez la tête et le bas du corps du bébé couvert pour le garder au chaud.

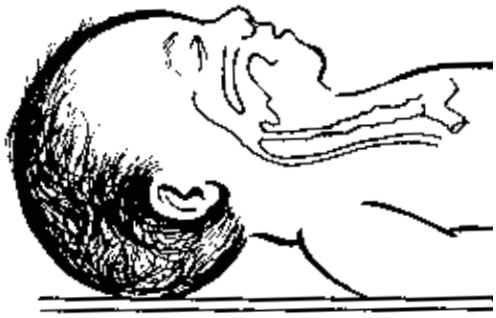
SCHÉMA 4.3 **EXTENSION CORRECTE DE LA TÊTE POUR LA RÉANIMATION**

Position correcte

Mauvaise position : Trop en extension



Mauvaise position : Extension insuffisante



Étape 2 : Dégager les voies respiratoires

- Essuyez le visage du bébé avec un morceau de gaze ou de tissu propre.
- Aspirez ses mucosités.
  - Une poire peut être utilisée pour l'aspiration (voir Annexe D). Jetez l'embout de la poire après usage.
  - Aspiration mécanique avec un dispositif d'aspiration ou un extracteur de mucosités de type De Lee.
  - Une aspiration mécanique avec un tuyau d'aspiration propre et doux ou un cathéter de taille 12F peut être utilisée. La pression d'aspiration de la machine ne doit pas dépasser 130 cm d'eau ou 100 mm de mercure.
  - Toujours aspirer la bouche du bébé d'abord, puis le nez.
  - Aspirez seulement en retirant le tube, pas en l'enfonçant.
  - N'aspirez pas trop profondément dans la gorge, cela pourrait ralentir le cœur du bébé ou arrêter sa respiration.
  - N'insérez pas un tube d'aspiration ou une poire plus de 5 cm dans la bouche ou plus de 3 cm dans le nez.
- Si le liquide amniotique est contaminé par le méconium (teinté de jaune ou de vert), aspirez doucement pour l'extraire de la bouche et du nez dès que la tête est sortie et pendant qu'elle est encore sur le périnée (avant que les épaules émergent).
- Contrôlez à nouveau rapidement la respiration après avoir positionné le bébé et nettoyé les voies respiratoires.
  - Si le bébé respire sans difficulté, aucune mesure supplémentaire de réanimation n'est nécessaire. Passez à l'étape 4.
  - Si le bébé a des difficultés à respirer ou s'il ne respire pas bien, commencez la ventilation. Passez à l'étape 3.
- Les signes de difficultés respiratoires du bébé incluent :
  - Halètements (respiration courte et difficile avec émissions de son lorsque le bébé inspire). Les halètements sont signe de problème grave et requièrent la même gestion que l'absence de respiration.
  - Moins de 30 respirations par minute, accompagnées ou non des manifestations suivantes :
    - Tirage costal (lorsque le bébé inspire, les zones intercostales se rétractent).
    - Grognement (son que produit le bébé en expirant)
    - Respiration superficielle et irrégulière

Étape 3 : Ventiler

Pour la ventilation avec poche et masque, utilisez un masque de taille adaptée pour recouvrir la bouche et le nez du bébé. Pour ventiler : Tenez le masque d'une main pour garantir une fermeture hermétique en utilisant un ou deux doigts de la même main pour tenir le menton et maintenir la tête légèrement en extension. Appuyez sur le sac avec l'autre main (voir schéma 4.5).

Pour la ventilation au bouche à bouche, utilisez votre bouche (avec un morceau de gaze sur le nez et la bouche du bébé) pour couvrir la bouche et le nez du bébé. Pour ventiler, expirez une petite goulée d'air dans les poumons du bébé. N'oubliez pas que les poumons du bébé sont petits. Lorsque vous procédez à une ventilation au bouche à bouche, n'utilisez que l'air de votre bouche et non celui de vos poumons.

Ventilez une ou deux fois, en observant la poitrine du bébé pour voir si elle se soulève. Si la poitrine ne se soulève pas, vérifiez la position du bébé, repositionnez-le, ou repositionnez votre bouche ou le masque et essayez à nouveau jusqu'à ce que la poitrine se soulève à chaque respiration. Si nécessaire, répétez l'aspiration.

- Ventilez environ 40 fois pendant 1 minute.
- Après 1 minute, arrêtez pour voir si le bébé com mence à respirez de façon autonome.
- Continuez de ventiler jusqu'à ce que le bébé crie ou respire spontanément.

Lorsque la respiration du bébé devient normale, arrêtez de ventiler et continuez à surveiller étroitement le bébé. Le cordon doit maintenant être fermement noué et coupé à la longueur voulue.

S'il n'y a aucune respiration ni aucun halètement au bout de 20 minutes, arrêtez la ventilation. Le bébé n'a pas survécu.

SCHÉMA 1.1 POSITION CORRECTE DU MASQUE

Position incorrecte du masque
Le masque est trop grand et ne peut pas adhérer hermétiquement.

Position incorrecte du masque
Le masque ne couvre que la bouche. Le masque doit couvrir la bouche et le nez.

Position CORRECTE du masque
Le masque couvre la bouche et le nez.

SCHÉMA 4.5 RÉANIMATION AVEC POCHE ET MASQUE

TABLEAU 4.3 **SIGNES INDIQUANT QU'UN BÉBÉ DOIT ÊTRE ORIENTÉ VERS UN SPÉCIALISTE APRÈS LA RÉANIMATION**

- Il ne maintient pas une respiration adéquate (moins de 30 respirations par minute) ou il halète : Continuez les efforts de réanimation pendant le transport
- Plus de 60 respirations par minute
- Tirage costal
- Grognements (son produit en expirant)
- La langue et les lèvres du bébé sont bleues ou tout le corps est pâle ou bleuâtre.

Étape 4 : Surveiller

Surveillez étroitement le bébé qui a été réanimé ou qui est pâle, même s'il semble bien respirer.

- Guettez les problèmes respiratoires : Grognements, tirage costal, palpitation des narines, respiration rapide (plus de 60 respirations par minute), respiration lente (moins de 30 respirations par minutes), teint bleuâtre ou pâle. Si le bébé a du mal à respirer, donnez-lui de l'oxygène si vous en disposez.
- Gardez le bébé au chaud et au sec. Différez le premier bain pendant au moins 6 heures, jusqu'à ce que le bébé soit réchauffé, stabilisé, et qu'il respire normalement.
- Si la respiration du bébé est bonne et qu'il a bonne mine, donnez-le à sa mère, peau contre peau, pour qu'il bénéficie de sa chaleur constante, qu'il soit stimulé et que l'allaitement débute le plus vite possible.
- **Si l'état du bébé se détériore, transférez-le rapidement vers un établissement hospitalier pour des soins médicaux. (Voir tableau 4.3.)**

TABLEAU 4.4 RÉSUMÉ DE LA RÉANIMATION DU NOUVEAU-NÉ

Position	Placez le bébé sur le dos, cou légèrement en extension.
Dégagez les voies respiratoires	■ Dégagez les voies respiratoires en essuyant la bouche avec de la gaze. ■ Aspirez le nez et la bouche du bébé. ■ Contrôlez à nouveau la respiration du bébé.
Ventilez	■ Utilisez une poche et un masque (ou le bouche à bouche du nez si vous ne disposez pas d'une poche et d'un masque) pour ventiler à 40 respirations par minute. ■ Contrôlez à nouveau la respiration du bébé au bout d'une minute. ■ Continuez à ventiler jusqu'à ce que le bébé respire de façon autonome. ■ Arrêtez après 20 minutes si le bébé n'a pas réagi.
Surveillez	■ Gardez le bébé au chaud (peau contre peau). ■ Différez le bain pendant au moins 6 heures une fois que le bébé est stabilisé. ■ Allaitez dès que possible. ■ Surveillez les signes de problèmes respiratoires éventuels : Respiration rapide, laborieuse, bruyante, ou teint pâle. ■ Si un problème de respiration survient, stimulez, donnez de l'oxygène (si vous en disposez), et orientez vers un établissement mieux équipé.

Les bébés qui ont du mal à respirer utilisent beaucoup d'énergie. L'allaitement contribuera à donner plus d'énergie au nouveau-né.

SOINS POST-RÉANIMATOIRES

Conseils si la réanimation réussit

Conseils

- Discutez de la réanimation avec la mère et la famille. Répondez à toutes questions qu'ils pourraient poser.
- Apprenez à la mère à vérifier la respiration et la tem pérature du nouveau-né et à contacter le presta taire de soins de santé si elle constate quoi que ce soit d'anormal.
- Encouragez la mère à allaiter dès que possible. Les bébés qui ont du mal à respirer utilisent beaucoup d'énergie. L'allaitement contribue à donner plus d'énergie au nouveau-né.
- Encouragez la mère à garder le nouveau-né au chaud en le maintenant contre elle, peau contre peau.
- Expliquez à la mère et à la famille comment repérer les signes de danger chez un nouveau-né et comment solliciter immédiatement des soins si le bébé présente un signe de danger quelconque.

Prodiguez les soins

- Nouez fermement le cordon et coupez-le à la longueur voulue.
- Vérifiez l'état du nouveau-né toutes les heures pendant au moins 6 heures pour détecter :
  - D'éventuels problèmes respiratoires (moins de 30 ou plus de 60 respirations par minute, tirage costal, grognements ou halètements)
  - Teint : Langue ou lèvres bleues, teint pâle ou bleuâtre
  - Température trop basse (température axillaire en dessous de 36 °C (96,8 °F) ou trop élevée (température axillaire supérieure à 37 °C (98,6 °F)
- Prodiguez les soins habituels du nouveau-né (voir chapitre 2)

Dossier

- L'état du nouveau-né à la naissance
- Vos gestes pendant la réanimation
- Combien de temps la réanimation a duré
- Les résultats de la réanimation
- Les soins que vous avez prodigués après.

Assurez le suivi

Demandez à la mère d'amener le bébé pour une visite de suivi le 2ème ou 3ème jour.

Si le bébé respire mais doit être orienté vers un spécialiste

Après la réanimation, le bébé peut avoir besoin d'une aide particulière.

Conseils

- Discutez avec la mère et la famille de la réanimation ainsi que de l'état actuel du bébé. Répondez à toutes questions qu'ils pourraient poser.
- Expliquez-leur que le bébé a besoin de soins particuliers.
- Si le bébé doit être orienté vers un autre établissement, envoyez la mère et le bébé ensemble.
- Expliquez à la mère qu'elle doit l'allaiter dès que possible et pendant le transfert. Ceci peut toutefois n'être pas possible si le bébé ne respire pas bien.
- Expliquez lui pourquoi et comment garder le bébé au chaud :
  - Maintenez la tête du bébé couverte.
  - Placez, si possible, le bébé contre sa mère, peau contre peau et recouvrez-les tous deux d'une couverture chaude.

Prodiguez des soins

- Continuez éventuellement de réanimer le bébé.
- Gardez-le au chaud et surveillez sa respiration et son teint.
- Donnez-lui de l'oxygène si vous en disposez. Continuez si possible l'oxygène pendant le transport.
- Organisez l'orientation vers un centre mieux équipé.

Dossiers

- Préparez le dossier pour le transfert (voir ci-dessus).
- Préparez le dossier à conserver dans votre service et le dossier familial à conserver par la famille.

Assurez le suivi

Demandez à la mère de ramener le bébé pour une visite de suivi après la résolution du problème de ce dernier.

SCHÉMA 4.6 **GARDER LE BÉBÉ AU CHAUD**

Des modifications normales des taux hormonaux d'une femme après la grossesse peuvent la rendre très triste, angoissée ou irritable.

Si la réanimation échoue

Si le bébé n'émet aucune respiration ni aucun halètement au bout de 20 minutes, arrêtez la ventilation. Le bébé n'a pas survécu. La mère et la famille vont avoir besoin de beaucoup de soutien. Faites preuve de gentillesse et d'attention lorsque vous vous adressez à eux.

Conseils

- Discutez de la réanimation et du décès du bébé avec la mère et la famille. Répondez à toutes questions qu'ils pourraient poser.
- Prodiguez à la mère et à la famille les soins qui sont culturellement acceptables. Soyez sensible à leurs besoins.
- Tâchez de savoir ce qu'ils souhaitent faire du corps du bébé.
- Expliquez à la mère et à la famille que :
  - La mère va avoir besoin de repos, de soutien, et d'un bon régime à la maison.
  - La mère ne doit pas reprendre une charge de travail complète trop tôt.
  - Les seins de la mère seront pleins dans 2 ou 3 jours. Il se peut qu'elle ait une légère fièvre pendant un ou deux jours. Elle peut prendre les mesures suivantes pour écourter la période pendant laquelle ses seins seront pleins :
    - Ceindre sa poitrine d'un soutien gorge ou d'une étoffe serrée jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de lait dans ses seins.
    - Ne pas extraire le lait ni stimuler les seins.
- La mère peut se sentir très émotive et pleurer beaucoup. Les modifications normales des taux hormonaux d'une femme après la grossesse peuvent la rendre très triste, angoissée ou irritable. Ces sentiments peuvent être aggravés en raison du décès du bébé. Encouragez la mère et la famille à parler du décès au prestataire de soins de santé s'ils le souhaitent.

Assurez le suivi

Demandez à la mère de revenir rapidement pour une visite post partum (dans les trois semaines), l'ovulation recommençant tôt étant donné qu'elle n'allaite pas. Conseillez-lui alors d'utiliser une méthode de contraception jusqu'à ce qu'elle soit physiquement et émotionnellement prête à être à nouveau enceinte. Si possible, prodiguez des soins post partum à l'écart des autres mères afin d'aménager un peu d'intimité à la famille pendant le travail de deuil. La mère et la famille peuvent trouver pénible de recevoir des soins au milieu de mères qui ont des nouveau-nés en bonne santé.

Dossiers

Procédez aux enregistrements requis des avis de naissance et de décès du bébé, et complétez tout autre dossier médical sur l'accouchement.

NETTOYAGE DE L'ÉQUIPEMENT ET DES FOURNITURES

L'équipement et les fournitures utilisés pour la réanimation du nourrisson peuvent être contaminés par les liquides corporels de la mère comme du bébé. Tout doit être nettoyé correctement pour protéger les agents de santé et les autres bébés de toute infection. Utilisez les trois étapes de prévention des infections : Décontamination (faire tremper dans une solution de décontamination), nettoyage (laver à l'eau savonneuse), et désinfection radicale (faire stériliser, passer à l'étuve ou stériliser par chaleur sèche) pour les articles énumérés ci-dessous (voir Annexe C).

- Articles jetables : Décontaminez les articles jetables tels que la gaze, l'embout de la poire, les gants, le cathéter d'aspiration, etc. pendant 10 minutes avant de les jeter dans un lieu sûr.
- Cathéter d'aspiration ou gants réutilisables : Procédez aux trois étapes de prévention des infections (décontamination, nettoyage et désinfection radicale).
- Linges et draps : Lavez, séchez à l'air ou au soleil, repassez, puis entreposer dans un endroit propre et sec.
- La table ou la surface utilisée pour la réanimation : Essuyez avec une solution décontaminante, puis lavez à l'eau savonneuse. Séchez à l'air.

Demandez à la mère de revenir pour une visite post partum. Conseillez-lui alors d'utiliser une méthode de contraception jusqu'à ce qu'elle soit prête à être à nouveau enceinte au plan physique et émotionnel.

TÂCHES POUR TOUS LES PRESTATAIRES : RÉANIMATION DU NOUVEAU-NÉ

1 Préparez la réanimation du nouveau-né avant chaque naissance (surface propre et chaude ; équipement et fournitures).
2. S'il y a du méconium dans le liquide amniotique, nettoyez la bouche et le nez du nouveau-né pendant l'accouchement. Aspirez la bouche et le nez du bébé dès que sa tête est sortie et avant que les épaules émergent.
3. Détectez l'éventuelle nécessité de réanimer le bébé.
4 Réanimer un nouveau-né asphyxié.
5 Arrêtez la réanimation si elle n'a pas réussi au bout de 20 minutes.
6 Surveillez la respiration et le teint du nouveau-né après la réanimation.
7 Prodiguez des soins au nouveau-né et conseillez les parents après une réanimation :
   a) Si la réanimation réussit
   b) Si le bébé respire mais doit être orienté vers un service mieux équipé
8 Conseillez la mère et la famille et prodiguez-leur des soins si le nouveau-né décède.
9 Décontaminez et nettoyez l'équipement et les fournitures de réanimation (gants, cathéter, masque facial, linges, table) en respectant les directives de prévention des infections. Procédez à une désinfection radicale des gants et des cathéters d'aspiration.

Remarques

1 Saugstad OD. (1998). Practical aspects of resuscitating asphyxiated newborn infants. *Eur J Pediatr*, 157(Suppl. 1): S11-S15.

2 Organisation Mondiale de la Santé. (1995). *Rapport sur la santé dans le monde. Genève : OMS.*

3 Organisation Mondiale de la Santé. (2003). *Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses and midwives (Integrated management of pregnancy and childbirth)*. Genève : OMS. (WHO/RHR/00.7)

Références générales

American Heart Association. (2000). Guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care: International consensus on science. *Circulation* (Suppl.), 2(8): I-348.

American Academy of Pediatrics, American Heart Association. (2000). *Textbook of Neonatal Resuscitation*, 4th ed. American Academy of Pediatrics and American Heart Association.

Organisation Mondiale de la Santé. (1998). Basic newborn resuscitation: A practical guide. Genève : OMS. (WHO/RHT/MSM/98.1)

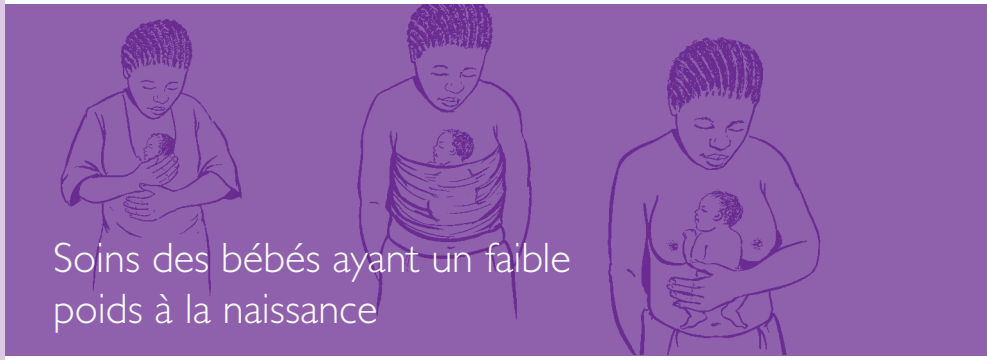
5

Introduction 109

Qu'est-ce qu'un bébé ayant un faible poids à la naissance ? 110

Soins du nouveau-né ayant un faible poids à la naissance 112

Soins maternels peau contre peau ou soins kangourou 118



Soins des bébés ayant un faible poids à la naissance

5

Soins des bébés ayant un faible poids à la naissance

Un bébé ayant un faible poids à la naissance pèse moins de 2,5 kilogrammes à la naissance. Ces bébés risquent plus de décéder que les bébés pesant plus de 2,5 kilogrammes. Les bébés ayant un faible poids à la naissance qui survivent présentent plus de risques d'avoir des problèmes de santé ou de croissance que les bébés à terme. Ils ont des besoins spécifiques. Tous les bébés petits ont de meilleures chances de survivre et d'être en bonne santé s'ils bénéficient de soins appropriés.

Les causes de l'insuffisance de poids à la naissance ne sont pas bien connues. Nous savons cependant qu'une femme en bonne santé et qui mange bien risque moins d'avoir un bébé présentant une insuffisance pondérale.

Les prestataires ont un rôle important à jouer pour aider les bébés ayant un faible poids à la naissance à survivre. Ils peuvent apprendre à la mère et à la famille comment prendre convenablement soin de leur bébé, et ils peuvent également alerter la communauté sur l'importance des grossesses en bonne santé pour réduire le nombre des bébés présentant un faible poids à la naissance.

Dans ce chapitre, vous trouverez des informations sur :

- Ce qu'est un faible poids à la naissance.
- Comment identifier une insuffisance pondérale à la naissance.
- L'aspect d'un bébé ayant un faible poids à la naissance.
- Les problèmes des bébés ayant un faible poids à la naissance.
- Les soins des bébés affectés, à la naissance et pendant les 28 premiers jours.
- Les soins maternels peau contre peau ou soins kangourou.
- L'allaitement d'un bébé ayant un faible poids à la naissance.

Dans ce chapitre, vous apprendrez à faire les choses suivantes :

- Reconnaître un bébé ayant un faible poids à la naissance et lui prodiguer des soins.
- Conseiller la mère et la famille en matière de soins pour un bébé ayant un faible poids à la naissance.
- Orienter vers un établissement mieux équipé les bébés ayant un faible poids à la naissance qui sont malades et ceux dont le poids de naissance est très faible.

QU'EST-CE QU'UN FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE ?

Un bébé ayant un **faible poids à la naissance** pèse moins de 2,5 kilogrammes à la naissance.

Un bébé de très **faible poids à la naissance** pèse moins de 1500 grammes à la naissance.

Les causes l'insuffisance pondérale à la naissance sont complexes et mal comprises. Pendant la grossesse, le bébé prend du poids en absorbant suffisamment de nutriments fournis par sa mère et en restant dans l'utérus pendant au moins 37 semaines ou 9 mois calendaires. Un bébé qui n'absorbe pas suffisamment de nutriments dans l'utérus ou qui naît avant d'avoir atteint 40 semaines peut avoir un poids faible à la naissance.

Un bébé ayant un faible poids à la naissance peut être :

- Prématuré ou né avant terme : Un bébé né avant la 37ème semaine de grossesse est dit « prématuré » (ou avant terme). Un prématuré peut ne pas être prêt à vivre hors de l'utérus et avoir des difficultés pour commencer à respirer, téter, combattre les infections et stabiliser sa température.
- Petit pour son âge gestationnel (PAG) : Un bébé qui n'a pas assez grandi dans l'utérus pendant la grossesse est appelé petit pour son âge gestationnel. Dans ce cas de figure, le bébé est en général à terme et souvent capable de bien respirer et de téter correctement.

Un bébé peut être à la fois petit pour son âge gestationnel et prématuré.

Parce qu'il n'y a pas de cause unique à l'insuffisance pondérale à la naissance, il est difficile à prévenir. Parmi des femmes en bonne santé et bien nourries, la fréquence des bébés présentant ce problème est plus faible. Vous pouvez contribuer à la diminution de la naissance dans la communauté du nombre de bébés ayant un faible poids à la naissance en encourageant les femmes à solliciter des soins prénataux complets et de bonne qualité. Reportez-vous aux directives nationales pour une Maternité sans risque.

TABLEAU 5.1 FACTEURS ASSOCIÉS À UN FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE

FACTEURS	ACTIONS EFFICACES/MESURES PRÉVENTIVES
Grossesse chez les femmes : ■ De moins de 20 ans ■ Qui ont des accouchements espacés de moins de 3 ans ou des grossesses en nombre (cinq ou plus)	■ Conseillez à la femme de retarder sa première grossesse jusqu'à l'âge de 20 ans. ■ Conseillez à l'homme et à la femme d'espacer leurs enfants d'au moins 3 ans. ■ Encouragez-les à utiliser des méthodes contraceptives modernes pour espacer ou limiter les grossesses.
La femme qui : ■ A déjà eu un bébé ayant un faible poids à la naissance ■ Fait un travail physique pénible pendant de nombreuses heures sans repos ■ Est très pauvre ■ A un poids insuffisant et s'alimente mal ■ A des problèmes de santé (hypertension, drépanocytose)	■ Faites prendre conscience à la communauté de ce qui est nécessaire pour qu'une grossesse soit sans risque. La femme doit : ▪ Manger en quantité et en qualité suffisante ▪ Se reposer suffisamment pour récupérer d'un travail pénible ▪ Bénéficier de soins prénataux complets et de bonne qualité ▪ Avoir accès à des services de santé pour détecter et traiter les problèmes courants avant la grossesse ■ Il faut aider les femmes à répondre à leurs besoins de santé pendant la grossesse.
La femme qui a des problèmes de grossesse tels que : ■ Une anémie grave ■ Une pré-éclampsie ou de l'hypertension ■ Une infection pendant la grossesse (infection de la vessie, des reins, hépatite, maladie sexuellement transmissible, VIH/SIDA, malaria) ■ Une gestation multiple (par exemple, des jumeaux)	Apprenez à la femme et à la famille à : ■ Détecter les signes de danger pendant la grossesse et y répondre ■ Solliciter un traitement pour d'éventuels problèmes pendant la grossesse ■ Solliciter un suivi et des soins préventifs
Le bébé qui a : ■ Une anomalie congénitale ou génétique ■ Une infection in utero	Pendant la grossesse, apprenez à la femme et à la famille à : ■ Ne prendre aucun médicament ou traitement qui n'ait été approuvé par un(e) prestataire de soins de santé ■ Savoir repérer les signes de danger au cours d'une grossesse et chez le nouveau-né ■ Solliciter un traitement pour d'éventuels problèmes pendant la grossesse

Quel est l'aspect d'un bébé ayant un faible poids à la naissance ou prématuré ?

Parce qu'il ne pèse que 2,5 kilogrammes, le nouveau-né ayant une insuffisance pondérale à la naissance est mince et présente une couche adipeuse très mince (peu de gras sous la peau). Ce manque de graisse est la raison pour laquelle il est davantage exposé à l'hypothermie.

Le prématuré peut aussi présenter les caractéristiques suivantes, selon son âge gestationnel :

- **Peau :** Peut être rouge. La peau peut être si mince que les vaisseaux sanguins sont facilement visibles.
- **Lanugo :** Le corps du bébé est entièrement recouvert de ce duvet.
- **Membres :** Les membres sont fins et peuvent être peu fléchis ou mous, en raison du faible tonus musculaire.
- **Taille de la tête :** La tête semble grosse par rapport au corps. La fontanelle est lisse et plate.
- **Organes génitaux :** Masculins : Les testicules peuvent n'être pas descendus et le scrotum être petit. Féminins : Les petites lèvres et le clitoris peuvent être grands.
- **Plantes des pieds :** Seul le tiers antérieur de la plante du pied présente des plis et non la totalité, comme chez un nouveau-né à terme.

Quels sont les problèmes d'un bébé de faible poids à la naissance ?

Un bébé ayant un faible poids à la naissance risque davantage de ne pas survivre ou de développer de graves problèmes de santé. Plus le bébé est petit, plus le risque est grand. Le Tableau 5.2 énumère les problèmes qu'un bébé ayant un faible poids à la naissance peut avoir et explique les soins recommandés pour chacun de ces problèmes.

SOINS DU NOUVEAU-NÉ AYANT UN FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE

Soins à la naissance

Souvenez-vous que tous les bébés réclament les mêmes soins essentiels, quel que soit leur poids de naissance. Utilisez les étapes décisionnelles du tableau 5.3 pour vous guider dans les soins à donner à un bébé ayant une insuffisance pondérale.

Suivi d'un bébé ayant un faible poids à la naissance

Ce bébé est davantage susceptible d'avoir des problèmes pendant les premières semaines de sa vie. Observez-le chaque semaine jusqu'à ce qu'il pèse 2,5 kilogrammes. Utilisez les étapes du tableau décisionnel pour vous guider dans les soins à prodiguer lors des visites de suivi (voir tableau 5.4).

Signes de danger chez le nouveau-né

N'oubliez pas : Les signes de danger chez le nouveau-né sont les mêmes quel que soit son poids :

- Problèmes respiratoires
- Difficulté à s'alimenter ou incapacité à téter
- Froid au toucher
- Fièvre
- Paupières rouges, tuméfiées et écoulements de pus des yeux
- Rougeur de la peau, tuméfaction, pus ou odeur fétide autour du cordon ou du nombril
- Convulsions/crises épileptiques
- Jaunisse/peau jaune

TABLEAU 5.2 PROBLÈMES LIÉS AU FAIBLE POIDS DU BÉBÉ À LA NAISSANCE

PROBLÈMES	SOINS RECOMMANDÉS
Problèmes respiratoires à la naissance et après (en particulier chez les prématurés)	Réanimez le bébé s'il ne respire pas, s'il halète ou s'il a moins de 30 respirations par minute. Les prématurés ont des poumons immatures, prennent facilement froid et sont davantage sensibles aux infections, d'où des problèmes respiratoires.
Température corporelle basse en raison de la minceur de la couche adipeuse et de l'immaturité du système de régulation de la température du nouveau-né.	Les soins maternels kangourou consistent à maintenir un contact peau contre peau constant entre la mère et le bébé : Ils contribuent à garder le nouveau-né au chaud.
Faible taux de sucre dû à une très faible quantité d'énergie stockée dans le corps du bébé ayant un faible poids à la naissance.	Ces bébés ont besoin du lait maternel (colostrum) dès que possible à leur naissance et très fréquemment (toutes les 2 heures) au cours de la première semaine.
Problèmes d'alimentation dus à la petite taille du bébé, à son manque d'énergie, aux dimensions réduites de son estomac et à son incapacité à téter.	Le bébé ayant un faible poids à la naissance peut en général téter correctement avec un peu d'aide. Il peut avoir besoin de nombreuses et fréquentes petites tétées. Les prématurés peuvent ne pas être assez forts ou mûrs pour téter correctement au début.
Infections dues à l'immaturité du système immunitaire	Les personnels soignants doivent avoir recours à des pratiques de prévention des infections et se laver soigneusement les mains avant de prendre soin d'un bébé présentant un faible poids à la naissance. Dans l'établissement de soins, n'hébergez pas de bébé présentant une insuffisance pondérale à la naissance dans la même chambre que des nouveau-nés infectés ou des enfants malades. Éloignez les personnes malades (visiteurs ou personnel) d'un bébé ayant un faible poids à la naissance.
Jaunisse (bilirubine élevée) due à l'immaturité du foie	Un prématuré ayant un faible poids à la naissance jaunit plus tôt et plus longtemps qu'un bébé à terme. S'il y a de quelconques signes de jaunisse au cours des premières 24 heures ou après 2 semaines, ou si le bébé est jaune et présente d'autres signes de danger, orientez-le vers une structure mieux équipée. Dans ce cas, la mère doit allaiter le nouveau-né qui a la jaunisse plus souvent (toutes les 2 heures au moins) pour l'aider à se débarrasser de la bilirubine par les selles.
Problèmes d'hémorragie dus à l'immaturité de la capacité de coagulation à la naissance	Donnez de la vitamine K au bébé à la naissance.

TABLEAU 5.3 BÉBÉ AYANT UN FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE – SOINS À LA NAISSANCE : TABLEAU DÉCISIONNEL

Antécédents	Demandez à la mère quels sont les antécédents, notamment les maladies ou les problèmes pendant la grossesse et à la naissance. Demandez-lui à quelle date le bébé aurait dû naître et combien de temps la grossesse a duré.
Examen	Pesez le bébé à la naissance. Procédez à l'examen physique complet du nouveau-né.
Problèmes/besoins	Évaluez si le bébé : ■ Présente un très faible poids à la naissance : Pèse moins de 1,5 kilogrammes ■ Présente un faible poids à la naissance : Entre 1,5 et 2,5 kilogrammes
Programme de soins	Comme pour tous les nouveau-nés : ■ Séchez-le et stimulez-le ■ Gardez le bébé au chaud ■ Vérifiez la respiration et le teint du bébé ■ Entreprenez de le réanimer si nécessaire ■ Placez le bébé contre sa mère, peau contre peau, dès que possible ■ Débutez l'allaitement dès que possible (ou extrayez du lait maternel [colostrum] et alimentez-le à la tasse dans les meilleurs délais) ■ Prodiguez les soins oculaires et les soins du cordon

TABLEAU 5.3 BÉBÉ AYANT UN FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE – SOINS À LA NAISSANCE : TABLEAU DÉCISIONNEL

Programme de soins (suite)	**Bebé ayant un faible poids à la naissance (1,5 à 2,5 kilogrammes)**
	■ Si le nouveau-né ayant un faible poids à la naissance n'a pas de problèmes respiratoires, tète bien et reste au chaud au contact de sa mère :
	  ■ Gardez le bébé au chaud
	  ■ Maintenez le bébé constamment contre sa mère, peau contre peau
	  ■ Couvrez-les tous deux avec une étoffe ou une couverture chaude
	  ■ Couvrez la tête du bébé d'une étoffe ou d'un bonnet
	  ■ Ne baignez pas le bébé avant que sa température ne soit stable ; différez le bain d'au moins 24 heures
	■ Apprenez à la mère et à la famille à garder le bébé au chaud par contact peau contre peau continu. Si la température axillaire du bébé chute en dessous de 36 °C (96,8 °F) : Réchauffez-le en chauffant la pièce, à l'aide d'une source de chaleur, et couvrez le bébé et sa mère de davantage de couvertures ou d'étoffes.
	■ Incitez la mère à allaiter (ou extrayez le colostrum et alimentez-en le bébé à la tasse) dès que possible, puis toutes les 2 heures.
	■ Vérifiez la respiration, la température, le teint et la capacité à téter du bébé toutes les 30 minutes environ, pendant 6 heures.
	■ Donnez au nouveau-né une dose unique de 1 mg de vitamines K par voie IM.
	■ Conseillez à la mère et à la famille de se laver les mains avant de manipuler le bébé ayant un faible poids à la naissance.
	■ Si le bébé ayant un faible poids à la naissance présente un des problèmes suivants, stabilisez-le d'abord, puis orientez-le vers un établissement mieux équipé qui soit en mesure de fournir des soins spécialisés (voir Directive d'orientation, chapitre 6, tableau 6.3).
	  ■ Langue et lèvres bleues : Donnez de l'oxygène à haut débit jusqu'à ce que le teint du bébé s'améliore (voir Annexe C).
	  ■ Problèmes respiratoires : Réanimez s'il y a lieu.
	  ■ Le bébé ne tète pas bien : Extrayez le lait maternel et alimentez-en le nouveau-né à la tasse.
	
	Bébé ayant un très faible poids à la naissance (inférieur à 1,5 kilogrammes)
	■ Stabilisez-le en veillant à ce qu'il ait chaud et qu'il tète ou absorbe du lait maternel (colostrum) à la tasse.
	■ Maintenez le bébé constamment contre sa mère peau contre peau.
	■ Donnez au bébé une dose unique de 0,5 mg de vitamines K par voie IM.
	■ Orientez le bébé vers un établissement mieux équipé qui prenne en charge les bébés très petits. Le bébé est très exposé aux problèmes respiratoires après la naissance, en raison de l'immaturité de ses poumons.
	■ Donnez la première dose d'antibiotiques :
	Ampicilline 50 mg/kg par voie IM *et* gentamicine 4 mg/kg par voie IM
	Voir chapitre 6 et respecter les Directives d'orientation (tableau 6.3).

Suivi	Observez le bébé chaque semaine pour détecter d'éventuels problèmes et pour contrôler son gain de poids.

5

TABLEAU 5.4 BÉBÉ AYANT UN FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE – SUIVI HEBDOMADAIRE : TABLEAU DÉCISIONNEL

Antécédents

- Questionnez la mère :
  - Le bébé tète-t-il correctement ?
  - A quelle fréquence ?
  - Combien de fois le bébé urine-t-il (mouille-t-il ses couches) en une journée ?
  - Semble-t-il très somnolent ? Est-il difficile à réveiller ?
  - Quel aspect ont ses selles et quelle est leur fréquence ?
  - Quelque chose chez votre bébé vous préoccupe-t-il ?
- Consultez le dossier du bébé pour voir son poids de naissance et s'il y a eu des problèmes à la naissance.

Examen

- Observez le bébé pendant qu'il tète.
- Pesez le bébé, si vous disposez d'une balance. Après la première semaine (quand il peut avoir perdu du poids), le nouveau-né doit en principe prendre du poids régulièrement (environ 25 à 30 grammes par jour après les premiers 10 jours).
- Examinez le bébé :
  - Examinez sa peau pour en apprécier le teint et détecter d'éventuelles éruptions ou pustules. La jaunisse apparaît plus tôt et dure plus longtemps chez les bébés ayant un faible poids à la naissance. Orientez le bébé vers un service mieux équipé s'il a la jaunisse dans les premières 24 heures ou après 2 semaines ou si la jaunisse s'accompagne d'un autre signe d'alarme.
  - Une teinte bleue du torse du bébé, de ses lèvres ou de sa langue, indique un grave manque d'oxygène dans le sang. Ce bébé a besoin d'oxygène immédiatement.
  - Vérifiez la respiration.
  - Les yeux pour un éventuel écoulement de pus épais.
  - La bouche : Recherchez la présence de plaques blanches sur la langue et les gencives.
  - Examinez le cordon ombilical (pour d'éventuelles rougeurs, tuméfaction, mauvaises odeurs ou écoulements).
- Estimez sa température au toucher ou prenez sa température axillaire. Une température axillaire normale est de 36 à 37 °C (96,8 à 98,6 °F).

Problèmes/besoins

- Évaluez si le bébé grandit.
- Déterminez s'il a de quelconques problèmes (voir chapitre 6).
- Réfléchissez aux besoins du bébé : Chaleur, protection contre les infections, allaitement, sécurité, affection et sommeil.

TABLEAU 5.4 BÉBÉ AYANT UN FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE – SUIVI HEBDOMADAIRE : TABLEAU DÉCISIONNEL

Programme de soins	Si le nouveau-né ayant un faible poids à la naissance présente de quelconques signes de danger : ■ Orientez-le vers un service mieux équipé qui prenne en charge ce type de cas. ■ Suivez les Directives d'orientation (voir chapitre 6, tableau 6.3).

	Si le nouveau-né grandit et ne présente aucun signe d'alarme :
	■ Élaborez un programme de soins pour répondre à d'éventuels besoins ou problèmes.
	■ Continuez de conseiller la mère sur la manière de prendre soin de son bébé :
	  ■ Dites-lui de continuer à garder le bébé peau contre peau contre elle
	  ■ De protéger le bébé des infections, se laver les mains, éviter les contacts avec des gens malades)
	  ■ De prodiguer les soins normaux du nouveau-né
	  ■ D'allaiter le bébé à la demande et exclusivement
	  ■ De parler au bébé et de le réconforter
	  ■ De lui démontrer son affection
	  ■ De veiller à sa sécurité.
	  ■ De surveiller l'apparition d'éventuels signes de danger
	■ Rappelez à la mère ce qu'elle doit faire si elle remarque un signe de danger
	■ Planifiez la prochaine visite de suivi en fonction des besoins :
	  ■ Vaccinations : Même calendrier que pour un bébé ayant un poids normal
	  ■ Informez la mère sur les méthodes de contraception afin qu'elle puisse opter pour la méthode de son choix pour différer la prochaine grossesse

Suivi	■ Examinez le bébé ayant un poids insuffisant chaque semaine pour vérifier sa croissance et pour détecter d'éventuels problèmes jusqu'à ce qu'il atteigne un poids de 2,5 kilogrammes. ■ Lorsque le bébé pèse 2,5 kilogrammes, commencez à diminuer très progressivement le temps passé en contact peau à peau avec lui.

SOINS MATERNELS PEAU CONTRE PEAU OU SOINS KANGOUROU

Les bébés de faible poids à la naissance ont besoin de davantage d'aide et de temps pour s'adapter à la vie hors de l'utérus. Ils ont aussi besoin d'aide pour conserver leur chaleur et pour absorber suffisamment de lait pour grandir. Une manière d'aider le bébé à satisfaire tous ces besoins consiste à le maintenir en contact peau contre peau. Les soins maternels kangourou sont une manière de répondre aux besoins spécifiques des bébés ayant un faible poids à la naissance.

Composantes des soins maternels kangourou

Les soins maternels kangourou ont trois aspects :

1. **Le contact peau contre peau continu entre le devant du bébé et la poitrine de sa mère :** Le contact peau contre peau commence à la naissance et doit être maintenu jour et nuit. Il peut y avoir de brèves interruptions, pour le bain du bébé, par exemple. Le bébé ne porte qu'un bonnet ou une étoffe sur la tête pour le maintenir au chaud, et une couche.
2. **Allaitement exclusif :** Le bébé tète dans l'heure qui suit sa naissance, puis toutes les 2 à 3 heures. La couverture qui enveloppe la mère et le bébé est desserrée pour allaiter. Des informations sur comment aider la mère à allaiter son bébé ayant un faible poids à la naissance suivent aux pages 120 et 121.
3. **Soutien à la mère :** La mère peut continuer à vaquer à ses occupations normales tout en prodiguant les soins maternels kangourou au bébé. Elle peut, par exemple, faire la cuisine, le ménage, et même dormir sans interrompre le contact peau contre peau. Elle aura, cependant, besoin de beaucoup d'aide pour maintenir ce contact continu. Dans un service de soins, elle peut avoir l'aide du personnel ; chez elle, la famille peut l'aider en gardant le bébé peau contre peau pendant de courtes périodes lorsque la mère se repose ou effectue d'autres tâches.

Comment aider la mère à garder son bébé au chaud contre elle

Commencez le contact peau contre peau dès que possible à la naissance. Si le bébé respire bien et n'a pas besoin d'être réanimé ni de recevoir un traitement médical, commencez immédiatement cette approche.

TABLEAU 5.5 COMMENT LES SOINS MATERNELS KANGOUROU AIDENT-ILS LE BÉBÉ ET LA MÈRE ?

LE BÉBÉ

- La respiration du nouveau-né devient régulière et stable.
- La température du nouveau-né se stabilise à un niveau normal.
- L'immunité du nouveau-né se renforce.
- Les infections diminuent.
- Le nouveau-né tète mieux et prend du poids plus vite.

LA MÈRE

- La mère s'attache affectivement davantage à son bébé.
- La mère prend de l'assurance et se sent compétente pour prendre soin de son fragile bébé.

SCHÉMA 5.1 CONTACT PEAU CONTRE PEAU

Comment envelopper le bébé et sa mère
Placez le bébé entre les seins de la mère, ses pieds sous la poitrine de sa mère et ses mains au-dessus.

La mère et le bébé doivent être poitrine contre poitrine, la tête du bébé tournée sur le côté.

Utilisez un grand pan d'étoffe pour envelopper douillettement la mère et le bébé ensemble :

- Placez le milieu d'une longue étoffe sur le bébé placé sur la poitrine de sa mère.
- Entourez fermement les deux extrémités de l'étoffe autour de la mère, sous ses bras et dans son dos. L'étoffe ne doit pas être serrée au point de gêner le bébé. Laissez de l'espace pour la respiration abdominale du bébé.
- Croisez les extrémités de l'étoffe dans le dos de la mère et faites un nœud solide.
- Si l'étoffe est longue, ramenez les deux extrémités sur le devant et nouez-les sous le bébé.
- L'étoffe doit être suffisamment serrée pour que le bébé ne glisse pas quant la mère est debout.
- Soutenez la tête du bébé en remontant l'étoffe jusqu'à ses oreilles. L'étoffe peut être dénouée pour l'allaitement.

Dites à la mère de mettre une blouse ou une robe. Ses vêtements doivent être amples et s'ouvrir sur le devant afin de ne pas recouvrir le visage du bébé et pour qu'elle puisse l'allaiter facilement.

Conseillez à la mère :

- De dormir le buste surélevé (à environ 30 degrés) pour que le bébé garde la tête droite.
- D'allaiter le bébé à la demande, au moins toutes les 2 heures à 2 heures et demie.
- Garder en permanence le contact peau contre peau avec le bébé. Un autre membre de la famille peut remplacer la mère pour le contact peau contre peau pendant un court laps de temps, lorsqu'elle se baigne ou si elle doit faire autre chose.
- Maintenez le contact en permanence jusqu'à ce que le bébé pèse au moins 2,5 kilogrammes.

SCHÉMA 5.2 **COMMENT ENVELOPPER LE BÉBÉ ET LA MÈRE**

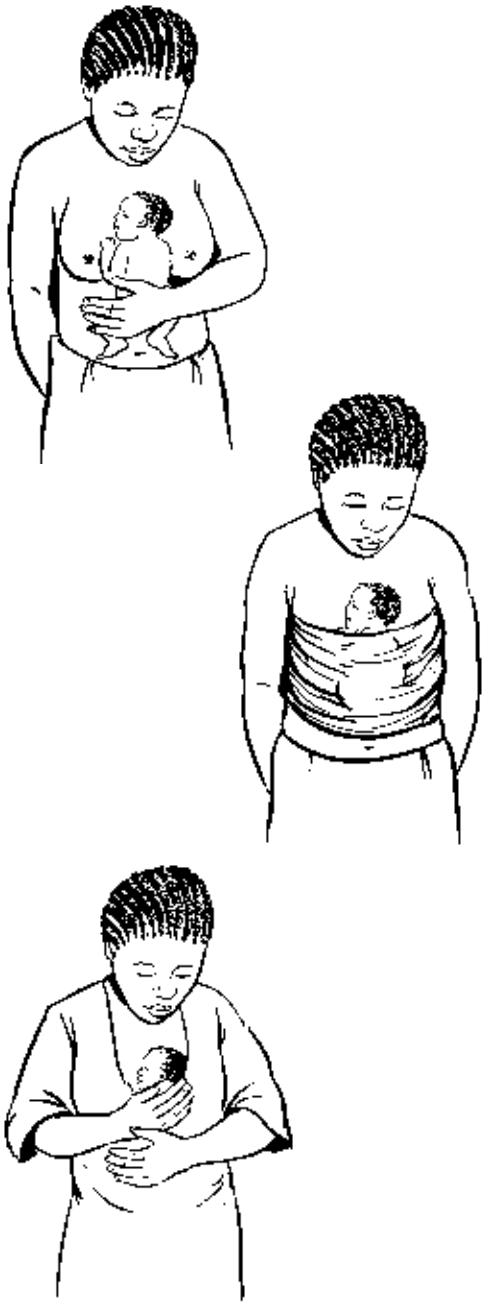


SCHÉMA 5.3 **BÉBÉ DANS LA POSITION DES SOINS MATERNELS KANGOUROU**

SCHÉMA 5.4 **LE PÈRE PEUT AUSSI PARTICIPER AU CONTACT PEAU À PEAU**

Allaitement du bébé de faible poids à la naissance

Le lait maternel est l'aliment idéal pour tous les bébés, en particulier pour ceux qui présentent une insuffisance pondérale à la naissance. Dans ce cas, le bébé a besoin de suffisamment de nourriture pour récupérer après l'épreuve de la naissance et pour grandir, mais son estomac est petit, il se fatigue vite et peut ne pas avoir suffisamment d'énergie pour téter longtemps. Le réflexe de succion peut également être absent ou faible au début chez les prématurés plus petits ou chez les bébés ayant un faible poids à la naissance. Ces bébés risquent par conséquent de ne pas absorber suffisamment de nourriture. Ils ont besoin de téter plus souvent, au moins toutes les deux heures ou deux heures et demie. En grandissant, ils sont capables d'absorber davantage de nourriture et ne tètent plus aussi souvent.

L'allaitement exclusif et illimité est un aspect important des soins maternels kangourou. Le bébé étant tout proche de la mère, il peut sentir son lait et commencer à téter lorsqu'il a faim.

TABLEAU 5.6 ASTUCES POUR AIDER UNE MÈRE À ALLAITER SON BÉBÉ AYANT UN FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE

Trouvez un endroit tranquille pour allaiter. Le système nerveux du bébé présentant une insuffisance pondérale à la naissance pouvant être immature, les bruits, les lumières et l'activité peuvent le distraire de téter.

Extrayez quelques gouttes de lait du mamelon pour aider le bébé à commencer à téter.

Ménagez de brèves poses au bébé pendant l'allaitement ; téter est une lourde tâche pour un bébé ayant un faible poids à la naissance.

S'il tousse, a des haut-le-cœur ou crache au début de la tétée, le lait descend peut-être trop vite pour sa taille. Apprenez à la mère à :

1. Ôter le bébé du sein lorsque cela se produit
2. Tenir le bébé contre sa poitrine jusqu'à ce qu'il puisse respirer à nouveau
3. Remettre le bébé au sein après la montée de lait

Si le bébé présentant une insuffisance pondérale à la naissance n'a pas assez d'énergie pour téter longtemps ou n'a pas un réflexe de succion assez fort :

- Apprenez à la mère à extraire le lait maternel
- Apprenez-lui à alimenter le bébé à la tasse pour qu'il absorbe le lait maternel

TÂCHES POUR TOUS LES PRESTATAIRES : BÉBÉS AYANT UN FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE

1 Donnez des consignes sanitaires à la communauté pour éviter les insuffisances pondérales à la naissance
   a) Expliquez aux femmes pourquoi il vaut mieux différer leur première grossesse jusqu'à ce qu'elles atteignent l'âge de 20 ans au moins.
   b) Encouragez-les à espacer leurs grossesses d'au moins 3 à 5 ans.
   c) Encouragez-les à utiliser des méthodes contraceptives modernes pour différer ou espacer les grossesses.
   d) Faites prendre conscience à la communauté des besoins des femmes pour une grossesse en bonne santé et moins risquée.
   e) Aidez les femmes à répondre à leurs besoins de santé pendant la grossesse.
   f) Les femmes ne doivent prendre aucun médicament ni traitement pendant la grossesse et l'allaitement, à moins qu'il soit approuvé par un(e) prestataire de soins de santé.
   g) Apprenez aux femmes à détecter les signes des problèmes courants qui surviennent pendant la grossesse.
   h) Apprenez aux femmes l'importance d'un traitement pour les problèmes qui surviennent pendant la grossesse.
2 Repérez les bébés ayant un faible poids à la naissance et prodiguez-leur des soins.
3 Conseillez la mère et la famille en matière de soins pour un bébé ayant un faible poids à la naissance :
   a) Comment garder le bébé ayant un faible poids à la naissance au chaud
   b) Allaitement du bébé ayant un faible poids à la naissance
4 Orientez vers un service mieux équipé ces bébés ayant un poids (très) insuffisant à la naissance ou malades.

Références générales

Biancuzzo, M. (1999). *Breastfeeding the newborn: Clinical strategies for nurses*. St. Louis: Mosby.

Conde-Agudelo A, Diaz-Rosselllo JL, et Belizan JM. (2002). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 4.

Tessier R, Cristo M, Velez S, Giron M, Figueroa de Calume Z, Ruiz-Palaez, JG, Charpak Y, et Charpak N. (1998). Kangaroo mother care and the bonding hypothesis [Electronic version]. *Pediatrics*, 102(2).

Organisation Mondiale de la Santé. 2003. *Kangaroo Mother Care: A Practical Guide*. Genève : OMS.

Yasmin S, Osrin D, Paul E, et Costello A. (2001). Neonatal mortality of low-birth-weight infants in Bangladesh. *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1979 : 608-614*.

Références en ligne

Soins maternels kangourou : Overview-physiology and research of KMC. Extrait le 11 janvier 2003 de www.kangaroomothercare.com

Soins maternels kangourou : *What is Kangaroo Mother Care?* Extrait le 11 janvier 2003 de www.kangaroomothercare.com

Soins maternels kangourou. *References*. Extrait le 11 janvier 2003, sur www.kangaroomothercare.com

Parents Place. *Helping your preemie stay awake for feeds*. Extrait le 11 janvier 2003 de www.parentsplace.com

Problèmes courants d'alimentation des nourrisson ayant un faible poids à la naissance. *Gaining and Growing; assuring nutritional care of preterm infants*. Extrait le 11 janvier 2003, de http://staff.washington.edu/ growing/Feed/ora lprob.htm

6

Introduction 125

Signes de danger chez le nouveau-né 126

Stabilisation des nouveau-nés
et orientation vers des services d'urgence 128

Problèmes du nouveau-né 130

Problèmes courants du nouveau-né

6 Problèmes courants du nouveau-né

Pendant les 28 premiers jours, un nouveau-né s'adapte à la vie hors du corps de sa mère. Le système immunitaire du nouveau-né n'a pas encore atteint sa maturité, le bébé attrape donc facilement des infections. Certains problèmes (tels que l'hypothermie et la jaunisse), surviennent parce que le métabolisme du nouveau-né destiné à maintenir la température corporelle et à éliminer les toxines n'ont pas atteint leur maturité.

Les signes de danger chez le nouveau-né suggèrent une maladie grave. Lorsqu'un nouveau-né est malade, la cause de sa maladie peut être difficile à identifier. Les signes de maladie grave chez un nouveau-né sont souvent différents des signes de la même maladie chez un enfant plus âgé. La mère et la famille du nouveau-né doivent toujours surveiller attentivement l'apparition de ces signes. Les chances de survie et de bonne santé du bébé sont plus grandes si la mère connaît les signes de danger et comment obtenir rapidement une aide médicale pour le bébé.

Le/la prestataire de soins de santé peut sauver la vie des bébés principalement de deux manières : 1) En apprenant à la mère et à la famille à reconnaître et à réagir aux signes de danger et aux problèmes, et 2) En prodiguant des soins d'urgence et en orientant le bébé qui en a besoin vers un service spécialisé.

Dans ce chapitre, vous trouverez des informations sur :

- Les signes de danger chez le nouveau-né
- L'orientation vers un service d'urgence
- Les problèmes du nouveau-né associés à la grossesse de la mère ou à l'accouchement
- Les problèmes respiratoires
- Infections du nouveau-né
  - Sepsie (infection généralisée)
  - Infections cutanées
  - Infection du cordon ombilical
  - Infection oculaire
  - Candidose buccale
- Problèmes de température chez le bébé
  - Température trop basse (hypothermie)
  - Température trop élevée (hyperthermie)
- Jaunisse
- Saignement du cordon ombilical

Dans ce chapitre, vous apprendrez à faire les choses suivantes :

- Reconnaître les signes de danger chez le nouveau-né
- Expliquer à la mère les signes de danger et la conseiller sur ce qu'il faut faire
- Stabiliser un nouveau-né malade et l'orienter vers un service d'urgence/mieux équipé
- Reconnaître les problèmes courants du nouveau-né et les gérer
- Conseiller la mère sur les problèmes du nouveau-né :
  - Comment reconnaître chaque problème
  - Comment empêcher l'apparition du problème ou son aggravation
  - De quel traitement et de quels soins le bébé a besoin pour ce problème
  - Soins à domicile pour le problème
  - De quels soins de suivi le bébé a besoin

LES SIGNES DE DANGER DU NOUVEAU-NÉ

Les signes de danger chez le bébé sont souvent aspécifiques, ce qui signifie que chaque signe de danger peut indiquer presque n'importe quelle maladie ou problème. Les signes de maladie les plus courants chez le bébé sont : Le fait qu'il cesse de s'alimenter, qu'il soit froid au toucher ou qu'il ait du mal à respirer.

Les signes de danger chez le nouveau-né sont des signes qui peuvent indiquer une maladie grave. Une maladie grave chez le nouveau-né aboutit souvent à un décès rapide, ce qui peut être prévenu si :

- La mère et la famille reconnaissent les signes de danger et sollicitent rapidement l'aide d'un(e) prestataire de soins de santé
- Le/la prestataire de soins de santé s'emploie immédiatement à stabiliser le nouveau-né et l'oriente vers l'établissement de santé approprié s'il y a lieu, *et*
- Le bébé reçoit les soins médicaux appropriés

Apprenez toujours les signes de danger à la mère et à la famille avant de les laisser prendre soin de leur nouveau-né. Expliquez-leur comment reconnaître les signes de danger et comment réagir immédiatement en emmenant le nouveau-né qui les présente au/à la prestataire de soins de santé.

Reconnaître les signes de danger :

- Utilisez des outils de travail, si vous en disposez, pour expliquer les signes de danger. Les images sont très utiles.
- Demandez à la mère de vous expliquer les signes de danger afin de vous assurer qu'elle les a bien compris.
- Passez en revue les signes de danger lors chaque visite avec la mère et le nouveau-né.

Réagir aux signes de dangers :

- Vérifiez que la famille a un plan qui peut être rapidement appliqué en cas d'urgence. Ceci peut consister tout simplement à mettre à jour le plan de préparation aux complications élaboré pendant la grossesse.
- Apprenez-leur à amener le nouveau-né qui présente un signe de danger immédiatement chez le/la prestataire de soins de santé.

TABLEAU 6.1 LES SIGNES DE DANGER DU NOUVEAU-NÉ

Problèmes respiratoires	■ Plus de 60 ou moins de 30 respirations par minute. ■ La respiration est faible ou irrégulière, avec ou sans pauses. ■ Chaque respiration s'accompagne d'un bruit (halètement). ■ Le bébé présente un tirage costal à chaque respiration, avec palpitation des narines. ■ La langue et les lèvres sont bleues ou le teint est bleu. (Voir tableau 6.4 Problèmes respiratoires)
Difficulté à s'alimenter ou incapacité à téter	■ Incapable de téter ou tète peu. ■ Ne peut pas être maintenu éveillé pour téter ou ne reste pas assez longtemps éveillé pour vider le sein. ■ Tète mais ne semble pas rassasié. (Voir tableau 6.5 Sepsie néonatale)
Froid au toucher	■ Le corps (l'abdomen ou le dos) du bébé est froid ou plus frais qu'une personne en bonne santé. ■ Sa température axillaire est inférieure à 36 °C. (Voir tableau 6.10 Hypothermie/température basse)
Fièvre	■ Le corps (l'abdomen ou le dos) du bébé est chaud par rapport à une personne en bonne santé. ■ Sa température axillaire est supérieure à 37 °C. (Voir tableau 6.11 Hyperthermie/température élevée)
Paupières rouges, tuméfiées et écoulements de pus des yeux	(Voir tableau 6.8 Infection oculaire)
Rougeur de la peau, tuméfaction, pus ou odeur fétide autour du cordon ou du nombrils	(Voir tableau 6.6 Infection du cordon ombilical)
Convulsions/Crises épileptiques	■ Les crises épileptiques sont plus que les tremblements ou les mouvements agités d'un bébé normal. ■ Le bébé devient rigide ou est agité de tremblements. (Voir tableau 6.5 Sepsie néonatale)
La jaunisse/ Peau jaunâtre	■ Teint ou yeux de couleur jaune au cours des premières 24 heures ou après 2 semaines est grave : Il s'agit d'un symptôme grave. ■ L'aspect jaunâtre de la peau qui apparaît lorsque le bébé présente un autre signe de danger est grave. (Voir tableau 6.12 Jaunisse)

TABLEAU 6.2 **APPRENDRE À LA MÈRE, LA FAMILLE ET À LA COMMUNAUTÉ À RÉAGIR AUX SIGNES DE DANGER DU NOUVEAU-NÉ**

- Expliquez les signes de danger du nouveau-né dans la langue de la communauté locale.
- Utilisez des images pour expliquer les signes de danger.
- Donnez des informations imprimées ou des images aux parents pour les aider à mémoriser les signes de danger du nouveau-né.
- Dites-leur qu'un traitement rapide sauve des vies. Un retard accroît le risque de décès.
- Aidez les parents et la communauté à planifier comment obtenir des soins médicaux au cas où le bébé présenterait un signe d'alarme.
  - Planifiez comment emmener le bébé directement à l'hôpital ou au centre de soins le plus proche en cas d'urgence ou pour l'orienter vers un spécialiste.
  - Prévoyez de l'argent pour le transport en cas d'urgence et pour payer les services de santé.
  - Pour éviter tout retard, prévoyez ce qu'il faut faire au cas où le père ou un autre décideur clé n'est pas au domicile lorsque le bébé manifeste un signe de danger.

STABILISATION ET TRANSFERT D'URGENCE DU NOUVEAU-NÉ

En tant que prestataire de soins de santé, vous orienterez le nouveau-né vers un service mieux équipé s'il y a lieu. Lorsque vous orientez un nouveau-né malade vers un établissement de soins spécialisés, il est important que le bébé (avec sa mère) y soit transporté le plus tôt possible. Stabilisez le bébé avant le transport, pour l'aider à supporter le voyage.

N'oubliez pas : La mère et la famille s'inquièteront de la maladie du bébé et de la nécessité de le transférer ailleurs. Traitez la mère et la famille avec douceur, répétez les explications aussi souvent que nécessaire, et répondez à toutes questions ou inquiétudes qu'ils pourraient avoir.

Stabiliser le nouveau-né

Pour stabiliser un bébé qui vient de naître :

- Prodiguez immédiatement les soins normaux du nouveau-né : Séchez-le et gardez-le au chaud ; réanimez-le s'il y a lieu ; prodiguez les soins oculaires et les soins du cordon ; et aidez la mère à commencer à allaiter.

Pour stabiliser les autres nouveau-nés :

- Gardez le bébé au sec et au chaud, contre sa mère, peau contre peau.
- Veillez à ce qu'il continue de téter ou d'être alimenté à la tasse avec du lait maternel toutes les 2 à 3 heures.

Orienter le nouveau-né vers un spécialiste

La suite de ce chapitre expose les problèmes du nouveau-né, notamment les conclusions anormales d'un examen du bébé, les signes de danger, les problèmes courants et les maladies du nouveau-né, ainsi que les problèmes liés aux suites de la grossesse de la mère ou de l'accouchement. Vous constaterez que le renvoi vers un spécialiste est souvent l'action recommandée ou prévue. Les directives d'orientation du chapitre 6.3 passent en revue les mesures importantes pour adresser un nouveau-né à un service plus spécialisé/d'urgence.

TABLEAU 6.3 DIRECTIVES EN MATIÈRE D'ORIENTATION DU NOUVEAU-NÉ VERS UN SPÉCIALISTE

Expliquez les motifs du renvoi vers un spécialiste à la mère et à la famille. Expliquez-leur aussi qu'un établissement mieux équipé peut probablement sauver la vie du bébé. Faites preuve de patience en répondant à toutes leurs questions.

Organiser le transport et prévenir le centre vers lequel vous transférez le bébé

- Organisez le transport sans délai.
- Envoyez la mère et le bébé ensemble.
- Veillez à ce qu'un membre de la famille ou une amie accompagne la mère et le bébé.
- Avertissez, si possible, le centre vers lequel vous transférez le bébé de son état et de l'heure prévue pour votre arrivée. Si la mère vient d'accoucher, mentionnez également qu'une femme qui vient d'accoucher est transférée avec le nouveau-né malade.

Préparer le transfert du nouveau-né

- Donnez tous traitements d'urgence éventuels avant d'envoyer le bébé vers le service mieux équipé. Les traite ments d'urgence sont exposés à l'article Programme de soins des tableaux décisionnels pour les problèmes courants qui suivent ce chapitre.
- Donnez une première dose d'antibiotiques avant le transfert si une infection grave est suspectée.
  - Pour un bébé de 2 kg ou plus :
    Ampicilline 50 mg/kg par voie IM et gentamicine 5 mg/kg par voie IM
  - Pour un bébé de moins de 2 kg :
    Ampicilline 50 mg/kg par voie IM et gentamicine 4 mg/kg par voie IM
- Stabilisez le bébé par l'allaitement et en le réchauffant (peau contre peau).

Prendre soin du nouveau-né pendant le transport

- Gardez le bébé au chaud pendant le transport. Maintenez-le peau tout contre sa mère et recouvrez-les tous deux de vêtements chauds. Si le climat n'est pas très chaud, plusieurs couches de vêtements sont nécessaires. Protégez le bébé de toute exposition directe aux rayons du soleil, à la poussière et au vent.
- Encouragez la mère à allaiter pendant le transport.

Documenter l'orientation

- Remplissez un formulaire d'orientation ou écrivez une note d'orientation incluant : 1) Les conclusions de votre examen ; 2) Les raisons de l'orientation ; 3) Tous les traitements et les médicaments donnés ; 4) L'heure et la date ; et 5) Votre nom.
- Veillez à préciser clairement la dose et la durée du traitement antibiotique donné dans le dossier du bébé et sur le formulaire d'orientation.
- Envoyez les dossiers de grossesse, d'accouchement et du nouveau-né au centre dans lequel le bébé est transféré.

Si l'orientation est retardée, impossible ou que les parents la refusent

- Continuez de soutenir la famille.
- Continuez les traitements, notamment la thérapie antibiotique, en utilisant les ressources disponibles.
- Si le bébé a des problèmes respiratoires, continuez à lui donner de l'oxygène (si vous en disposez) à un rythme ralenti, sauf indication contraire.

PROBLÈMES DU NOUVEAU-NÉ

Problèmes respiratoires

L'asphyxie à la naissance et la réanimation immédiatement après la naissance sont débattues au chapitre 4. Les problèmes respiratoires peuvent, eux aussi, commencer plusieurs heures ou plusieurs jours après la naissance. Ils peuvent être provoqués par une infection, une maladie cardiaque ou des poumons, une température corporelle anormale, un faible taux de sucre dans le sang ou une autre maladie.

Lorsque le nouveau-né a un problème respiratoire, toute son énergie est mobilisée pour essayer d'amener assez d'oxygène au corps, ce qui signifie que le nouveau-né n'a pas assez d'énergie pour conserver sa chaleur, grandir ou combattre les infections. Les problèmes respiratoires ont, par conséquent, souvent une issue fatale.

Voir tableau 6.4.

Infections

Les infections sont l'une des principales causes de décès chez le nouveau-né, alors qu'elles peuvent être prévenues et traitées. Il est important de se rappeler que les petites infections non traitées peuvent s'étendre et devenir des infections graves qui mettent la vie en danger.

Infection généralisée : Sepsie néonatale

La sepsie est une infection qui affecte tout le corps. L'infection peut être dans le sang (septicémie) ou dans un ou plusieurs des organes du corps. Les organismes qui provoquent une sepsie peuvent pénétrer dans le corps du bébé pendant la grossesse, l'accouchement ou après la naissance. Ils peuvent se répandre dans tout le corps, à partir d'une infection de la peau, du cordon ou d'un autre organe. La sepsie est une maladie grave et peut rapidement entraîner un décès.

Comment prévenir la sepsie néonatale

- Traitez les infections de la mère pendant la grossesse.
- Utilisez des pratiques d'accouchement propres pendant le travail et l'accouchement.
- Respectez les étapes de la prévention des infections pendant le travail, l'accouchement et les soins postnataux.
- Lavez-vous les mains avant de manipuler le nouveau-né et après.
- Apprenez à la mère et à la famille à respecter les mesures de prévention des infections, le lavage des mains en particulier.
- Administrez à la mère un traitement à base d'antibiotiques pendant l'accouchement si elle présente des signes d'infection ou en cas de rupture prolongée de la poche des eaux (plus de 18 heures).
- Donnez au nouveau-né un traitement à base d'antibiotiques après la naissance si la mère a de la fièvre pendant l'accouchement.
- Veillez à ce que le nouveau-né soit allaité exclusivement.
- Ne mettez pas le bébé en contact avec des gens malades. Isolez le nouveau-né malade des nouveau-nés en bonne santé.
- Apprenez à la mère et à la famille à garder le bébé éloigné des gens malades.

Voir tableau 6.5.

INFECTIONS LOCALISÉES

Une infection localisée est une infection d'une certaine partie du corps du bébé (cordon, peau, yeux ou bouche). Toute infection du nouveau-né est grave car elle peut se répandre rapidement dans tout son petit corps et provoquer une sepsie néonatale. Un traitement rapide et adapté de l'infection localisée peut prévenir une sepsie et un éventuel décès.

Infection du cordon ombilical

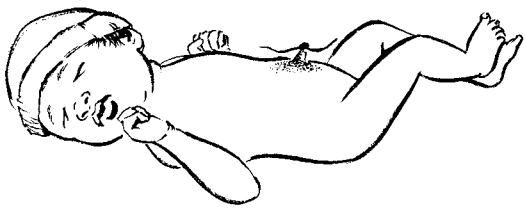
Il s'agit d'une infection autour du cordon ombilical ou du nombril. Elle peut facilement passer par le cordon pour toucher le reste du corps du bébé et aboutir à une sepsie fatale en cas de retard ou d'absence de traitement. Si une substance telle que de la poudre, de l'argile, de la terre ou de la bouse est mise sur le cordon, il y a risque de tétanos ou de sepsie, avec un risque souvent mortel.

Comment prévenir une infection du cordon ombilical

- Utilisez toujours les étapes de prévention des infections à la naissance et pour les soins du nouveau-né.
- Coupez le cordon avec des ciseaux stériles ou une lame de rasoir neuve.
- Veillez à ce que le cordon demeure découvert, sec et propre. Évitez de mettre quoi que se soit sur le cordon.
- Ne faites que des toilettes à l'éponge (n'immerger pas le bébé dans l'eau) jusqu'à ce que le cordon tombe et cicatrise.

Voir tableau 6.6.

SCHÉMA 6.1 **INFECTION DU CORDON OMBILICAL**



Infection de la peau

L'infection de la peau du nouveau-né peut provoquer des pustules (des ampoules pleines de pus) sur la peau. Une infection cutanée non traitée peut se propager. Une infection cutanée peut devenir grave et évoluer vers une infection plus profonde ou une infection sanguine (septicémie), qui peut être mortelle.

Comment prévenir une infection cutanée

- Utilisez toujours les étapes de prévention des infections pour l'accouchement et pour les soins postnataux.
- N'enlevez pas le vernix (la substance blanche et crémeuse qui recouvre la peau du nouveau-né) après la naissance ; le vernix protège la peau du nouveau-né.
- Lavez-vous toujours les mains avant de manipuler le nouveau-né et après.
- Apprenez à la mère et à la famille à se laver les mains avant et après s'être occupé du nouveau-né.
- Apprenez à la mère et à la famille à maintenir la chambre du bébé, ses couvertures et ses linges propres.
- Éloignez les mouches du nouveau-né.
- Apprenez à la mère à baigner le bébé.

Voir tableau 6.7.

TABLEAU 6.4 PROBLEMES RESPIRATOIRES : TABLEAU DÉCISIONNEL

Antécédents	■ Passez en revue les dossiers de la mère et du bébé, s'ils existent.
	■ Questionnez la mère :
	  ■ Quand et où le bébé est-il né ?
	  ■ Y a-t-il eu des problèmes pendant le travail ou l'accouchement ?
	  ■ Le bébé a-t-il respiré et crié immédiatement à la naissance ?
	  ■ Le bébé a-t-il eu besoin d'aide pour commencer ou continuer à respirer ?
	  ■ Quand le problème respiratoire a-t-il débuté ?
	  ■ S'est-il aggravé ?
	  ■ Quels autres symptômes avez-vous remarqués ?

Examen	■ Observez la respiration et le teint.
	■ Recherchez des manifestations anormales :
	  ■ Respiration rapide : Plus de 60 respirations par minute.
	  ■ Respiration lente : Moins de 30 respirations par minute.
	  ■ Respiration irrégulière avec des pauses respiratoires.
	  ■ Tirage costal à chaque respiration.
	  ■ Halètement.
	  ■ Grognement (respiration bruyante).
	  ■ Palpitation des narines.
	  ■ Teint bleuâtre ou pâle. (Lèvres et langue bleues indiquent un grave manque d'oxygène. Le bébé a immédiatement besoin d'oxygène, si vous en disposez, à haut débit.)

Problèmes/besoins	Problèmes respiratoires

Programme de soins	■ Réanimez le bébé qui respire moins de 30 fois par minute, halète ou a cessé de respirer (voir chapitre 4).
	■ Si le bébé a les lèvres et la langue bleues, il manque d'oxygène depuis un moment. Pour ce bébé, augmentez la concentration en oxygène et réglez-la à un débit élevé jusqu'à ce que la teinte bleue disparaisse, puis orientez-le vers un service d'urgence/mieux équipé.
	■ Pour les autres problèmes respiratoires, donnez de l'oxygène, si vous en disposez, à un débit modéré.
	■ Stabilisez le bébé (en le réchauffant, par l'allaitement fréquent et le contact avec la mère, peau contre peau).
	■ Orientez le bébé vers un service mieux équipé, conformément aux Directives d'orientation.
	■ Donnez une première dose d'antibiotiques :
	  ■ Pour un bébé de 2 kg ou plus :
	  Ampicilline 50 mg/kg par voie IM et gentamicine 5 mg/kg par voie IM
	  ■ Pour un bébé de moins de 2 kg :
	  Ampicilline 50 mg/kg par voie IM et gentamicine 4 mg/kg par voie IM
	■ Gardez le bébé au chaud pendant le transport.
	■ Donnez-lui de l'oxygène pendant le transport si vous en disposez.

Suivi	Aidez la famille à se conformer aux recommandations pour les soins du bébé.

TABLEAU 6.5 SEPSIE NÉONATALE : TABLEAU DÉCISIONNEL

Antécédents	■ Passez en revue les dossiers de la mère et du bébé, s'ils existent.
	■ Demandez à la mère :
	  ■ Quand et où le bébé est né
	  ■ Si elle a eu de la fièvre pendant le travail
	  ■ Si elle a eu une rupture des membranes plus de 18 heures avant l'accouchement
	  ■ Si le nouveau né a eu un ou plusieurs des problèmes suivants :
	  ■ S'est peu alimenté
	  ■ Léthargique ou ne s'éveillant pas pour les tétées
	  ■ Antécédents de convulsions ou de crises épileptiques
	  ■ Difficulté à respirer
	  ■ Teinte jaunâtre de la peau et des yeux
	  ■ Infection oculaire, cutanée ou du cordon

Examen	Procédez à un examen complet du bébé. Vérifiez qu'il n'ait pas : ■ De difficulté à se réveiller ■ D'incapacité ou de difficulté à téter ■ Une respiration rapide ou lente, un tirage costal en respirant ■ Des périodes d'apnée durant plus de 20 secondes ■ Un teint pâle, gris ou bleu (une langue ou des lèvres bleues sont graves) ■ Une hypothermie ou une fièvre ■ Des membres mous ou rigides ■ La jaunisse ■ Un abdomen distendu ■ Une infection oculaire, cutanée ou du cordon
Problèmes/besoins	Les signes d'infection chez le nouveau-né sont souvent difficiles à reconnaître parce qu'ils ne sont pas spécifiques. Les symptômes énumérés ci-dessus peuvent indiquer des problèmes autres qu'une infection.

Programme de soins	■ Stabilisez le nouveau-né en veillant à le garder au chaud et à ce qu'il ait tété.
	■ Alimentez-le à la tasse s'il n'est pas capable de téter (voir chapitre 3)
	■ Orientez le bébé vers un service mieux équipé, conformément aux Directives d'orientation.
	■ Donnez une première dose d'antibiotiques :
	  ■ Pour un bébé de 2 kg ou plus :
	  Ampicilline 50 mg/kg par voie IM et gentamicine 5 mg/kg par voie IM
	  ■ Pour un bébé de moins de 2 kg :
	  Ampicilline 50 mg/kg par voie IM et gentamicine 4 mg/kg par voie IM

Suivi	Aidez la famille à se conformer à toutes les recommandations du service sanitaire pour les soins du bébé lorsque elle le ramène à la maison.

TABLEAU 6.6 INFECTION DU CORDON OMBILICAL : TABLEAU DÉCISIONNEL

Antécédents	■ Passez en revue les dossiers de la mère et du bébé, s'ils existent.
	■ Questionnez la mère :
	  ■ Avez-vous été vaccinée contre le tétanos pendant la grossesse ?
	  ■ Quand et où le bébé est-il né ?
	  ■ Avec quoi le cordon a-t-il été coupé ?
	  ■ Quelque chose a-t-il été appliqué sur le cordon à la naissance ou depuis ?
	  ■ Le nouveau-né a-t-il présenté des signes de danger ? (Passez en revue les signes de danger avec la mère.)
	  ■ Quand avez-vous remarqué le problème pour la première fois ? S'est-il aggravé ?

Examen	■ Observez le cordon et l'abdomen. Vérifiez qu'il n'ait pas :
	  ■ Le cordon humide
	  ■ Un écoulement de pus avec une mauvaise odeur
	  ■ La peau rouge, tuméfiée, avec inflammation autour du nombril
	  ■ L'abdomen distendu (signe que le bébé développe une sepsie)
	■ Recherchez l'éventuelle présence d'autres signes de sepsie néonatale (voir tableau 6.5).

Problèmes/besoins	**Localisez l'infection du cordon ombilical** ■ Le nombril ne présente pas d'écoulement ni d'odeur fétide. ■ La rougeur ou la tuméfaction de la peau autour du nombril ne s'étend pas sur plus d'1 cm. ■ La séparation ou la cicatrisation du cordon peut être retardée. (Le cordon tombe habituellement à la fin de la première semaine, et la zone du nombril cicatrise rapidement après cela.) ■ Le bébé ne présente aucun signe de sepsie. **Infection grave du cordon ombilical** ■ Du pus s'écoule du nombril, retarde la séparation du cordon ou la cicatrisation. En outre, une zone rouge et tuméfiée s'étend sur plus d'1 cm autour du nombril. ■ La peau autour du nombril peut aussi être *plus* dure. ■ Si le bébé présente des signes de sepsie tels qu'un abdomen distendu, l'infection est très grave.

TABLEAU 6.6 INFECTION DU CORDON OMBILICAL : TABLEAU DÉCISIONNEL

Programme de soins

Localisez l'infection du cordon ombilical

- Traitez le nombril/le moignon du cordon comme suit :
  1. Laissez refroidir de l'eau précédemment portée à ébullition, préparez des linges propres, du savon et une solution de violet de gentiane à 0,5 %.
  2. Si vous disposez d'un antiseptique, utilisez-le de préférence au savon et à l'eau pour nettoyer le moignon du cordon : Une solution à 2,5 % de polyvidone iodée, ou une solution à 4 % de gluconate de chlorhexidine, ou encore de l'alcool isopropylique/éthylique entre 60 et 90 %.
  3. Lavez-vous les mains à l'eau savonneuse propre et séchez-les avec une serviette propre.
  4. Lavez doucement le moignon du cordon et la zone du nombril avec de l'eau bouillie tiède, des gants et du savon ou avec des linges propres et un antiseptique, si vous en disposez.
  5. Séchez le moignon du cordon et la zone du nombril avec un chiffon propre.
  6. Appliquez du violet de gentiane à 0,5 % sur le moignon du cordon et le nombril.
  7. Lavez-vous à nouveau les mains et appliquez le violet de gentiane.

- Apprenez à la mère à appliquer ce traitement 4 fois par jour pendant 3 jours.
- Rappelez à la mère qu'elle doit soigneusement se laver les mains avant de soigner son bébé et après.
- Recommandez-lui de n'appliquer le violet de gentiane que sur le moignon du cordon et sur la peau environnante.
- Précisez-lui que le violet de gentiane tache les vêtements et la peau.
- Conseillez à la mère de solliciter des soins médicaux immédiats si :
  - Le problème ne diminue pas au bout de 3 jours
  - Le bébé présente des signes de danger
  - La zone autour du cordon durcit
  - La rougeur et la tuméfaction s'intensifient ; ou
  - L'abdomen se distend.

Infection grave du cordon ombilical

- Stabilisez le nouveau-né en veillant à le garder au chaud et à ce qu'il ait tété ou soit alimenté à la tasse.
- Orientez le bébé vers un service mieux équipé, conformément aux Directives prévues à cet effet.
- Donnez-lui une première dose d'antibiotiques :
  - Pour un bébé de 2 kg ou plus :
    Ampicilline 50 mg/kg par voie IM et gentamicine 5 mg/kg par voie IM
  - Pour un bébé de moins de 2 kg :
    Ampicilline 50 mg/kg par voie IM et gentamicine 4 mg/kg par voie IM
- Si la peau présente des pustules, traitez pour une infection de la peau.

Suivi

Localisez l'infection du cordon ombilical

Examinez le nouveau-né 2 jours plus tard :

- Si le nouveau-né va bien et ne présente plus de signes d'infection grave du cordon ombilical, conseillez à la mère de continuer le traitement au violet de gentiane pendant 3 jours au total.
- Si le nouveau-né ne va pas bien ou présente des signes d'infection grave du cordon ombilical ou de sepsie :
  - Suivez le programme de soins ci-dessous pour les cas graves d'infection du cordon ombilical et orientez-le vers un service mieux équipé.

TABLEAU 6.7 INFECTION CUTANÉE : TABLEAU DÉCISIONNEL

Antécédents

- Passez en revue les dossiers de la mère et du bébé, s'ils existent.
- La mère peut signaler :
  - Que le bébé a une éruption cutanée
  - Que le bébé semble aller bien par ailleurs
  - Qu'il tète bien
- Questionnez la mère :
  - Quand et où le bébé est-il né ?
  - Récapitulatif du travail et de l'accouchement
  - Le nouveau-né a-t-il présenté des signes de danger ?
  - Quand a-t-elle remarqué le problème et s'est-il aggravé depuis ?
  - Qu'a-t-elle appliqué sur l'éruption cutanée ?

Examen

- Examinez la peau du bébé sur tout le corps, y compris sous la couche. Écartez les plis cutanés pour examiner la peau, dans les replis du cou, des bras, des aisselles, de l'aine et des jambes.
- Prenez la température axillaire du bébé ou évaluez-la de la main.
- Vérifiez qu'il n'ait pas :
  - De pustules sur la peau (des rougeurs ou des cloques qui contiennent du pus)
  - Examinez tout le corps pour voir combien de pustules sont apparues
- Toutes les autres constatations sont normales. Il n'y a aucun signe alarmant. Il n'y a ni fièvre, ni hypothermie.

Problèmes/besoins

Infection cutanée localisée

- Moins de 10 pustules ou des pustules couvrant moins de la moitié du corps
- Aucun signe de danger ni de conclusions anormales
- Aucun signe de sepsie

Infection grave de la peau

C'est un problème sérieux s'il y a beaucoup de pustules, si elles couvrent plus de la moitié du corps ou si le bébé manifeste des signes alarmants, des signes de sepsie en particulier.

TABLEAU 6.7 INFECTION CUTANÉE : TABLEAU DÉCISIONNEL

Programme de soins

Infection cutanée localisée

- Traitez la peau comme suit :
  1. Laissez refroidir de l'eau précédemment portée à ébullition, préparez des linges propres, du savon et une solution de violet de gentiane à 0,5 %.
  2. Si vous disposez d'un antiseptique, utilisez-le de préférence au savon et à l'eau pour nettoyer la peau : Une solution à 2,5 % de polyvidone iodée, ou une solution à 4 % de gluconate de chlorhexidine, ou de l'alcool isopropylique/éthylique entre 60 et 90 %.
  3. Lavez-vous les mains à l'eau savonneuse propre et séchez-les avec une serviette propre.
  4. Lavez doucement la peau avec de l'eau tiède, des gants et du savon pour enlever toute la saleté et le pus, y compris toutes croûtes sèches. Vous pouvez également utiliser un antiseptique avec un linge propre, si vous en disposez.
  5. Séchez la peau à l'aide d'un linge propre.
  6. Appliquez le violet de gentiane à 0,5 % sur la peau infectée.
  7. Lavez-vous à nouveau les mains une fois les soins terminés.
- Apprenez à la mère à appliquer ce traitement 4 fois par jour pendant 5 jours, en utilisant des linges propres à chaque fois.
- Rappelez à la mère qu'elle doit soigneusement se laver les mains avant de soigner son bébé et après.
- Conseillez à la mère de n'appliquer que le violet de gentiane sur la peau.
- Conseillez à la mère de solliciter immédiatement des soins médicaux pour le bébé si des signes de danger quelconques, ou des pustules, se développent.
- Consignez le nombre de pustules et leur répartition (zones du corps) sur un tableau.

Infection grave de la peau

- Stabilisez le nouveau-né en veillant à le garder au chaud et à ce qu'il ait tété ou soit nourri à la tasse.
- Orientez le bébé vers un service mieux équipé, conformément aux Directives d'orientation.
- Donnez-lui une première dose d'antibiotiques :
  - Pour les bébés de n'importe quel poids :
    50 mg/kg de cloxacilline par voie IM
- Si la cloxacilline n'est pas disponible :
  - Pour un bébé de 2 kg ou plus :
    Ampicilline 50 mg/kg par voie IM et gentamicine 5 mg/kg par voie IM.
  - Pour un bébé de moins de 2 kg :
    Ampicilline 50 mg/kg par voie IM et gentamicine 4 mg/kg par voie IM.
- Consignez le nombre de pustules et leur répartition (zones du corps) sur un tableau.

Suivi

Infection cutanée localisée

- Examinez à nouveau le nouveau-né 5 jours plus tard.
- Si la plupart des pustules persistent, mais qu'elles ne se sont pas propagées et que le bébé ne présente aucun signe alarmant, donnez-lui de la cloxacilline par prise orale.
  - 50 mg/kg de cloxacilline ou 2 ml/kg toutes les 8 heures pendant 5 jours.
- Examinez le bébé :
  - Si le nouveau-né ne présente aucun signe alarmant et si les pustules sont moins nombreuses, conseillez à la mère d'administrer un traitement au violet de gentiane jusqu'à ce que les pustules soient parties.
  - Si le nouveau-né présente des signes de danger ou si les pustules sont plus nombreuses ou se sont étendues :
    - Conformez-vous au programme de soins pour les infections cutanées graves ci-dessus

Infection oculaire

Une infection oculaire est une infection de la bordure de l'œil. La paupière gonfle et rougit et il y a un écoulement ou du pus dans les yeux. Des organismes très divers peuvent provoquer des infections oculaires. Certaines maladies sexuellement transmissibles de la mère, telles que la gonorrhée ou les chlamydia, peuvent provoquer une infection oculaire chez le nouveau-né. Ces organismes, ainsi que d'autres, peuvent infecter le bébé à la naissance. Des infections oculaires moins graves peuvent être causées par des microbes dans l'environnement du bébé.

Voir tableau 6.8.

Candidose buccale

La candidose buccale est une infection de la bouche, provoquée par des champignons ou des levures. Les champignons du muguet vivent dans les endroits humides et chauds. Il est normal d'avoir quelques-uns de ces champignons dans la bouche. Ils peuvent aussi se développer dans le vagin. Ils peuvent parfois se développer au point de provoquer une infection. Les bébés attrapent facilement ces infections au cours des premiers mois de leur vie, car leur système immunitaire n'est pas encore bien développé.

Comment la candidose buccale affecte-t-elle le nouveau-né et la mère ?

Le muguet recouvre de blanc les muqueuses et la langue du bébé. Il rend la bouche douloureuse et le bébé peut ne plus pouvoir téter, même s'il a faim. Un bébé peut tomber rapidement très malade en raison d'une alimentation insuffisante. Une perte de poids et une déshydratation peuvent s'en suivre. L'infection peut aussi gagner l'estomac du bébé, ses intestins et ses selles. Lorsque cela se produit, l'infection peut se répandre sur les fesses du bébé, provoquant de douloureuses inflammations rouges. Il est important de traiter dès que possible une candidose buccale.

La mycose peut aussi se propager aux mamelons de la mère. La mère remarquera que ses mamelons sont douloureux et rouges. L'allaitement du bébé devient alors douloureux.

Comment empêcher les mycoses buccales :

La mère doit être encouragée à allaiter exclusivement à partir de la naissance. Des substances immunitaires seront ainsi transférées de la mère au nouveau-né. Apprenez à la mère à :

- Se laver les mains avant et après les soins du bébé
- Laver tout ce qui touche le nouveau-né (tasses, vêtements)
- Solliciter dès que possible une aide médicale pour tous signes de candidose buccale

Voir tableau 6.9.

TABLEAU 6.8 INFECTION DE L'ŒIL : TABLEAU DÉCISIONNEL

Antécédents	■ Passez en revue les dossiers de la mère et du bébé, s'ils existent.
	  ■ Déterminez si des gouttes de nitrate d'argent ont été utilisées pour les soins oculaires (le nitrate d'argent peut irriter l'œil, provoquer des rougeurs, une tuméfaction, voire des écoulements aqueux).
	■ Questionnez la mère :
	  ■ Quand et où le bébé est-il né ?
	  ■ A-t-il reçu un traitement oculaire à la naissance ?
	  ■ Quand le problème respiratoire a-t-il débuté ? S'est-il aggravé ?
	  ■ Quelles mesures ont été prises ?
	  ■ A-t-elle reçu des soins prénataux ?

Examen	Examinez les yeux et les paupières et recherchez d'éventuelles : ■ Paupières tuméfiées, rouges, sans pus ■ Paupières tuméfiées, rouges, avec pus à un oeil ou aux deux ■ Paupières fermées et collées Remarque : Si ces symptômes se manifestent dans les 1 ou 2 jours qui suivent la naissance et que du nitrate d'argent a été utilisé pour les soins oculaires, aucun traitement n'est nécessaire. C'est probablement une irritation chimique due au nitrate d'argent. Suivez les instructions pour le nettoyage des yeux.
Problèmes/besoins	L'infection de l'œil

Programme de soins	**Yeux rouges ou tuméfiés sans pus**
	1. Préparez des linges propres et faites bouillir de l'eau. Laissez refroidir l'eau après ébullition.
	2. Vous pouvez aussi utiliser une solution stérile saline normale, si vous en disposez, pour nettoyez les yeux du bébé.
	3. Lavez-vous les mains avec de l'eau et du savon, puis séchez-les avec une serviette propre ou à l'air. Utilisez des gants, si possible.
	4. Trempez un morceau de tissu propre dans l'eau bouillie ou dans la solution saline et nettoyez doucement de l'intérieur de l'œil vers le coin externe pour enlever les croûtes et les écoulements. N'utilisez qu'une fois chaque morceau de tissu.
	5. Répétez l'étape 3 ci-dessus pour le deuxième œil, en utilisant un autre morceau de tissu ou un autre coin du même tissu. Utilisez chaque pan ou coin de tissu une fois seulement.
	6. Lavez-vous les mains quand vous avez terminé.
	7. Recommencez 4 fois par jour jusqu'à ce que le problème soit résolu.
	8. Si le problème continue pendant plus de 4 jours, mais qu'il n'y a toujours pas de pus :
	  ■ Appliquez un onguent à 1 % de tétracycline à l'œil affecté 4 fois par jour.
	  ■ Donnez de l'érythromycine 0,5 ml/kg toutes les 6 heures par voie orale pendant 14 jours.
	
	Yeux rouges ou tuméfiés avec pus :
	■ Orientez le bébé vers un service mieux équipé, conformément aux Directives d'orientation.
	■ Pour un bébé de moins de 7 jours qui n'a pas été traité aux antibiotiques, administrez un traitement pour une infection de l'œil due à la gonorrhée. Donnez une dose unique d'antibiotiques avant d'orienter vers un service mieux équipé : Ceftriaxone 50 mg/kg par voie IM (ne donnez pas plus de 125 mg)
	■ Orientez la mère vers un dépistage de IST et un traitement pour elle et son partenaire.

Suivi	■ Parce que le nouveau-né a été orienté vers un service mieux équipé, les soins de suivi peuvent être effectués à la prochaine visite de routine. ■ Apprenez à la mère à prodiguer des soins oculaires : Voir programme de soins ci-dessus.

TABLEAU 6.9 CANDIDOSE BUCCALE : TABLEAU DÉCISIONNEL

Antécédents	■ Passez en revue les dossiers de la mère et du bébé, s'ils existent.
	■ Questionnez la mère :
	  ■ Le bébé tète-t-il bien ? (La candidose buccale provoque souvent des problèmes d'alimentation parce qu'elle rend la succion douloureuse.)
	  ■ Le bébé est-il agité et pénible ? (La candidose buccale peut rendre le bébé irritable en raison de la douleur et de la faim.)
	  ■ Ses seins sont-ils irrités ou douloureux lorsque le bébé tète ?
	■ Si la mère répond par l'affirmative à l'une de ces questions, demandez-lui :
	  ■ Quand le problème respiratoire a-t-il débuté ?
	■ S'il dure depuis longtemps, la mère a probablement aussi une candidose buccale aux seins et le bébé en a peut-être aux fesses

Examen	■ Observez l'allaitement du bébé.
	■ Examinez l'intérieur de sa bouche :
	S'il présente des plaques blanches sur les muqueuses ou la langue :
	  ■ À l'aide d'un abaisse-langue ou d'un morceau de gaze enroulé autour du doigt, tentez de les enlever doucement.
	  ■ Le caillé de lait s'enlève facilement et sans traumatiser les muqueuses.
	  ■ Les plaques de muguet collent aux membranes et sont difficiles à ôter.
	  ■ Les muqueuses sous et autour des plaques de candidose buccale sont rouges et saignent facilement.
	■ Examinez les fesses du bébé :
	  ■ Si la candidose s'étend de la bouche aux intestins, il a peut être les fesses irrités.
	■ Examinez les mamelons de la mère :
	  ■ Si la candidose s'étend à la mère, ses mamelons sont rouges et sensibles.

Problèmes/besoins	Candidose dans la bouche et sur les fesses du bébé, ou sur les mamelons de la mère.

TABLEAU 6.9 CANDIDOSE BUCCALE : TABLEAU DÉCISIONNEL

Programme de soins

Bouche du bébé

- Donnez de la nystatine, 100.000 unités par ml de suspension : Faites tomber 1 à 2 ml de la suspension dans la bouche du bébé 4 fois par jour, continuez pendant 2 jours une fois que la candidose buccale a disparu.
- Sinon, traitez la bouche avec une solution de violet de gentiane à 0,5 % 4 fois par jour, en continuant 2 jours après que la candidose a disparu. Apprenez à la mère à :
  1. Utiliser un tissu propre pour chaque application du traitement.
  2. Laver les mains du bébé avec de l'eau et du savon, puis les sécher avec une serviette propre ou à l'air.
  3. Enrouler un tissu propre autour de son index et y verser du violet de gentiane ; faire attention en utilisant le violet de gentiane (ce produit tache la peau et les vêtements).
  4. Essuyer la bouche du bébé (puis les fesses si elles sont aussi infectées) avec le tissu trempé dans du violet de gentiane.
  5. Jeter les tissus après usage.
  6. Laver encore les mains du bébé une fois que cette démarche est terminée.

Fesses du bébé

- Appliquez de la crème à la nystatine ou une solution de violet de gentiane à chaque changement de couche, en poursuivant le traitement pendant 3 jours après la disparition de l'irritation.
- Exposez les fesses du bébé à l'air si la température le permet.

Mamelons de la mère

- Dites à la mère d'appliquer de la crème à la nystatine sur ses mamelons et ses aréoles après les tétées et pendant toute la durée du traitement du bébé.
- Apprenez à la mère à garder ses mamelons au sec lorsqu'elle n'allaite pas. Des vêtements lâches permettront à ses mamelons de sécher.

Suivi

- Examinez à nouveau le bébé 2 jours après :
  - Si son état s'améliore, prolongez le traitement jusqu'à 2 à 3 jours après que la candidose buccale soit guérie (voir plus haut).
  - Si son état ne s'améliore pas, orientez le bébé vers un service mieux équipé, conformément aux Directives d'orientation.

Problèmes de température corporelle

La température axillaire du nouveau-né se situe entre 36 °C et 37 °C (96,8 et 98,6 °F). Le nouveau-né ne peut pas bien réguler sa température corporelle. La mère et la famille du bébé doivent par conséquent l'aider à conserver sa chaleur à l'accouchement et pendant les quelques premiers jours et premières semaines de sa vie.

Hypothermie/température basse

Une température axillaire inférieure à 36 °C (96,8 °F) est trop basse ou trop froide pour le nouveau né : On parle alors d'hypothermie. L'hypothermie peut survenir rapidement après la naissance, à moins que le bébé ne soit protégé (voir chapitre 2 pour des informations sur comment prévenir l'hypothermie).

Causes de l'hypothermie (température basse) :

- La pièce est trop froide.
- Le bébé est en plein courant d'air.
- Il est mouillé.
- Le bébé est découvert, même pendant un bref instant.
- Il est posé sur une surface froide ou près d'un mur ou d'une fenêtre froide.
- Le bébé a une infection.
- Il ne s'alimente pas bien.
- Il a eu une asphyxie à la naissance et n'a pas suffisamment d'énergie pour conserver sa chaleur.

Comment une température basse affecte-t-elle le nouveau-né ?

Si une température basse n'est pas rapidement détectée et traitée, l'état du bébé empire. De longues périodes d'hypothermie peuvent lui être fatales.

- La peau durcit et devient rouge, en particulier sur le dos et les membres.
- Le visage devient rouge brique.
  Remarque : Ce sont des signes *graves* et ils peuvent être confondus avec des signes de bonne santé.
- Le cœur ne fonctionne pas bien.
- La respiration devient irrégulière.
- Des saignements surviennent, en particulier dans les poumons.
- Il peut y avoir jaunisse.[1]
- Sans traitement, l'issue est fatale.

Voir tableau 6.10.

Hyperthermie (température élevée)

Une température élevée correspond à une température axillaire supérieure à 37 °C (98,6 °F) chez le nouveau-né. Cela n'est pas aussi courant chez le nouveau-né que l'hypothermie, mais tout aussi dangereux. Les causes d'une température élevée sont :

- Une déshydratation du bébé parce qu'il ne tète pas.
- La pièce est trop chaude.
- Le bébé a trop de couvertures ou de vêtements sur lui.
- Le bébé a une infection.

Comment une température élevée affecte-t-elle le nouveau-né ?

Une température élevée (hyperthermie) peut provoquer :

- Une déshydratation ou une perte de l'eau du corps
- Les convulsions ou une crise d'épilepsie
- Un choc
- Le coma et la mort

Comment empêcher une température élevée

- Allaiter fréquemment le nouveau-né ou l'alimenter à la tasse avec du lait maternel s'il ne peut pas téter.
- L'éloigner des sources de chaleur excessives et de la lumière directe du soleil.
- Si le bébé a chaud, enlever une couche de vêtements.
- Prévenir les infections.

Voir tableau 6.11.

TABLEAU 6.10 HYPOTHERMIE/TEMPÉRATURE BASSE : TABLEAU DÉCISIONNEL

Antécédents	■ Passez en revue les dossiers de la mère et du bébé, s'ils existent.
	■ Questionnez la mère :
	  ■ Sur l'historique du travail et de l'accouchement
	  ■ Son bébé est-il léthargique, apathique, ou indolent ?
	  ■ A-t-elle remarqué que le bébé avait froid, demandez-lui quand elle l'a remarqué pour la première fois et si elle a essayé de le réchauffer et si tel est le cas, comment
	  ■ Si le bébé présente d'autres signes alarmants

Examen	■ Prenez la température du bébé et observez son activité.
	■ Recherchez :
	  ■ Une température basse évaluez la température de la peau du bébé (abdomen ou dos) de la main, ou si vous avez un thermomètre, prenez sa température axillaire.
	  ■ Le bébé est froid comparé à la peau d'un adulte normal.
	  ■ La température axillaire est inférieure à 36 °C.
	  ■ Mou ou sans tonus (hypotonique).
	  ■ Tète peu ou s'alimente peu.
	  ■ Crie faiblement.
	  ■ Respiration lente et superficielle.
	  ■ Rythme cardiaque lent (inférieur à 100 battements par minute).

Problèmes/besoins	Hypothermie
Programme de soins	Réchauffez vite le bébé. Respectez les étapes suivantes : 1. Veillez à ce que la pièce soit chaude et dépourvue de courants d'air. 2. Enlevez les vêtements froids ou mouillés et placez le bébé tout contre la mère. Couvrez-lui la tête. Recouvrez la mère et le bébé avec les vêtements chauds de la mère et une couverture ou des étoffes chaudes. 3. Encouragez l'allaitement. Il faut de l'énergie pour fabriquer la chaleur corporelle. Si le bébé est trop faible pour téter le sein, alimentez-le à la tasse de lait extrait. 4. Vérifiez sa température toutes les heures. 5. Recherchez les signes d'infection.[2]

Suivi	■ Si le bébé ne réagit pas au réchauffement dans les 2 heures, orientez-le vers un établissement de santé mieux équipé.
	■ Avant le transfert, donnez la première dose d'antibiotiques :
	  ■ Pour un bébé de 2 kg ou plus :
	  Ampicilline 50 mg/kg par voie IM et gentamicine 5 mg/kg par voie IM.
	  ■ Pour un bébé de moins de 2 kg :
	  Ampicilline 50 mg/kg par voie IM et gentamicine 4 mg/kg par voie IM.
	■ Transportez le bébé à l'établissement de soins enveloppé contre sa mère, peau contre peau comme décrit précédemment.

TABLEAU 6.11 HYPERTHERMIE/TEMPÉRATURE ÉLEVÉE : TABLEAU DÉCISIONNEL

Antécédents	■ Passez en revue les dossiers de la mère et du bébé, s'ils existent.
	■ Questionnez la mère :
	  ■ Sur l'historique du travail et de l'accouchement
	  ■ A-t-elle ou non eu de la fièvre pendant le travail ou une rupture prolongée des membranes (plus de 18 heures)
	■ La mère peut signaler que le bébé est :
	  ■ Agité
	  ■ Largique (pas actif)
	  ■ Chaud, fiévreux

Examen	■ Prenez la température du bébé et observez son aspect et son comportement.
	■ Recherchez :
	  ■ Une température supérieure à 37 °C (plus de 98,6 °F).
	  ■ La peau du bébé est chaude.
	  ■ La respiration du bébé est rapide (plus de 60 respirations par minute).
	  ■ Le rythme cardiaque du bébé est rapide (plus de 160 battements par minute).
	  ■ Son visage est rouge, ainsi que ses bras et ses jambes.
	  ■ Le bébé est agité ou léthargique.
	  ■ Le bébé semble déshydraté.
	  ■ Lorsque la peau est pincée, elle retombe lentement.
	■ Vérifiez que le bébé ne présente pas de signes d'infection.

Problèmes/besoins	Température élevée ou hyperthermie

TABLEAU 6.11 HYPERTHERMIE/TEMPÉRATURE ÉLEVÉE : TABLEAU DÉCISIONNEL

Programme de soins	■ Éloignez le bébé de toutes sources de chaleur telles qu'une exposition directe aux rayons du soleil, un feu, ou un chauffage électrique.
	■ Déshabillez le bébé.
	■ Baignez-le dans de l'eau chaude (pas froide). La température de l'eau devrait être juste supérieure à celle du corps du bébé. Le bain doit permettre de faire baisser rapidement la température. Une fois qu'elle redevient normale, séchez le bébé, puis habillez-le et enveloppez-le à nouveau.
	■ Veillez à ce que le bébé soit allaité fréquemment, ou alimentez à la tasse s'il ne tète pas. N'oubliez pas : Le bébé est très exposé à la déshydratation s'il perd l'eau de son corps.
	■ Vérifiez la température du bébé toutes les heures ; si elle est toujours anormale après 2 heures, ou si elle monte encore, orientez vers un service mieux équipé.
	■ Orientez vers un établissement de soins mieux équipé (conformément aux Directives d'orientation) si :
	  ■ Le bébé présente des signes d'infection
	  ■ Le bébé semble déshydraté (pli persistant de la peau, yeux ou fontanelle enfoncés, langue ou muqueuses sèches), ou
	  ■ Le bébé présente d'autres signes de danger.
	■ Avant le transfert, donnez la première dose d'antibiotiques :
	  ■ Pour un bébé de 2 kg ou plus :
	  Ampicilline 50 mg/kg par voie IM et gentamicine 5 mg/kg par voie IM
	  ■ Pour un bébé de moins de 2 kg :
	  Ampicilline 50 mg/kg par voie IM et gentamicine 4 mg/kg par voie IM
	■ N'oubliez pas : Votre note d'orientation devrait inclure des informations sur le traitement et les éventuels médicaments donnés (quels médicaments, quelles doses et à quel moment).
	■ Si la température revient à la normale, que le bébé tète bien et qu'aucun autre problème ne survient, apprenez à la mère comment vérifier chez elle la température de son nourrisson (en évaluant la température de son corps) et comment protéger le bébé de la chaleur excessive. Dites-lui de revenir avec le bébé si des signes de danger se manifestent ou si la température du bébé remonte.

Suivi	Aucune nécessité de suivi à moins que des problèmes apparaissent ou d'autres signes de danger

La jaunisse

La jaunisse se manifeste par une teinte jaune de la peau et/ou des yeux. Ce peut être une jaunisse physiologique (normale) ou une jaunisse grave (dangereuse).

Chez un bébé normal, la jaunisse démarre parfois après le second jour après la naissance et persiste environ 2 semaines. C'est la jaunisse physiologique. Elle est provoquée par le corps du bébé qui dissout des globules rouges en excès après la naissance. Lorsque les globules rouges se dissolvent, ils libèrent une substance appelée bilirubine. La bilirubine donne cette teinte jaune. Le foie du bébé se débarrasse habituellement de la bilirubine excessive et l'expulse ensuite dans les selles. La santé du nouveau-né n'est pas affectée par la jaunisse physiologique.

Le nouveau-né se débarrasse lentement de la bilirubine parce que son foie est immature. La bilirubine en excès rend la peau et les yeux jaunes. La teinte jaune apparaît d'abord au niveau de la tête, puis descend à tout le corps au fur et à mesure que le taux de bilirubine augmente.

Une jaunisse grave se produit quand le taux de bilirubine dans le sang devient trop élevé. Par exemple : Un bébé atteint d'une maladie du sang ou d'une sepsie peut fabriquer trop de bilirubine ; un bébé ayant un faible poids à la naissance (moins de 2,5 kg) ou un prématuré, qui ne tète pas bien ou n'évacue pas de selles, peut ne pas être en mesure d'évacuer la bilirubine. S'il présente une jaunisse grave, la bilirubine en excès peut affecter le cerveau du bébé et provoquer une grave lésion cérébrale.

Vous reconnaîtrez une jaunisse grave au fait que la teinte jaune :

- Commence au cours des premières 24 heures de vie
- Affecte les bras et les jambes le second jour
- Affecte les mains et les pieds le troisième jour ou par la suite
- Dure plus de 2 semaines, ou
- S'accompagne d'autres signes alarmants

Comment empêcher une jaunisse grave de provoquer une lésion cérébrale :

- Orientez le bébé vers un service ou il reçoive des soins médicaux au moindre signe de jaunisse grave
- Surveillez étroitement le bébé s'il risque de contracter une jaunisse grave :
  - Bébé de faible poids à la naissance
  - Bébé présentant des problèmes de naissance, tels qu'un besoin de réanimation
  - Bébé présentant des signes d'infection
  - Bébé ne s'alimentant pas bien

Voir tableau 6.12.

Saignement du cordon ombilical

Le saignement du cordon ombilical est un problème du premier ou des deux premiers jours de la vie. Le nœud ou clamp du cordon peut se défaire quand le cordon commence à sécher, il commence alors à saigner. Quand le cordon est sec, il ne saigne plus. Le petit corps du bébé ne contient pas beaucoup de sang. Une perte de sang, même en faible quantité, peut s'avérer grave pour le bébé et peut lui être fatal.

Voir tableau 6.13.

Problèmes dus à la grossesse de la mère et à l'accouchement

Si la mère a eu un des problèmes suivants pendant la grossesse ou l'accouchement, le bébé a besoin d'un traitement pour prévenir l'infection. Examinez les antécédents de la mère pour voir s'il y a eu des problèmes. S'il n'y a pas de dossier prénatal, demandez à la mère si elle a eu un des problèmes suivants pendant la grossesse ou l'accouchement :

- Syphilis
- Tuberculose
- VIH
- Infection maternelle pendant l'accouchement

Syphilis

La syphilis est une infection sexuellement transmissible qui aboutit souvent à une fausse couche, à la naissance d'un enfant mort-né, à un accouchement prématuré, à un faible poids de naissance ou à une infection. La mère peut être infectée sans avoir remarqué aucun symptôme. La syphilis infecte le fœtus d'une mère infectée qui ne bénéficie pas d'un traitement pendant la grossesse. Le bébé non traité peut souffrir de déficiences du développement et de déficiences neurologiques.

Le nouveau-né *peut* présenter des signes de syphilis congénitale dans les premières semaines ou les premiers mois après la naissance. Ces signes incluent :

- Reniflements (respiration par le nez gênée)
- Fissures et gerçures autour de la bouche, du nez et de l'anus
- Irritation de la peau ou ampoules et paume des mains et plante des pieds qui pèlent
- Abdomen distendu
- Détresse respiratoire
- Jaunisse

Le nouveau-né peut développer d'autres complications graves si la syphilis n'est pas traitée.

Si une syphilis est suspectée chez la mère, ou si elle est positive au test de la syphilis (VDRL ou RPR) pendant la grossesse mais n'a bénéficié d'aucun traitement ou si elle souffre d'une nouvelle infection :

- Orientez le bébé vers un service où le diagnostic est possible et le traitement disponible
- Donnez au bébé une dose unique de pénicilline benthazine à 50 000 unité/kg par voie IM à la naissance
- Avertissez les parents du fait que le bébé a besoin d'un traitement supplémentaire et d'un suivi
- Orientez la mère et son partenaire vers un service mieux équipé pour un dépistage et un traitement

Tuberculose

La tuberculose est une infection des poumons. Elle se transmet lorsqu'une personne malade projette en toussant des microbes dans l'air que les autres respirent. La tuberculose peut se répandre dans toutes les parties du corps, durer des années. Son traitement peut s'avérer de longue durée. La mauvaise santé de la mère peut ralentir la croissance et le développement du fœtus.

Remarque : Un traitement à la streptomycine administré à une femme enceinte ou à une mère qui allaite peut avoir des effets nocifs sur le bébé.

Si la mère a la tuberculose et présente des expectorations positives à 2 mois de la naissance, orientez le nouveau-né et la mère vers un service de santé mieux équipé pour un traitement. La mère doit cependant toujours être incitée à allaiter son enfant.

VIH/SIDA

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) détruit lentement la capacité d'une personne à combattre les infections, ce qui aboutit à un syndrome immunodéficitaire acquis (SIDA). Les personnes atteintes du VIH/SIDA attrapent des infections dues à des microbes qui ne provoquent habituellement pas de maladies chez les personnes saines. La mère infectée par le VIH risque d'être malnutrie pendant sa grossesse, ce qui peut ralentir la croissance du fœtus, entraîner un faible poids à la naissance ou une mort fœtale in utero.

Une mère infectée par le VIH peut transmettre le virus à son bébé pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, et après la naissance par le lait. Sept ou 8 femmes positives au VIH sur 10 donneront naissance à un bébé qui ne sera pas infecté par ce virus. Tous les bébés nés de femmes positives au VIH auront toutefois les anticorps maternels jusqu'à l'âge de 12 à 18 mois. Ce qui signifie que les tests standard de détection du VIH ne peuvent pas déterminer si le bébé est atteint ou non avant l'âge de 12 mois (après que les anticorps maternels soient éliminés). Il existe des tests pour les bébés de 3 à 4 mois seulement, mais ils ne sont pas disponibles partout.

Un bébé positif au VIH semble en bonne santé à la naissance mais tombe malade plus rapidement qu'un adulte porteur du VIH. Ceci s'explique du fait que le système immunitaire du nouveau-né n'est pas aussi résistant que celui d'une personne plus âgée. De nombreux bébés positifs au VIH tombent malades au cours de leur première année de vie.[3]

UTILISATION D'ANTIRÉTROVIRAUX (SI VOUS EN DISPOSEZ) : Le risque d'une transmission du VIH de la mère à l'enfant peut être considérablement réduit en administrant des antirétroviraux à la mère pendant la grossesse et le travail et au bébé pendant les tout premiers jours après la naissance. Il existe plusieurs médicaments antirétroviraux et divers protocoles d'administration sont en cours d'étude. Ces médicaments sont chers et pas toujours disponibles. Si vous avez accès à des antirétroviraux, respectez les directives ou le protocole clinique national pour les donner à une femme enceinte, en cours de travail ou à un nouveau-né.

Parce que vous ne pouvez jamais savoir si une femme a été ou non infectée par le VIH, vous devez prendre soin du nouveau-né comme si la mère était séropositive. (Voir l'article Transmission du VIH de la mère à l'enfant, au chapitre 1 du paragraphe sur l'Allaitement lorsque la mère est séropositive : Choisir en connaissance de cause, au chapitre 3.)

Infection maternelle pendant l'accouchement

Si la mère présente des signes d'infection aiguë pendant le travail, le bébé risque une sepsie et doit être traité aux antibiotiques. Il y a un risque élevé d'infection maternelle si les membranes se rompent plus de 18 heures avant la naissance du bébé. Les signes d'infection maternelle aiguë pendant l'accouchement incluent :

- Fièvre
- Frissons
- Écoulements vaginaux à odeur fétide

SOINS DU NOUVEAU-NÉ :

- Stabilisez le nouveau-né en veillant à le garder au chaud et à ce qu'il ait tété.
- Orientez le bébé vers un service mieux équipé, conformément aux Directives d'orientation.
- Donnez une première dose d'antibiotiques :
  - Pour un bébé de 2 kg ou plus :
    Ampicilline 50 mg/kg par voie IM et gentamicine 5 mg/kg par voie IM
  - Pour un bébé de moins de 2 kg :
    Ampicilline 50 mg/kg par voie IM et gentamicine 4 mg/kg par voie IM

TABLEAU 6.12 JAUNISSE : TABLEAU DÉCISIONNEL

Antécédents

- Passez en revue les dossiers de la mère et du bébé, s'ils existent.
- Questionnez la mère :
  - Quand a-t-elle remarqué le teint jaune du bébé ? La jaunisse physiologique apparaît après les premières 24 heures et disparaît au bout de 2 semaines environ.
  - Le bébé présente-t-il d'autres signes alarmants ? La jaunisse peut être un signe d'infection grave.
  - Comment le bébé tète-t-il et se comporte-t-il ? Si le comportement et l'allaitement sont normaux, le bébé a probablement une jaunisse physiologique.
  - Le bébé urine-t-il et défèque-t-il ? Si le bébé s'alimente correctement, les urines et les selles permettent en principe d'éliminer la bilirubine.

Examen

- Examinez tout le corps du nouveau-né à la lumière du jour. La jaunisse se détecte mal à la lumière artificielle ou insuffisante.
- Recherchez :
  - Une teinte jaune de la peau et du bord de l'œil.
  - Vérifiez quelle portion du corps est jaune.
  - Prenez la température axillaire du bébé. Il peut avoir de la fièvre ou être en hypothermie si le problème est une infection.
  - Vérifiez s'il n'est pas déshydraté (plis persistants de la peau, bouche sèche, fontanelle creusée). Un bébé déshydraté peut ne pas être en mesure de se débarrasser de la bilirubine.

Problèmes/besoins

Jaunisse physiologique du nouveau-né

- Débute après les premières 24 heures et s'élimine en 2 semaines environ

Jaunisse grave du nouveau-né

- Débute pendant les premières 24 heures ou dure plus de 2 semaines (3 semaines chez le prématuré)
- Jaunisse sur les bras et les jambes le deuxième jour
- Jaunisse sur les mains et les pieds le troisième jour et par la suite
- Toute jaunisse accompagnée d'un autre signe alarmant

TABLEAU 6.12 JAUNISSE : TABLEAU DÉCISIONNEL

Programme de soins	**Jaunisse physiologique du nouveau-né** ■ Aucun traitement ni aucune orientation vers un service mieux équipé n'est nécessaire, bien qu'il vous faille apprécier la jaunisse du bébé en quelques jours. ■ Avertissez la mère : ▪ Rassurez-la et dites-lui que le bébé est normal et que la teinte jaune disparaîtra peu à peu. ▪ Gardez le bébé au chaud. ▪ Maintenez l'allaitement fréquent et exclusif. En buvant beaucoup de lait maternel, le bébé se débarrasse plus facilement de la bilirubine dans les selles. La mère doit, elle aussi, boire beaucoup pour fabriquer plus de lait maternel. ▪ Surveillez l'apparition d'autres signes alarmants chez le bébé. ▪ Passez en revue avec la mère les signes de danger et ce qu'il convient de faire. ▪ Sollicitez une aide médicale pour tous signes de jaunisse grave.
	Jaunisse grave du nouveau-né ■ Veillez à ce que le bébé soit fréquemment allaité ■ Orientez le bébé vers un service mieux équipé, conformément aux Directives d'orientation. ■ Donnez une première dose d'antibiotiques : ▪ Pour un bébé de 2 kg ou plus : Ampicilline 50 mg/kg par voie IM et gentamicine 5 mg/kg par voie IM ▪ Pour un bébé de moins de 2 kg : Ampicilline 50 mg/kg par voie IM et gentamicine 4 mg/kg par voie IM
Suivi	**Jaunisse physiologique du nouveau-né** ■ Examinez à nouveau le bébé 2 à 3 jours plus tard pour vérifier que la jaunisse soit partie. ■ Orientez-le vers un service de santé mieux équipé s'il présente des signes de jaunisse grave.
	Jaunisse grave du nouveau-né ■ Après le traitement, assurez le suivi à un rythme normal pour vous assurer que le bébé grandit bien et ne présente pas d'autres problèmes.

TABLEAU 6.13 SAIGNEMENT DU CORDON OMBILICAL : TABLEAU DÉCISIONNEL

Antécédents	■ Passez en revue les dossiers de la mère et du bébé, s'ils existent.
	■ Si la mère signale un saignement du cordon, demandez-lui :
	  ■ Ses antécédents de travail et d'accouchement
	  ■ Quand elle a remarqué les premiers saignements
	  ■ Si elle a remarqué d'autres saignements, notamment dans les urines ou dans les selles
	  ■ Quelle quantité de sang le bébé a perdu
	  ■ Si elle a remarqué d'autres symptômes

Examen	Examinez le bébé :
	■ Observez le volume de sang perdu.
	■ Examinez le nœud du cordon.
	■ Vérifiez si le bébé présente d'autres signes d'un problème dû à la perte de sang :
	  ■ Pâleur
	  ■ Léthargie (somnolence et manque de réactivité)
	  ■ Respiration rapide
	  ■ Rythme cardiaque rapide
	■ Recherchez d'autres signes tels que des saignements, du sang dans les urines ou dans les selles ou des bleus inexpliqués.

Problèmes/besoins	Saignement du cordon ombilical
Programme de soins	**Saignement du cordon ombilical** ■ Lavez-vous les mains, mettez des gants d'examen ou des gants stériles, si vous en disposez. ■ Renouez fermement le cordon d'un nouveau nœud bien net. ■ Examinez le cordon toutes les 15 minutes pendant 2 heures pour vérifier que le saignement s'est bien arrêté. ■ Conseillez à la mère de surveiller toute apparition de signes de danger et d'allaiter fréquemment le bébé. Si le saignement persiste, si d'autres zones de saignement apparaissent, ou si d'autres problèmes liés à la perte de sang surviennent : ■ Donnez de la vitamine K, 1 mg par voie IM (0,5 mg pour un bébé de moins de 1,5 kilogrammes). ■ Orientez le bébé vers un service mieux équipé, conformément aux Directives d'orientation.
Suivi	■ Si le bébé a perdu beaucoup de sang, il peut avoir de l'anémie. Orientez-le vers un spécialiste. ■ Examinez à nouveau le bébé 2 à 3 jours plus tard pour vérifier qu'il n'y ait pas d'autres problèmes. Comme à chaque visite, passez en revue les signes de danger avec la mère.

TÂCHES POUR TOUS LES AGENTS DE SANTÉ : PROBLÈMES COURANTS DU NOUVEAU-NÉ

1 Conseillez la mère et la famille en matière de Signes de danger du nouveau-né et d'orientation :
   a) Signes de danger
      - Quels sont les signes de danger
      - Que faire si un signe d'alarme est détecté
   b) Orientation vers un spécialiste
      - Préparatifs (transport, déterminer qui accompagnera la mère ou le bébé)
      - Que faire pendant le transfert

2 Stabilisez et orientez vers un service mieux équipé le nouveau-né qui présente des signes alarmants.

3 Prodiguez des conseils à la mère et à la famille en matière de prévention des problèmes courants du nouveau-né et de leur gestion :
   a) Problèmes respiratoires
   b) Infections
      - Sepsie néonatale/infection généralisée
      - Infection du cordon ombilical
      - Infection cutanée
      - Infection oculaire
      - Candidose buccale
   c) Problèmes de température corporelle
      - Température trop basse
      - Température trop élevée
   d) Autres
      - Jaunisse
      - Saignement du cordon ombilical
   e) Problèmes dus à la grossesse de la mère et à l'accouchement

4 Prodiguez des soins aux nouveau-nés présentant l'un des problèmes énumérés ci-dessus, en suivant les étapes décisionnelles.

Remarques

1 Organisation Mondiale de la Santé. (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Genève : OMS.

2 Ibid.

3 Yeargin P. (2002). *Medical Considerations: Clinical Management of the HIV Infected Adult*. Atlanta, Georgie : Southeast AIDS Training and Education Center, Emory University.

Références générales

Burns AA, Lovich R, Maxwell J, et Shapiro K. (1997). *Where Women Have No Doctor: A health guide for women*. Berkeley, Californie : The Hesperian Foundation.

Seidel HM, Rosenstein BJ, et Pathak A. (2001) *Primary Care of the Newborn* (3rd ed.). St Louis: Mosby.

South Africa National Department of Health. (1998). *Standard treatment guidelines and essential medication list for South Africa: Paediatric hospital level*. Pretoria : Ministère de la santé.

UNICEF. (septembre 1998). Promoting rational use of medications and correct case management in basic health services. *The Prescriber*. No. 16 & 17.

Organisation Mondiale de la Santé. (2003). *Managing newborn problems: A guide for doctors, nurses and midwives. Integrated management of pregnancy and childbirth*. Genève : OMS. (WHO/RHR/00.7)

Organisation Mondiale de la Santé. (2000). *Management of the child with a serious infection or severe malnutrition*. Genève : OMS. (WHO/FCH/CAH/00.1)

Organisation Mondiale de la Santé. (2000). Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. Integrated management of pregnancy and childbirth. Genève : OMS. (WHO/RHR/00.7)

Organisation Mondiale de la Santé. (2000). Séminaire technique : Sick young infant. Genève : OMS. (WHO/FCH/CAH 10.10)

Organisation Mondiale de la Santé. (1996). Soins essentiels du nouveau-né. Genève : OMS. (WHO/FRH/MSM/96.13)

Références en ligne

Medline Plus Health Information. *Gentian Violet (Topical)*. Extrait en décembre 2002, de www.nlm.nih.gov

Micromedix. *Gentian Violet*. Extait en décembre 2002, de www.healthyroads.com/mylibrary/data/altcaredex/htm/ame0230.asp

Ogino M et Pasternak M. (n.d.). Newborn Sepsis. *Mass General Hospital for Children website*. Extrait en décembre 2002, de www.mgh.harvard.edu/children/prof/nicu/newborn_sepsis.htm

Annexe

Annexe A : Calendriers de vaccination maternelle et du nourrisson 153

Annexe B : Orientation en matière de médicaments 161

Annexe C : Prévention des infections 185

Annexe D : Techniques de base des soins du nouveau-né 209

Annexe E : Communication et conseil 217

A

Calendriers de vaccination maternelle et du nourrisson

CALENDRIER PRÉNATAL ANTITÉNATIQUE

Pour protéger la mère et le nouveau-né du tétanos, il est important de donner un vaccin antiténatique pendant la grossesse (au moins deux doses) à au moins quatre semaines d'intervalle, la dernière dose au moins deux semaines avant la naissance.

Donnez une carte de vaccination à la mère ou mettez à jour sa carte existante et informez-la de la date prévue pour la prochaine injection.

TABLEAU A.1 VACCINATION DE LA MÈRE

	TOXOÎDE TÉTANIQUE (TT)
Rôle	Administrer pendant la grossesse pour prévenir le tétanos chez la mère et le nouveau-né.
Procéder à la vaccination	Vaccin antitétanique : 0,5 ml par voie IM ou sous-cutanée : ■ Vaccin 1 — Premier contact ou première visite SP ■ Vaccin 2 — 4 semaines plus tard Pour une protection à vie, administrer 5 doses de vaccin selon le calendrier suivant : ■ Vaccin 1 et 2 comme ci-dessus ■ Vaccin 3 — 6 mois après le 2 ■ Vaccin 4 — 1 an après le vaccine 3 ■ Vaccin 5 — 1 an après le 4
Remarques	La TT1 doit être administrée au premier contact avec la femme en âge de procréer ou à la première visite prénatale. Effets secondaires : Maux de tête, frissons, élévation de la température, tuméfaction, douleur à l'endroit de l'infection.
Risques	Les vaccinations faites à la mère sont sans risque pour son bébé.

TABLEAU A.2 **CALENDRIER DE VACCINATION DU NOURRISSON**

NAISSANCE	BCG + VPO + Hépatite B
6 SEMAINES	DTC + VPO + Hépatite B
10 SEMAINES	DTC + VPO + Hépatite B
14 SEMAINES	DTC + VPO + Hépatite B

Abréviation	**Vaccinations**
BCG	*Bacille de Calmette et Guérin (prévention de la tuberculose)*
VPO	*Vaccin antipoliomyélitique par voie orale*
DTC	*Diphtérie tétanos coqueluche*

Il est important de noter que :

- Il doit y avoir un intervalle d'au moins 4 semaines avant l'administration de la prochaine dose de la plupart des vaccins.
- Différentes vaccinations peuvent être faites le même jour, mais veillez à faire chaque injection sur une zone distincte de la peau.
- Ne mélangez pas plusieurs vaccins dans la même seringue. Utilisez une seringue et une aiguille différente pour chaque vaccin.
- Certains pays ont un calendrier de trois doses au lieu de quatre pour le vaccin de l'hépatite B, selon la fréquence de la maladie. La dose la plus importante pour empêcher l'hépatite B périnatale est celle qui est administrée à la naissance.
- Dans certains pays, la vaccination contre *Haemophilus influenzae* de type B (HiB) est pratiquée pour protéger les nourrissons de la pneumonie provoquée par ce microbe. La vaccination contre HiB se fait à 6, 10 et 14 semaines.
- Respectez votre calendrier national de vaccination ; la disponibilité des vaccins et les recommandations peuvent être différentes.

TABLEAU A.3 VACCINATION DU NOURRISSON

	BCG	HÉPATITE B (HÉP B)
Rôle	Prévenir la tuberculose	Prévenir l'hépatite B
Administration	BCG : 0,05 ml en intradermique dans le bras gauche Une seule injection	Hép B : 0,5 ml par voie IM dans la cuisse En 3 injections : ■ Les tout premiers jours ■ À 6 semaines ■ À 14 semaines
Remarques	Laisser la zone sécher pendant 24 heures après l'injection. Ne pas exposer la zone à des personnes présentant des plaies ouvertes, les microbes vivants pouvant se transmettre. Effets secondaires : Abcès localisé, glandes lymphatique gonflées. Une injection de BCG peut éventuellement laisser une petite cicatrice.	
Risques	Ne pas administrer à : ■ Un bébé présentant des symptômes d'infection au VIH/SIDA ■ Un bébé traité à l'isoniazide car le BCG est neutralisé par l'isoniazide Administrez le BCG 2 semaines après la fin d'un traitement à l'isoniazide.	

Suite à la page suivante

TABLEAU A.3 VACCINATION DU NOURRISSON

	VACCIN ANTIPOLIOMYÉLITIQUE ORAL (VPO)	DIPHTHÉRIE TÉTANOS COQUELUCHE (DTC)
Rôle	Prévenir la poliomyélite	Prévenir la diphtérie, le tétanos et la coqueluche
Administration	VPO : Deux goutte par voie orale, sur la langue En 4 injections : ■ Les tout premiers jours ■ À 6 semaines ■ À 10 semaines ■ À 14 semaines	DTC : 0,5 ml par voie IM En 3 injections : ■ À 6 semaines ■ À 10semaines ■ À 14 semaines
Remarques	La modification de la couleur du médicament (du rose au jaune) est due au stockage à basse température et ne change en rien ses propriétés.	
Risques		Ne pas administrer DTC2 ou DTC3 à un enfant qui a eu des convulsions, un choc ou une autre réaction indésirable après la dose la plus récente. Administrer plutôt le vaccin DT (Diphtérie Tétanos) s'il est disponible. Ne pas administrer les vaccins DTC à un enfant présentant fréquemment des convulsions ou une autre maladie neurologique évolutive du système nerveux central.

Références générales

Fonds international d'urgence des Nations Unies pour l'enfance (United Nations International Children's Emergency Fund, UNICEF) (2002). *Facts for Life*. New York : Efforts conjoint de l'UNICEF, l'OMS, l'UNESCO, la FNUAP, le PNUD, ONUSIDA, le PAM et la Banque Mondiale.

Références en ligne

Pour obtenir le document complet Savoir pour sauver *(Facts for life)* de l'UNICEF et pour plus d'informations :
www.unicef.org/ffl/index.html

Pour obtenir le chapitre sur les vaccinations du document *Savoir pour sauver (Facts for life)* :
www.unicef.org/ffl/pdf/factsforlife-en-part7.pdf
www.unicef.org/ffl/06/1 .htm

Pour obtenir des informations à jour sur les vaccinations :
www.cdc.gov/nip (CDC's National Immunization Program) [Centers for Disease Control and Prevention/Centre de contrôle et de prévention des maladies].
www.immunizationinfo.org (Réseau national d'information sur la vaccination)
www.unicef.org/ (UNICEF)
www.who.int/vaccines/

B

Orientation en matière de médicaments

Cette annexe donne des informations supplémentaires sur les médicaments mentionnés dans le *Manuel de référence des soins du nouveau-né* et sur d'autres médicaments couramment utilisés chez le nouveau-né et sa mère. Reportez-vous aux directives cliniques applicables localement pour les médicaments et les doses à utiliser selon un protocole clinique.

PREMIÈRE PARTIE : MÉDICAMENTS POUR NOUVEAU-NÉ

Pourquoi le nouveau-né est-il davantage susceptible de souffrir d'éventuels effets néfastes des médicaments ?

Les médicaments doivent être utilisés très prudemment chez les bébés. Le nouveau-né est plus sensible aux effets toxiques ou nocifs des médicaments parce que son corps n'est pas parvenu à maturité. Le nouveau-né est davantage exposé aux effets nocifs des médicaments parce que :

- Il est dépourvu de systèmes bien développés pour dissoudre et utiliser les médicaments.
- Ses reins, qui ne sont pas complètement formés, n'éliminent que lentement les médicaments.
- Le prématuré est moins mûr et encore davantage exposé aux effets nocifs des médicaments.

Administrer des médicaments au nouveau-né

- **Par voie orale :** Les médicaments sont absorbés lentement par les intestins du nouveau-né, ce qui peut entraîner à une overdose.
- **Par injection intramusculaire (IM) :**
  - L'absorption du médicament à partir de la zone d'injection dépend du débit sanguin. Si le nouveau-né a froid, le débit sanguin sera réduit et le médicament sera peu absorbé.
  - En administrant une injection IM, souvenez-vous que tous les nouveau-nés ont de petits muscles, et les prématurés des muscles encore plus petits.
  - Les injections IM répétées peuvent provoquer des abcès stériles.
  - Les injections sous-cutanées ne se pratiquent habituellement pas sur les nouveau-nés parce qu'ils ont si peu de tissus sous-cutanés.
- **Par intraveineuse (IV) :** Il est parfois conseillé d'administrer des médicaments par intraveineuse aux nouveau-nés (perfusion) pour être certain que le médicament circule dans tout le corps.

TABLEAU B.1 PARTIE 1 : MÉDICAMENTS POUR NOUVEAU-NÉS — AGENTS ANTI-INFECTIEUX

	AMPICILLINE	BENZYLPÉNICILLINE BENZATHINIQUE
Rôle	Prévenir ou traiter l'infection (sepsie) prescrite avec de la gentamicine	Prévenir une syphilis néonatale si la mère était positive aux tests RPR ou VDRL pendant la grossesse et n'a pas reçu de traitement pendant cette période, si elle n'a pas été traitée correctement, ou si le traitement qu'elle a reçu n'est pas connu.
Administration	Ampicilline : 50 mg/kg par voie IM ou IV pendant 10 jours ou jusqu'à que le bébé aille bien pendant 4 jours : ■ De l'âge de 1 à 7 jours : Toutes le 12 heures ■ À plus de 7 jours : Toutes les 8 heures Le dosage est différent pour la méningite seulement – orientez vers un service mieux.	Pour les bébés qui ne manifestent pas de signes de syphilis : Benzylpénicilline benzathinique : 75 mg/kg (100 000 unités/kg) par voie IM en une dose unique
Remarques/ Alternatives	Les reins d'un bébé sont immatures et fonctionnent lentement. Pour éviter une overdose, administrez le médicament à intervalles plus espacés aux prématurés et aux nouveau-nés très jeunes. Abrégez l'intervalle au fur et à mesure que le bébé grandit. Lorsqu'un bébé atteint l'âge de 4 semaines, l'ampicilline peut lui être administrée toutes les 6 heures. Flacon de 500 mg + 5 ml d'eau stérile = 5 ml contenant 100 mg d'ampicilline par ml. Utilisez immédiatement.	Orientez le nouveau-né vers un service mieux équipé pour un diagnostic et un traitement plus complets si le nouveau-né manifeste des signes de syphilis congénitale ou si le médicament n'est pas disponible. Si la mère n'a pas été traitée, orientez-la vers un spécialiste pour un traitement, ainsi que son partenaire.
Risques		

Suite à la page suivante

TABLEAU B.1 PARTIE 1 : MÉDICAMENTS POUR NOUVEAU-NÉS — AGENTS ANTI-INFECTIEUX

	CEFTRIAXONE	ÉRYTHROMYCINE
Rôle	Traiter les infections de l'œil dues à la gonorrhée	Traiter les infections de l'œil dues aux chlamydia
Administration	Ceftriaxone : 50 mg/kg par voie IM en une dose unique (également administrable en intraveineuse)	Érythromycine : 12,5 mg/kg par voie orale toutes les 6 heures pendant 14 jours
Remarques/ Alternatives	Dose maximale = 125 mg Si la ceftriaxone n'est pas disponible : ■ Kanamycine 25 mg/kg par voie IM en une dose unique (dose maximale 75 mg) OU ■ Spectinomycine 25 mg/kg par voie IM en une dose unique (dose maximale 75 mg)	
Risques		

TABLEAU B.1 PARTIE 1 : MÉDICAMENTS POUR NOUVEAU-NÉS — AGENTS ANTI-INFECTIEUX

	GENTAMICINE	VIOLET DE GENTIANE
Rôle	Prévenir ou traiter les infections contractées pendant l'accouchement Traiter la sepsie du nouveau-né Administrée avec l'ampicilline (dans une seringue distincte)	Traiter la candidose buccale, une infection de la bouche par un champignon ou une levure. Traiter une infection de la peau des fesses par un champignon ou une levure (candidose). Traiter une infection localisée de la peau ou du cordon ombilical. Voir également nystatine.
Administration	**Bébé d'un poids de 2 kg ou plus :** Gentamicine : 5 mg/kg par voie IM ou IV tous les jours pendant 10 jours **Bébé d'un poids inférieur à 2 kg :** Gentamicine : 4 mg/kg par voie IM ou IV tous les jours pendant 10 jours. **Bébé de plus de 8 jours** (de n'importe quel poids) : Gentamicine : 7,5 mg/kg par voie IM ou IV tous les jours pendant 10 jours ou 3,5 mg/kg toutes les 12 heures.	Violet de gentiane : En solution acqueuse à 0,5 % (pour les nourrissons seulement) : ■ **Bouche :** Nettoyez l'intérieur de la bouche 4 fois par jour jusqu'à 2 jours après la disparition des plaques. ■ **Fesses :** Nettoyez les fesses 4 fois par jours jusqu'à 3 jours après la disparition de l'irritation. ■ **Peau :** Appliquez sur la zone affectée 4 fois par jour pendant 5 jours. ■ **Nombril :** Appliquez sur le moignon du cordon et sur le nombril 4 fois par jour pendant 3 jours.
Remarques/ Alternatives	Pour une utilisation intraveineuse, administrez lentement, en 20 à 30 minutes, après la perfusion d'ampicilline. Voir les remarques sur l'ampicilline.	Le violet de gentiane doit être en contact avec le champignon ou la bactérie, il doit donc être appliqué directement sur la langue et les gencives ou sur la peau. Le violet de gentiane tache les vêtements et la peau ; utilisez avec précaution lorsque vous appliquez la solution.
Risques	Ne mélangez pas dans le même flacon ou la même seringue avec la pénicilline. Peut être toxique pour le système auditif et les reins lorsqu'elle est utilisée pendant longtemps.	Ne laissez pas le bébé boire du violet de gentiane. La solution de violet de gentiane peut provoquer une irritation de la peau et des lésions si la concentration de la solution est supérieure à 1 % ou si le traitement est utilisé trop souvent.

Suite à la page suivante

TABLEAU B.1 PARTIE 1 : MÉDICAMENTS POUR NOUVEAU-NÉS — AGENTS ANTI-INFECTIEUX

	ISONIAZIDE	NYSTATINE
Rôle	Prévenir l'infection du nouveau-né par la tuberculose si la mère est tuberculeuse.	Traiter la candidose buccale, une infection de la bouche provoquée par un champignon ou une levure. Traiter une infection cutanée par un champignon ou une levure (candidose) sur les fesses. Voir également violet de gentiane.
Administration	Isoniazide : 5 mg/kg une fois par jour par en orale jusqu'à ce que le nouveau-né atteigne l'âge de 6 semaines. A 6 semaines, orientez le bébé vers un service mieux équipé pour évaluer si le traitement à l'isoniazide peut être poursuivi afin de terminer le traitement de 6 mois.	Nystatine, suspension orale, 100 000 unités par ml : ■ **Bouche :** Badigeonnez ou nettoyez l'intérieur de la bouche 4 fois par jour jusqu'à 2 jours après la disparition des plaques. Pommade à la nystatine : ■ **Fesses :** Appliquez à chaque changement de couche jusqu'à 3 jours après la disparition de l'irritation.
Remarques/ Alternatives	Conditionnée en sirop : 50 mg/5 ml. Effet secondaire : Diarrhée	À la première application ce médicament entraîne une sensation de gêne. Effet secondaire : Irritation de la peau.
Risques	L'isoniazide inactive le BCG (reportez le vaccin du BCG 2 semaines après la fin du traitement à l'isoniazide). Si le vaccin du BCG a déjà été fait, procédez à une autre vaccination 2 semaines après la fin d'un traitement à l'isoniazide.	

TABLEAU B.1 PARTIE 1 : MÉDICAMENTS POUR NOUVEAU-NÉS — AGENTS ANTI-INFECTIEUX

	NÉVIRAPINE	ZIDOVUDINE (AZT)
Rôle	**Bébé dont la mère est séropositive :** Réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant.	**Bébé dont la mère est séropositive :** Réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Zidovudine : 2 mg/kg par voie orale. Commencez à l'âge de 8 à 12 heures : ■ Nouveau-né à terme : Toutes les 6 heures ■ Prématuré : Toutes les 8 à 12 heures
Administration	Névirapine : 2 mg/kg par voie orale en une dose unique dans les 3 jours après la naissance	Continuez pendant 6 semaines. Utilisez si la zidovudine a été administrée à la mère 4 semaines avant la naissance. Pour obtenir des directives à jour : www.aidsinfo.nih.gov/ guidelines
Remarques/ Alternatives	Pour obtenir des directives à jour : www.who.int/reproductive-health/ rtis/ nevirapine.htm	
Risques		

B

TABLEAU B.2 PARTIE 1 : MÉDICAMENTS POUR NOUVEAU-NÉ - VITAMINES

	VITAMINE K
Rôle	Empêcher ou traiter les saignements dus à un manque de vitamine K chez le nouveau-né.
Administration	**Bébé d'un poids supérieur à 1 500 g :** Donnez 1 mg de vitamine K par voie IM. **Bébé d'un poids inférieur à 1 500 g :** Donnez 0,5 mg de vitamine K par voie IM. Administrer une dose.
Remarques/ Alternatives	Généralement administrée en une fois, avec une nouvelle dose 6 heures plus tard pour traiter un problème de saignement.
Risques	

TABLEAU B.3 PARTIE 1 : MÉDICAMENTS POUR NOUVEAU-NÉ – MÉDICAMENTS ANTI-INFECTIEUX POUR LES SOINS OCULAIRES À LA NAISSANCE

Appliquez un des traitements oculaires suivants dans l'heure qui suit la naissance pour prévenir une infection oculaire. Ne touchez pas l'œil avec l'embout du tube de pommade ou du compte-gouttes.

	SOLUTION À 1 % DE NITRATE D'ARGENT	POMMADE À LA TÉTRACYCLINE À 1 %	SOLUTION À 2,5 % DE POLYVIDONE IODÉE
Rôle	Prévenir une infection des yeux à la naissance.	Prévenir une infection des yeux à la naissance.	Prévenir une infection des yeux à la naissance.
Administration	Déposez une goutte dans chaque œil.	Appliquez à l'intérieur de la paupière inférieure de chaque œil.	Mettez une goutte dans chaque œil.
Remarques/ Alternatives	Ne rincez pas les gouttes.		Du fait de l'insuffisance des études, ce traitement n'est pas à privilégier en priorité.
Risques	Peut irriter l'œil.		

DEUXIÈME PARTIE : MÉDICAMENTS POUR LA MÈRE

Directives générales pour une utilisation sécurisée des médicaments pour la mère

Les médicaments doivent être utilisés avec beaucoup de prudence chez la femme enceinte ou la mère qui allaite. Les médicaments énumérés en annexe sont considérés comme sans danger pour la mère s'ils sont utilisés comme prescrit. Lisez les informations aux rubriques « Remarques/alternatives » et « Risques » pour connaître les instructions de sécurité. Reportez-vous aux directives locales pour les médicaments et les doses à utiliser selon les conditions cliniques.

Utilisation sécurisée des médicaments pendant la grossesse

La plupart des médicaments pris par une femme enceinte atteignent son bébé par le biais du placenta. Les femmes doivent, par conséquent, éviter autant que possible de prendre des médicaments pendant la grossesse. Cependant, si des traitements médicamenteux sont inévitables, consultez toujours les informations du fabricant avant de prescrire un médicament, quel qu'il soit, à une femme enceinte. Certains ne doivent jamais être utilisés pendant la grossesse, d'autres sont dangereux s'ils sont administrés au cours du premier trimestre, mais peuvent être utilisés plus tard au cours de la grossesse.

Utilisation sécurisée des médicaments chez la mère qui allaite

La plupart des médicaments pris par une mère qui allaite atteignent son bébé par le biais du lait.

- Si le médicament est couramment prescrit chez les enfants, il est sans danger pendant l'allaitement car le bébé en absorbe généralement une dose beaucoup plus faible dans le lait que s'il lui était directement administré. La plupart des antibiotiques en sont des exemples, tels que l'amoxycilline.
- Les médicaments considérés comme sans danger pendant la grossesse peuvent en général être prescrits pendant l'allaitement.
- Les médicaments qui ne sont pas absorbés par le tube digestif (estomac et intestins) sont généralement sans danger. Nombre de ces médicaments sont administrés en injection, comme l'héparine, l'insuline et la lidocaïne, ou d'autres anesthésiques locaux.

TABLEAU B.4 PARTIE 2 : MÉDICAMENTS POUR LA MÈRE — AGENTS ANTI-INFECTIEUX

	AMOXICILLINE	AMPICILLINE
Rôle	**Mère post partum :** Pour traiter les mastites.	**Mère en travail :** Pour prévenir l'infection si la poche des eaux se rompt plus de 18 heures avant la naissance. Pour traiter une infection pendant le travail, utilisez en association avec 2 autres antibiotiques : ■ Gentamicine ■ Métronidazole **Mère post partum :** Pour traiter les mastites.
Administration	Amoxicilline : 500 mg par voie orale, toutes les 8 heures pendant 10 jours.	**Mère en travail :** Ampicilline : 2 mg par voie IV toutes les 6 heures jusqu'à l'accouchement. Si la mère a de la fièvre après l'accouchement, continuez l'ampicilline jusqu'à disparition de la fièvre pendant 24 heures. **Mère post partum :** Ampicilline : 500 mg par voie orale, toutes les 6 heures pendant 10 jours.
Remarques/ Alternatives		**Mère en travail :** Surveillez afin de repérer immédiatement la présence d'une fièvre après l'accouchement. Effets secondaires : Diarrhée. **Mère post partum :** Effets secondaires : Diarrhée. Voir pénicilline G.
Risques	Risque de réaction allergique. Ne pas prescrire aux femmes allergiques à la pénicilline.	**Mère en travail :** Risque de réaction allergique. Ne pas prescrire aux femmes allergiques à la pénicilline. **Mère post partum :** Risque de réaction allergique. Ne pas prescrire aux femmes allergiques à la pénicilline.

Suite à la page suivante

TABLEAU B.4 PARTIE 2 : MÉDICAMENTS POUR LA MÈRE — AGENTS ANTI-INFECTIEUX

	BENZATHINE-PÉNICILLINE	CLOTRIMAZOLE (ANTIFONGIQUE)
Rôle	Traiter la syphilis ou un test positif à la syphilis (test RPR ou VDRL) pendant la grossesse.	Infection des mamelons provoquée par une levure/un champignon (muguet). Voir également nystatine.
Administration	Benzylpénicilline benzathinique : 2,4 millions d'unités par voie IM en une dose unique. Administrez en 2 injections dans des zones distinctes (1,2 millions d'unités dans chaque fesse).	Clotrimazole, en crème, en lotion ou en solution topique à 1 % : Appliquez sur la peau du mamelon/de l'aréole, 2 fois par jour pendant 14 jours.
Remarques/ Alternatives	Veillez à orienter le partenaire de la mère vers un spécialiste pour qu'il soit traité.	Il n'est pas nécessaire de laver pour enlever le médicament avant d'allaiter.
Risques	Risque de réaction allergique. Ne pas prescrire aux femmes allergiques à la pénicilline.	Évitez le contact avec les yeux du bébé.

TABLEAU B.4 PARTIE 2 : MÉDICAMENTS POUR LA MÈRE — AGENTS ANTI-INFECTIEUX

	CLOXACILLINE	ÉRYTHROMYCINE
Rôle	**Mère post partum :** Pour traiter les mastites.	**Mère de prématuré, rupture de la poche des eaux avant le travail :** Pour prévenir l'infection. **Mère post partum :** Pour traiter les mastites.
Administration	Cloxacilline : 500 mg par voie orale, toutes les 6 heures pendant 10 jours.	**Mère de prématuré, rupture de la poche des eaux avant le travail :** Érythromycine : 250-500 mg par voie orale, toutes les 6 heures pendant 10 jours. **Mère post partum :** Érythromycine : 250 mg par voie orale, toutes les 8 heures pendant 10 jours.
Remarques/ Alternatives	Effets secondaires : Nausées, gêne abdominale.	Prendre à jeun pour plus d'efficacité. Peut être pris avec des aliments en cas de gêne gastro-intestinal. Effets secondaires : Nausées, gêne abdominale.
Risques	Risque de réaction allergique. Ne pas prescrire aux femmes allergiques à la pénicilline.	L'érythromycine peut généralement être prescrite à des femmes allergiques à la pénicilline.

Suite à la page suivante

TABLEAU B.4 PARTIE 2 : MÉDICAMENTS POUR LA MÈRE — AGENTS ANTI-INFECTIEUX

	GENTAMICINE	VIOLET DE GENTIANE
Rôle	**Mère en travail :** Pour traiter une infection pendant le travail, administrer en association avec 2 autres antibiotiques : ■ Ampicilline ■ Métronidazole	Pour traiter une infection des mamelons provoquée par une levure/un champignon (muguet).
Administration	Gentamicine : 5 mg/kg toutes les 24 heures par voie IV jusqu'à l'accouchement. Si la mère a de la fièvre après l'accouchement, continuez la gentamicine jusqu'à ce que la fièvre disparaisse pendant 24 heures.	Violet de gentiane : Solution à 0,5 ou 1 %. Appliquez sur la peau des mamelons/aréoles 2 fois par jour jusqu'à disparition des symptômes.
Remarques/ Alternatives	Veillez à ce que la mère boive suffisamment. Effectuez un suivi afin de repérer une fièvre éventuelle après l'accouchement.	Ne lavez pas le mamelon avant l'allaitement. Le violet de gentiane tache la peau et les vêtements.
Risques	Toxique pour le système auditif et pour les reins.	La solution de violet de gentiane peut provoquer une irritation de la peau et des lésions si la concentration de la solution est supérieure à 1 %, ou en cas d'administration trop fréquente du traitement.

TABLEAU B.4 PARTIE 2 : MÉDICAMENTS POUR LA MÈRE — AGENTS ANTI-INFECTIEUX

	MÉTRONIDAZOLE	NYSTATINE
Rôle	**Mère en travail :** Pour traiter une infection pendant le travail, administrer en association avec 2 autres antibiotiques : ■ Ampicilline ■ Gentamicine	Pour traiter une infection des mamelons provoquée par une levure/un champignon (muguet). Voir aussi clotrimazole.
Administration	Métronidazole : 500 mg par voie IV toutes les 8 heures jusqu'à l'accouchement. Si la mère a de la fièvre après l'accouchement, continuez le métronidazole jusqu'à dispararition de la fièvre pendant 24 heures.	Crème à la nystatine : Appliquez deux fois par jour sur la zone du mamelon/de l'aréole après l'allaitement ; continuez pendant 3 jours après disparition des symptômes.
Remarques/ Alternatives	Surveillez afin de repérer immédiatement la présence d'une fièvre après l'accouchement.	Il n'est pas nécessaire de laver pour enlever le médicament avant d'allaiter.
Risques		

Suite à la page suivante

TABLEAU B.4 PARTIE 2 : MÉDICAMENTS POUR LA MÈRE — AGENTS ANTI-INFECTIEUX

	NÉVIRAPINE	PÉNICILLINE G
Rôle	**Mère séropositive :** Réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant.	**Mère en travail :** Pour réduire le risque d'infection utérine lorsque la poche des eaux est rompue pendant plus de 18 heures, donnez de la pénicilline G ou de l'ampicilline. Voir aussi ampicilline.
Administration	Névirapine : 200 mg par voie orale en une dose unique au début du travail.	Pénicilline G : 2 millions d'unités par voie IV chaque 6 heures jusqu'à l'accouchement.
Remarques/ Alternatives	Pour obtenir des directives à jour : http://www.who.int/reproductive-health/ rtis/nevirapine.htm	
Risques		Risque de réaction allergique. Ne pas prescrire aux femmes allergiques à la pénicilline.

TABLEAU B.4 PARTIE 2 : MÉDICAMENTS POUR LA MÈRE — AGENTS ANTI-INFECTIEUX

	ZIDOVUDINE (AZT)
Rôle	**Mère séropositive :** Réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant.
Administration	**À long terme :** Commencez entre la 14ème et la 36ème semaine : Zidovudine : 200 mg par voie orale 3 fois par jour (toutes les 8 heures) ou 300 mg chaque 12 heures. Continuez jusqu'au début du travail. **Pendant le travail :** Zidovudine : 2 mg/kg par voie IV pendant 1 heure au début du travail, puis 1 mg/kg toutes les heures jusqu'à l'accouchement. **À cours terme :** Commencez à la 36ème semaine : Zidovudine : 300 mg par voie orale deux fois par jour **Pendant le travail :** Zidovudine : 300 mg par voie orale toutes les 3 heures du début du travail à l'accouchement
Remarques/ Alternatives	Pour obtenir des directives à jour : www.aidsinfo.nih.gov/ guidelines
Risques	

TABLEAU B.5 PARTIE 2 : MÉDICAMENTS POUR LA MÈRE – AGENTS ANTIPALUDIQUES

	SULFADOXINE-PYRIMÉTHAMINE (SP)
Rôle	Traitement préventif intermittent pour le paludisme à palsifarum.
Administration	Sulfadoxine-pyriméthamine : La dose est de 3 comprimés. Donnez au moins 2 doses pendant la grossesse au rythme suivant : ■ Une dose à la première visite prénatale (après 4 mois). ■ Une dose à la prochaine visite ou à celle qui suit, mais avec un intervalle d'au moins un mois.
Remarques/ Alternatives	Alternatives : ■ Méfloquine 250 mg par voie orale hebdomadaire, à partir du second trimestre. ■ Chloroquine 500 mg chaque semaine pendant 26 semaines à partir de la première visite prénatale.
Risques	Ne donnez pas de SP avant 16 semaines (4 mois) de grossesse. Suivez les directives nationales spécifiques au traitement préventif intermittent, la résistance au médicament variant d'un endroit à l'autre. Ne pas administrer de SP aux femmes allergiques aux sulfamides.

TABLEAU B.6 PARTIE 2 : MÉDICAMENTS POUR LA MÈRE – ANTHELMINTHIQUES

	MÉBENDAZOLE
Rôle	**Mère pendant la grossesse :** Contrôle de l'ankylostome
Administration	Mébendozole : 500 mg par voie orale d'une dose unique pendant le second trimestre
Remarques/ Alternatives	Alternatives : ■ Albendazole : En dose unique de 400 mg après le premier trimestre ■ Albendazole ■ Lévamisole ■ Pyrantel
Risques	Ne pas prendre pendant le premier trimestre. Si l'ankylostome est très endémique (plus de 50 pour cent de prévalence), prendre une dose supplémentaire le troisième trimestre de grossesse.

TABLEAU B.7 PARTIE 2 : MÉDICAMENTS POUR LA MÈRE – VITAMINES ET FER/ACIDE FOLIQUE

	VITAMIN A	FER/ACIDE FOLIQUE (FE/AF)
Rôle	**Mère :** Prescrit aux femmes qui vivent dans des zones où les carences en vitamine A sont constatées. La vitamine A est nécessaire pour combattre les infections et prévenir la cécité nocturne. La plupart des mères transmettent la vitamine A à leur bébé par le lait maternel.	Pour prévenir et traiter l'anémie pendant la grossesse.
Administration	Vitamine A : **Femme enceinte :** Vitamine A : Une gélule quotidienne de 10.000 UI pendant toute la grossesse OU Vitamine A : Une gélule de 25.000 UI par semaine après le troisième mois et jusqu'à la naissance. **Post partum :** Vitamine A : Une gélule de 200.000 UI pendant les 8 première semaines après l'accouchement (6 semaines si la mère n'allaite pas).	Sulfate de fer : 320 mg (60 mg de fer élémentaire) et 0,400 à 1 mg d'acide folique par voie orale quotidienne.
Remarques/ Alternatives	Conserver le médicament à l'abri de la lumière et de toute exposition aux rayons solaires directs (par exemple dans un placard).	Effets secondaires : Selles noires, constipation, dérangements gastro-intestinaux et nausées. Prenez des comprimés de Fe/AF avec de la vitamine C ou des aliments riches en vitamines pour faciliter l'absorption. Le thé, le café et la cola inhibent l'absorption du fer.
Risques	Ne donnez pas plus que les doses indiquées. Des doses excessives pendant la grossesse peuvent provoquer des malformations chez le bébé. Ne pas prescrire pendant le premier trimestre. La prise d'une dose excessive chez la mère peut provoquer des nausées, des vomissements, des malaises et des maux de tête. Ne pas administrer au bébé : Les bébés de moins de 6 mois absorbent de la vitamines A dans le lait maternel.	Les comprimés sont toxiques pour les enfants en bas âge. Les conserver en lieu sûr, hors de portée des enfants.

TABLEAU B.8 PARTIE 2 : MÉDICAMENTS POUR LA MÈRE – AUTRES MÉDICAMENTS	
	PARACÉTAMOL (ACETAMINOPHENE)
Rôle	Soulager la douleur et la fièvre.
Administration	Paracétamol : 325 à 650 mg par voie orale toutes les 4 à 6 heures.
Remarques/ Alternatives	
Risques	Ne pas donner à une mère qui a une maladie du foie ou qui présente des lésions à cet organe.

TROISIÈME PARTIE : DONNER DE L'OXYGÈNE À UN NOUVEAU-NÉ

Si un bébé a besoin d'oxygène, suivez ces directives :

- Veillez à ce que le bébé reçoive le volume d'oxygène voulu, car :
  - Trop d'oxygène peut, au fil du temps, endommager les poumons et les yeux du bébé, en particulier s'il est très prématuré (moins de 35 semaines).
  - Une insuffisance d'oxygène peut endommager les organes du nouveau-né et provoquer son décès.
- L'alimentation doit se poursuivre pendant l'oxygénothérapie. Les méthodes d'alimentation peuvent inclure l'allaitement, ou l'alimentation à la tasse avec du lait maternel extrait, ou par sonde nasogastrique.

Si c'est possible, aidez la mère à allaiter pendant que le bébé continue de recevoir l'oxygène. En cas d'impossibilité, essayez de débrancher l'oxygène pendant un bref instant pour permettre l'allaitement tout en surveillant. Si le bébé devient pâle, ou bleu, ou manifeste des signes de difficulté respiratoires, arrêtez l'allaitement et rebranchez l'oxygène immédiatement. Rassurez la mère, puis alimentez le bébé à la tasse avec du lait maternel extrait, si possible.

Si le bébé est gravement malade et ne tolère pas l'alimentation par la bouche, alimentez le bébé au lait maternel extrait par une sonde nasogastrique. Faites téter le bébé directement au sein dès que possible.

- Lorsque la respiration du bébé commence à s'améliorer, diminuez progressivement le débit d'oxygène.
- Interrompez l'oxygène lorsque le rythme de la respiration du bébé est normal (30 à 60 respirations par minute) et qu'il ne présente aucun signe de difficulté à respirer.
  Observez ensuite attentivement le bébé :
  - Si sa langue et ses lèvres demeurent roses, ne donnez plus d'oxygène. Surveillez ensuite que sa langue et ses lèvres ne deviennent pas bleues (cyanose centrale) tous les quarts d'heure pendant l'heure qui suit. Gardez le bébé dans le service pour un contrôle d'au moins 24 heures après l'arrêt de l'oxygène.
  - Si la langue et les lèvres deviennent à nouveau bleues, recommencez l'oxygène et préparez un transfert vers un service mieux équipé. Ce bébé a besoin de soins spécialisés et d'oxygène pendant le transport jusqu'au service mieux équipé.

TABLEAU B.9 PARTIE 3 : DONNER DE L'OXYGÈNE AU NOUVEAU-NÉ[1]

	PINCES NASALES	CATHÉTER NASAL	MASQUE
Débit et concentration	■ Faibles = 0,5 L par minute ■ Modérés = 0,5 à 1 L par minute ■ Élevés = Plus d'1 L par minute	■ Faibles = 0,5 L par minute ■ Modérés = 0,5 à 1 L par minute ■ Élevés = Plus d'1 L par minute	■ Faibles = 1 L par minute ■ Modérés = 1 à 2 L par minute ■ Élevés = Pus de 2 L par minute
Avantages	■ Un faible débit d'oxygène est requis pour fournir la concentration désirée. ■ Peut fournir une concentration constante d'oxygène si appliqué correctement. ■ L'administration d'oxygène peut continuer pendant l'allaitement.	■ Un faible débit d'oxygène est requis pour fournir la concentration désirée. ■ Peut fournir une concentration constante d'oxygène si appliqué correctement. ■ L'administration d'oxygène peut se poursuivre pendant l'allaitement.	■ L'administration d'oxygène peut être déclenchée rapidement et facilement. ■ Pratique pour administrer l'oxygène pendant de brèves périodes.
Inconvénients	■ Requiert des pinces nasales spéciales pour être utilisation sur des nouveau-nés. ■ Requiert un dispositif de contrôle du débit avec réglage possible sur un débit faible. ■ Envoie de l'oxygène froid dans les poumons du bébé.	■ Requiert un dispositif de contrôle du débit avec réglage possible sur un débit faible. ■ Envoie de l'oxygène froid dans les poumons du bébé.	■ Du dioxyde de carbone peut s'accumuler si le débit est faible ou si le masque est petit. ■ L'allaitement n'est pas possible pendant que le masque est en place. ■ Le masque est difficile à maintenir en place.

TABLEAU B.9 PARTIE 3 : DONNER DE L'OXYGÈNE AU NOUVEAU-NÉ

	TENTE À OXYGÈNE	COUVESE
Débit et concentration	■ Faible = 3 L par minute ■ Modéré = 3,5 L par minute ■ Élevé = plus de 5 L par minute	■ Si vous utilisez une tente à oxygène pour la tête du bébé à l'intérieur de la couveuse, suivez les instructions pour la tente à oxygène. ■ Si vous connectez l'oxygène directement à la couveuse, suivez les instructions du fabricant.
Avantages	■ Chauffe l'oxygène. ■ Peut donner une concentration d'oxygène élevée.	■ Chauffe l'oxygène.

Inconvénients	■ Débit élevé d'oxygène requis pour obtenir la concentration voulue.
	■ L'allaitement direct n'est pas possible.
		■ Inconvénients de l'apport d'oxygène directement dans la couveuse :
		  ■ L'oxygène est gaspillé parce qu'un débit élevé d'oxygène est requis pour fournir la concentration voulue pour le bébé.
		  ■ Difficile de maintenir la concentration d'oxygène lorsque les hublots de la couveuse sont ouverts pour les soins et les interventions.
		  ■ L'allaitement direct n'est pas possible.

Remarque

1 Le tableau B.9 a été adapté de : Organisation Mondiale de la Santé. (2003). Managing newborn problems: A guide for doctors, nurses and midwives. Integrated management of pregnancy and childbirth. Genève : OMS.

Références générales

Faucher MA et Jackson G. (1992). Pharmaceutical preparations: A review of drugs commonly used during the neonatal period. *J Nurse Midwifery*, 37(2 Suppl.) 74-86.

Goren G et Cohen MS. (1995). *Special aspects of perinatal and pediatric pharmacology*. Dans: Katzung BG. Basic and clinical pharmacology (6th ed. pp 913-919). Norwalk, CT: Appleton-Lange.

Organisation Mondiale de la Santé. (2000). *Management of the child with a serious infection or severe malnutrition.* Genève : OMS. (WHO/FCH/CAH/00.1)

Organisation Mondiale de la Santé. (2000). *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors.* Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Genève : OMS. (WHO/RHR/00.7)

Organisation Mondiale de la Santé. (2003). *Managing newborn problems: A guide for doctors, nurses and midwives*. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Genève : OMS.

Références en ligne

Northern Neonatal Network. (2000). Neonatal Formulary (3d ed.). Consulté le 20 janvier 2003, sur www.neonatalformulary.com

C

Prévention des infections

Les infections peuvent être fatales au nouveau-né : Le système immunitaire du bébé (le système qui combat les infections) n'est en effet pas complètement développé. Les prestataires sont également exposés aux infections car ils sont en contact avec des patients qui peuvent avoir des infections.

Les prestataires peuvent prévenir les infections et enseigner aux familles comment les prévenir. Le respect d'étapes simples de prévention des infections, à domicile ou dans un service de soins, peut sauver des vies.

CAUSES DES INFECTIONS

Une infection est provoquée par de petits germes invisibles qui croissent et se multiplient dans le corps. Il en existe de nombreuses sortes : Les bactéries, les virus, les champignons et les parasites. Quand des germes pénètrent dans le corps, le système immunitaire s'y attaque et les tue pour prévenir la maladie. S'ils sont trop vigoureux ou nombreux, ils peuvent prendre le dessus et provoquer une infection, même dans le corps d'une personne saine. Les nouveau-nés et les gens qui sont malades, malnutris ou dont le système immunitaire est affaibli, n'ont pas une grande capacité à tuer les germes. En contact avec une infection, ils tombent malades plus facilement. Les germes infectieux se transmettent de diverses manières :

Par contact

Le fait de toucher un objet sale ou contaminé propage des microbes et contamine les mains. Une coupure sur la main permet aux microbes de pénétrer dans le corps et de provoquer une infection. Sans lavage des mains, les microbes peuvent aussi être transmis aux autres par contact.

Par le sang ou les sécrétions corporelles

Certains microbes infectieux vivent dans le sang ou dans les sécrétions corporelles (VIH, hépatite B) et sont transmissibles :

- Par la mère à son bébé pendant la grossesse, à la naissance ou pendant l'allaitement.
- Par des contacts sexuels.
- Par contact avec le sang ou le liquide amniotique d'une personne infectée. Le sang ou les liquides pénètrent dans le corps d'une personne non infectée par :
  - Une plaie ouverte, les muqueuses ou les yeux
  - Du sang reçu d'une personne infectée ou des aiguilles partagées avec une personne infectée

Par l'air

D'autres germes infectieux peuvent être projetés dans l'air par une personne qui tousse, et transmis à d'autres qui respirent cet air.

Par l'eau et les aliments

Des germes qui vivent dans l'eau ou les aliments peuvent être transmis aux personnes qui boivent l'eau et mangent les aliments contaminés.

QUI EST EXPOSÉ AUX INFECTIONS ET COMMENT

Les prestataires

- Les aiguilles contaminées ou d'autres instruments aiguisés peuvent percer la peau.
- Des liquides contaminés (sang ou autres liquides corporels) peuvent être projetés sur les muqueuses (yeux, nez ou bouche).
- Des germes infectieux peuvent pénétrer une peau lésée (coupures, égratignures, rougeurs, gerçures ou mycoses).

La mère et le bébé

- La mère et le bébé sont exposés quand le/la prestataire de soins de santé ne se lave pas les mains entre les patients et les procédures.
- Ils sont exposés lorsque les instruments et autres instruments utilisés ne sont pas nettoyés et traités correctement.

La communauté

L'élimination impropre de déchets médicaux (notamment les pansements, les tissus, le placenta, les aiguilles et les seringues) constitue un risque pour la communauté. Les éléments contaminés peuvent être trouvés par les enfants ou d'autres personnes s'ils sont jetés dans des décharges ouvertes ou au sol.

PRÉCAUTIONS STANDARD POUR PRÉVENIR LA TRANSMISSION DES INFECTIONS

De nombreuses infections peuvent être prévenues en respectant invariablement les normes de sécurité. Il existe des procédures de routine qui protègent aussi bien la santé du prestataire de soins que celle des patients contre le contact avec des matériaux infectés.

Le respect des normes de sécurité implique de toujours :

- Considérer chaque personne comme potentiellement infectieuse (même le bébé et le personnel médical).
- Vous laver les mains.
- Porter des vêtements protecteurs s'il y a lieu (gants, protections oculaires, tabliers, chaussures fermées).
- Éviter les blessures avec des objets aiguisés.
- Traiter les instruments et l'équipement de soins aux patients de façon sécurisée.
- Veiller à ce que les chambres des patients soient propres.
- Jeter les déchets dans le respect des protocoles de sécurité.
- Manipuler, transporter et traiter les linges utilisés/sales en toute sécurité.

Respectez les normes de sécurité avec *chaque* patient, que vous pensiez ou non qu'il/elle puisse avoir une infection. C'est important parce qu'il n'est pas toujours possible de deviner qui est infecté. Les personnes infectées ignorent souvent elles-mêmes qu'elles le sont.

LAVAGE DES MAINS

Le contact par les mains est le moyen le plus courant de transmettre une infection. Le lavage des mains est la manière la plus efficace pour réduire la transmission des infections. Lavez-vous les mains dès qu'il y a un risque qu'elles soient contaminées. Lavez-vous toujours les mains dans les circonstances suivantes :

- Dès que vous arrivez dans le centre de soins ou au domicile du patient
- Avant d'examiner une mère ou son bébé
- Avant d'enfiler des gants pour les procédures
- Avant de quitter le centre de soins ou le domicile du patient
- Avant de manger
- Avant d'examiner chaque patient
- Avant de toucher des instruments ou des objets qui peuvent avoir été contaminés par du sang ou d'autres fluides corporels, ou après avoir touché des muqueuses
- Après avoir manipulé du sang, des urines ou des selles
- Après avoir ôté tout type de gants (les mains peuvent être contaminées si les gants ont des petits trous ou des déchirures
- Après avoir utilisé les latrines ou les toilettes

Il y a deux sortes de lavage des mains dans les soins à la mère et au bébé :

1) Le lavage des mains avec du savon et de l'eau courante et,
2) Une friction des mains à l'alcool.

N'utilisez pas d'eau de javel directement sur les mains. C'est extrêmement irritant et cela dessèche la peau, provoquant des craquelures et des gerçures par lesquelles les germes peuvent pénétrer.

Ne lavez pas vos mains dans une cuvette d'eau stagnante, même si un antiseptique tel que du Dettol ou du Savlon y a été ajouté. Les germes croissent et se multiplient dans de l'eau stagnante.

SCHÉMA C.1 **LAVAGE DES MAINS**

C

TABLEAU C.1 ASTUCES POUR LE LAVAGE DES MAINS AVEC DU SAVON ET DE L'EAU COURANTE

Le lavage des mains avec du savon et de l'eau ôte les germes et les saletés tels que la poussière, le sang, les selles et autres substances corporelles.

Étapes du lavage des mains :

1. Mouillez les mains avec de l'EAU COURANTE. Si vous n'avez pas d'eau courante à portée de main, utilisez :
   - Un seau avec un robinet, ou
   - Un seau et une cruche. Une personne verse l'eau propre sur les mains de la personne qui se les lave.
   - Voir Tableau C.2 pour le recours à une friction des mains à l'alcool s'il n'y a pas d'eau propre.
2. Frottez vos mains l'une contre l'autre avec le savon pour faire mousser, recouvrez toutes les surfaces.
3. Entrecroisez vos doigts mouillés et savonneux et frottez les.
4. Rincez-vous les mains avec de l'EAU COURANTE jusqu'à ce que le savon soit parfaitement éliminé.
5. Séchez-vous les mains avec une serviette propre ou à l'air libre s'il n'y en a pas.
6. Lorsque vous vous lavez les mains avant une intervention, ne touchez pas de surface non nettoyée avant de toucher le patient, des instruments propres ou avant d'enfiler des gants.

Le lavage des mains doit prendre :

15 à 20 secondes : Avant et après la plupart des activités telles que l'examen du bébé, un contact avec une patiente ou l'utilisation de toilettes ou de latrines.

2 à 3 minutes : Si vos mains sont maculées de sang ou d'autres substances organiques (comme lorsque vos gants se sont déchirés), ou de saleté.

TABLEAU C.2 ASTUCES POUR SE FRICTIONNER LES MAINS À L'ALCOOL

Les frictions à l'alcool sont très efficaces pour tuer les germes normaux.

Quand éviter les frictions à l'alcool : Il est inefficace de se frotter les mains avec de l'alcool pour enlever la saleté, le sang, les selles ou d'autres substances corporelles. Le lavage à l'eau et au savon enlève ce type de matières.

Comment préparer une friction à l'alcool. Parce que l'alcool utilisé seul sèche la peau et peut provoquer des gerçures, mélangez-le comme suit avec un ingrédient pour hydrater la peau :

- 100 ml d'alcool à 60 à 90 %
- 2 ml de glycérine, propylène glycol ou sorbitol

Mode d'emploi :

- Versez 3 à 5 ml (1 cuillerée à café) de la solution pour lavage des mains à l'alcool dans vos mains.
- Frottez-les l'une contre l'autre, notamment entre les doigts et sous les ongles, jusqu'à ce qu'elles soient propres.

Après avoir utilisé cette méthode 5 à 10 fois, il convient d'éliminer les traces de produit hydratant (tel que la glycérine) sur la peau. Rincez au savon et à l'eau.

TRAITEMENT DES INSTRUMENTS ET DES AUTRES OBJETS

Les instruments et les autres objets tels que les gants réutilisables, les seringues réutilisables et les liens pour le cordon ombilical doivent être traités afin de ne pas transmettre d'infection par ce biais. Un traitement correct inclut les étapes suivantes :

Étape 1: Décontamination
Étape 2: Nettoyage
Étape 3: Désinfection ou stérilisation radicale
Étape 4: Stockage et utilisation

Il est important de respecter l'ordre de ces étapes pour plusieurs raisons :

Étape 1: La décontamination doit être effectuée en premier pour sécuriser la manipulation des objets.
Étape 2: Le nettoyage doit être effectué ensuite pour enlever les substances (telles que du sang séché) qui pourraient empêcher la stérilisation ou la décontamination radicale.
Étape 3: La décontamination radicale ou la stérilisation doivent être effectuées avant l'utilisation ou le stockage pour réduire le risque de contamination des patients.
Étape 4: Stocker ou utiliser les objets immédiatement après la décontamination radicale ou la stérilisation afin qu'ils ne soient pas contaminés.

Comment préparer une solution de décontamination au chlore à 0,5 %[1]

Le chlore est en général le produit chimique le moins cher, le plus accessible et dont l'action est la plus rapide pour fabriquer une solution de décontamination. Ce type de solution peut être préparée à partir :

- De javel domestique liquide (hypochlorite de sodium)
- Un détachant en poudre (chlorure de chaux)
- Des comprimés effervescents de javel

En raison de son faible coût et de sa large disponibilité, il est conseillé d'utiliser de la javel liquide ou en poudre. Une solution chlorée à 0,5 % est nécessaire pour la décontamination. Une dilution plus faible (moins de 0,5 %) pourrait ne pas tuer les germes. A l'opposé, une concentration plus élevée (plus de 0,5 %) fait appel à davantage de chlore (plus coûteux) et pourrait endommager les instruments.

TABLEAU C.3 ÉTAPE 1 : DÉCONTAMINATION

L'objectif de la décontamination des instruments et des autres objets réutilisables consiste à :

- Tuer les virus (tels que ceux de l'hépatite B, de l'hépatite C et du VIH) et de nombreux autres germes.
- Sécuriser la manipulation des objets lors du nettoyage.
- Rendre plus facile le nettoyage des objets en empêchant le sang ou d'autres liquides corporels et tissus de sécher dessus.

Comment décontaminer les instruments et les autres objets :

1. Mettez les objets dans un récipient en plastique rempli d'une solution à 0,5 % de chlore, immédiatement après usage.
2. Immergez le tout complètement dans la solution chlorée.
3. Laissez-les tremper pendant 10 minutes. Ne les laissez pas dans la solution plus de 10 minutes. Un trempage trop long dans la solution de chlore pourrait endommager les instruments et les autres objets.
4. Retirez les objets de la solution chlorée. Portez toujours des gants pour retirer des objets d'une solution chlorée.
5. Rincez les objets à l'eau. Mettez-les de côté jusqu'à ce que vous soyez prêt(e) à les nettoyer.
6. Changez la solution : 1) Au début de chaque journée ; 2) Chaque fois qu'elle est contaminée par du sang ou des liquides corporels ; ou 3) Si la solution devient trouble.

Les mélanges contenant du chlore se caractérisent par leur teneur en chlore « actif ». C'est le chlore actif de ces produits qui tue les germes. La quantité de chlore actif est indiquée en pourcentage et peut varier d'un produit à l'autre. Il s'agit d'un aspect important à connaître pour préparer une solution de chlore contenant 0,5 % de chlore actif.

Dans les pays où des produits français sont disponibles, le volume de chlore est en principe exprimé en degrés chlorométriques. Un degré chlorométrique contient environ 0,3 % de chlore actif. Par exemple, l'eau de Javel est à 15° chlorométriques, ce qui correspond approximativement à 5 % de chlore actif (15 fois les 0,3 %, soit 4,5 %, arrondis à 5 %).

Utilisation d'un liquide désinfectant et blanchissant à usage domestique

Le chlore dans un produit de type eau de Javel peut présenter diverses concentrations. Du moment que vous en connaissez le taux, vous pouvez utiliser n'importe quel produit désinfectant à usage domestique pour faire une solution de chlore à 0,5 % en utilisant la formule suivante :

[% de chlore dans l'agent désinfectant liquide divisé par 0,5 %] moins 1 = proportion d'eau par dose d'agent désinfectant[2]

Exemple : Pour faire une solution de chlore à 0,5 % à partir d'une concentration de 3,5 % de chlore, calculez comme suit :

[3,5 % divisé par 0,5 %] moins 1 = [7] moins 1 = 6

Dans ce cas vous devez mélanger une portion de liquide désinfectant avec 6 doses d'eau afin d'obtenir une solution chlorée à 0,5 %.

Utiliser une poudre désinfectante et blanchissante

Si vous utilisez un désinfectant en poudre, calculez la proportion de ce produit par rapport à l'eau en utilisant la formule suivante :

[% de chlore voulu divisé par % de chlore dans le désinfectant en poudre] 1 000 fois = grammes de poudre par litre d'eau

Exemple : Pour faire une solution de chlore à 0,5 % à partir d'une concentration de 3,5 % de chlore, calculez comme suit :

[3,5 % divisé par 0,5 %] moins 1 = [7] moins 1 = 6

Dans ce cas vous devez mélanger une portion de liquide désinfectant avec 6 doses d'eau afin d'obtenir une solution chlorée à 0,5 %.

Utiliser des comprimés de javele

Les pourcentages de chlore actif dans ces produits étant variables, suivez les instructions du fabricant. En l'absence de notice jointe aux comprimés, demandez-les à votre fournisseur ou contactez le fabricant.

Utilisation de savon pour le nettoyage

Le savon est important pour un nettoyage efficace, étant donné que l'eau seule n'enlèvera pas les protéines, les huiles ni la graisse :

- Lorsque le savon est dissout dans l'eau, il dissout les graisses, l'huile et d'autres corps étrangers, ce qui facilite leur évacuation par le nettoyage.
- Utilisez du savon nettoyant à usage domestique (en pain ou liquide), si possible, plutôt que des savonnettes de toilette. Les acides gras des savonnettes de toilette produisent une réaction avec les minéraux dans une eau dure, et laissent une écume difficile à éliminer.
- Si vous utilisez un pain de savon, gardez-le dans un porte savon ou un plat avec des trous pour l'évacuation de l'eau.
- N'utilisez pas de paille de fer ou de nettoyants abrasifs tels que du Cif ou de l'Ajax, car cela pourrait endommager les instruments et les autres objets en les rayant. Les germes pourraient alors se développer et se cacher dans ces rayures.

Dépôt minéral blanc : Un dépôt blanc poudreux peut se former dans le récipient et sur les objets fréquemment stérilisés. Il est produit par les sels de chaux dans l'eau. Pour réduire ce dépôt :

1. Ajoutez du vinaigre à l'eau.
2. Faites bouillir pendant 10 minutes avant d'ajouter les instruments à désinfecter à fond : Cette précaution permet de faire ressortir la chaux de l'eau, qui se dépose au fond ou sur les parois du récipient (plutôt que sur les objets stérilisés).
3. Utilisez la même eau toute la journée. Ne rajoutez que ce qu'il faut d'eau pour que les objets soient submergés.
4. Videz et nettoyez le récipient à la fin de chaque journée.

Flambage : Il est déconseillé de tenir un instrument dans les flammes pour une désinfection radicale, car cela n'est pas efficace pour tuer les germes.

TABLEAU C.4 ÉTAPE 2 : NETTOYAGE

L'objectif d'un récurage à la brosse au savon et à l'eau consiste à :

- Ôter le sang et les autres liquides corporels, les tissus et la saleté.
- Réduire le nombre de germes.
- Rendre efficace la stérilisation ou la désinfection radicale. Si un caillot de sang, par exemple, est laissé sur un instrument, les germes du caillot peuvent ne pas être complètement éliminés par la stérilisation ou la désinfection radicale.

Étapes du nettoyage

1. Portez des gants, un masque et des lunettes protectrices lorsque vous nettoyez.
2. Utilisez une brosse douce ou une vieille brosse à dents, du savon et de l'eau.
3. Récurez les objets tout en les tenant sous l'eau (essayez d'éviter d'éclabousser). Brossez les rainures, les crans et les articulations des instruments, là où il pourrait rester du sang et des tissus.
4. Rincez tous les objets dans de l'eau propre pour enlever tout le savon.

TABLEAU C.5 ÉTAPE 3 : DÉSINFECTION RADICALE PAR STÉRILISATION

La désinfection radicale tue tous les germes sauf certains endospores (bactéries difficiles à éliminer, telles que le tétanos ou la gangrène gazeuse, qui se constituent une coquille externe dure). La désinfection radicale peut être utilisée pour les instruments et les objets qui sont en contact direct avec de la peau lésée ou des muqueuses intactes. Si la stérilisation n'est pas possible, la désinfection radicale constitue la seule alternative acceptable. La désinfection radicale consiste à stériliser ou à désinfecter à la vapeur.

Étapes de la stérilisation :

1. Placez tous les instruments et les autres objets à désinfecter dans un récipient pour les faire bouillir.
2. Ouvrez les ciseaux et tous instruments à articulation.
3. Placez les forceps ou les pinces par dessus tous les autres équipements dans le récipient. Fixez un lien sur les forceps ou pinces et laissez-le dépasser au bord du récipient pour faciliter leur extraction.
4. Immergez complètement tous les objets dans l'eau.
5. Portez l'eau à ébullition.
6. Lorsque l'eau bout, couvrez le récipient et laissez bouillir pendant **20 MINUTES**. N'ajoutez aucun article après le début du compte à rebours. Ne faites pas bouillir l'eau trop fort, afin de protéger les instruments d'éventuelles détériorations et d'économiser le combustible.
7. Retirez les objets du récipient avec les forceps ou les pinces entièrement désinfectées.
8. Placez les instruments ou les objets dans un récipient entièrement désinfecté. il y a deux manières de procéder : a) Posez le récipient sur les autres éléments à bouillir et enlevez-le en premier, ou b) Remplissez le récipient d'une solution de chlore à 0,5 % et laissez-le tremper pendant 20 minutes. Versez ensuite la solution de chlore et rincez soigneusement le récipient avec de l'eau bouillie. Séchez le récipient à l'air avant de le réutiliser.
9. Séchez les autres objets à l'air avant de les utiliser ou de les entreposer. Ne laissez pas des objets ébouillantés dans l'eau qui ne bout plus. Ils pourraient facilement être contaminés lorsque l'eau refroidit.

TABLEAU C.6 ÉTAPE 3 : DÉSINFECTION RADICALE À LA VAPEUR

Avantages de la vapeur par rapport à la stérilisation :

- La vapeur endommage moins les gants et les autres objets en plastique ou en caoutchouc.
- La vapeur utilise moins d'eau.
- La vapeur utilise moins de carburant parce qu'il y a moins d'eau à bouillir.
- La vapeur ne laisse pas de dépôt de sel de chaux sur les instruments en métal.

Étapes du nettoyage à la la vapeur :

1. Premplissez d'eau le fond d'un récipient à étuver.
2. Placez à l'intérieur un plateau troué pour l'étuvage.
3. Posez tous les objets sur le plateau d'étuvage. Ouvrez les ciseaux et les autres instruments à articulation.
4. Placez les forceps ou les pinces par dessus tous les autres équipements dans le récipient. Fixez un lien sur les forceps ou pinces et laissez-le dépasser au bord du récipient pour faciliter leur extraction.
5. Portez l'eau à ébullition.
6. Une fois que l'eau bout, couvrez le récipient et laissez bouillir pendant **20 MINUTES**. N'ajoutez aucun article après le début du compte à rebours. Ne faites pas bouillir l'eau trop fort. Vous économiserez ainsi du carburant.
7. Ôtez les objets du récipient avec les forceps ou les pinces radicalement désinfectées.
8. Placez les instruments ou les objets dans un récipient radicalement désinfecté. Il y a deux manières de désinfecter entièrement un récipient : a) Posez le récipient et son couvercle par-dessus les autres éléments pour qu'ils soient étuvés et enlevés en premier ; ou b) Remplissez le récipient d'une solution chlorée à 0,5 % et laissez tremper pendant 20 minutes. Videz ensuite la solution de chlore et rincez soigneusement le récipient avec de l'eau bouillie. Séchez le récipient à l'air avant de le réutiliser.
9. Séchez les objets à l'air libre.
10. Lorsqu'ils sont secs, utilisez les objets ou entreposez-les dans un récipient radicalement désinfecté et recouvert.

TABLEAU C.7 ÉTAPE 3 : STÉRILISATION PAR ETUVAGE (AUTOCLAVE)

La stérilisation tue tous les germes, même les endospores. Tout article qui entre en contact avec le flux sanguin ou les tissus sous-cutanés (aiguilles, seringues, instruments chirurgicaux, etc.) doit être stérilisé à la vapeur (étuvage à l'autoclave) ou à la chaleur sèche.

La stérilisation par étuvage utilise la chaleur humide sous pression, il faut donc à la fois de l'eau et de la chaleur. La chaleur peut être fournie par l'électricité ou par une autre source d'énergie (telle qu'un réchaud à kérosène). L'autoclave doit être équipé d'un appareil à tension.

Étapes de la stérilisation par étuvage :

1. Décontaminez, nettoyez et séchez tous les instruments et les autres objets à stériliser.
2. Ouvrez ou déverrouillez tous les instruments à articulation, tels que les ciseaux, pour que la vapeur puisse atteindre toutes les surfaces des objets.
3. Si vous enveloppez les objets pour les étuver, utilisez deux couches de papier, de journal, de coton ou de mousseline. (N'utilisez pas de toile, la vapeur ne pouvant pas pénétrer dans cette matière). Enveloppez déjà dans une couche, puis enveloppez le paquet dans une seconde couche. Marquez des repères en enveloppant (voir schéma C.2) afin que les objets puissent être déballés facilement, sans être contaminés. N'enfermez pas hermétiquement les objets dans un récipient où la vapeur ne pénètre pas.
4. Ne tassez pas trop les objets dans l'autoclave. Laissez des espaces entre les objets pour que la vapeur puisse aller partout.
   De nombreux types d'autoclaves sont disponibles en fonction des pays. Suivez autant que possible les instructions du fabricant. Stérilisez, en général, à 121 °C (250 °F) et à 106 kPa (15 livres/pouce2) de pression. Ne commencez pas à chronométrer avant que l'autoclave n'atteigne la température et la pression voulues :
   - Les objets enveloppés prennent 30 minutes.
   - Les objets déballés prennent 20 minutes.

Remarque : Les unités de pression inscrites sur le appareil à tension de l'autoclave peuvent varier d'un autoclave à l'autre. Le volume de pression requis peut être exprimé dans une des mesures suivantes :
   - 15 livres/pouce^2 (15 livres par pouce au carré)
   - 106 kPa (106 kilopascals)
   - 1 atm (1 atmosphère)
   - 1 kgf/cm^2 (1 kilogramme de force par centimètre carré)
   - 776 torr
   - 776 mm Hg (776 millimètres de mercure)
5. À la fin du cycle :
   - Si l'autoclave est automatique, le chauffage s'arrête et la pression commence tomber.
   - Si l'autoclave n'est pas automatique, arrêtez le chauffage et retirez l'autoclave de la source de chaleur.
6. Attendez que le appareil à tension atteigne « zéro.» Ouvrez le couvercle de l'autoclave pour que ce qui reste de vapeur s'échappe.
7. Laissez les paquets d'instruments ou d'objets enveloppés dans l'autoclave jusqu'à ce qu'ils soient complètement secs, ce qui devrait prendre 30 minutes. Pour être retirés, les objets doivent être secs. Les paquets qui sont humides quand ils sont retirés de l'autoclave attirent des micro-organismes de l'environnement et doivent être considérés comme contaminés.
8. Ôtez les objets de l'autoclave lorsqu'ils sont secs. Si des objets ne sont pas emballés, utilisez les pinces stériles pour les sortir et les transférer dans un récipient stérile.
9. Utilisez ou rangez immédiatement le matériel étuvé.

SCHÉMA C.2 EMBALLER LES INSTRUMENTS POUR LES STÉRILISER

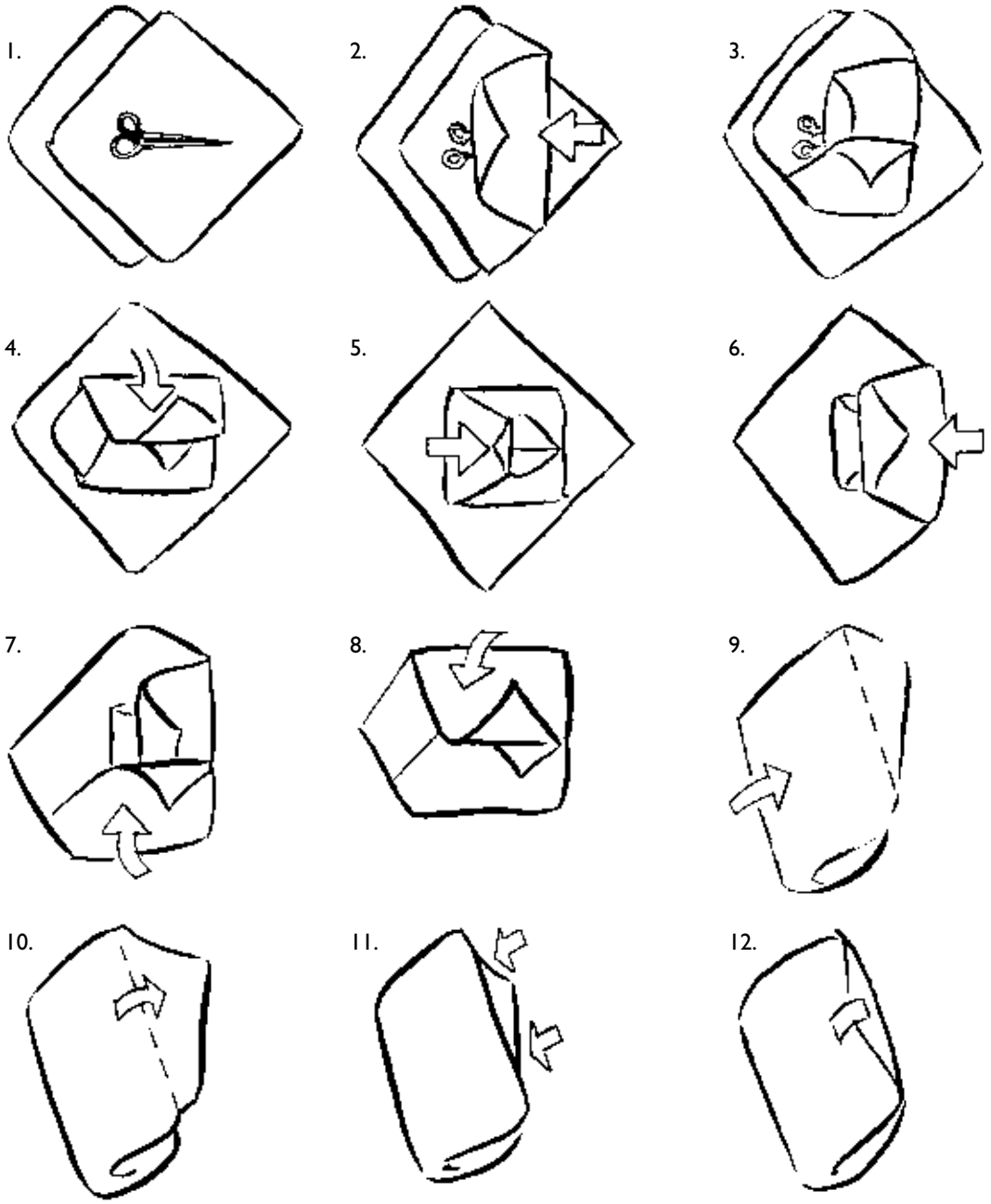


TABLEAU C.8 ÉTAPE 3 : STÉRILISATION EN CHALEUR SÈCHE (FOUR ELECTRIQUE OU À GAZ)

La stérilisation en chaleur sèche nécessite une température soutenue et élevée, ce qui requiert une alimentation constante en électricité ou en carburant. Seuls les objets en verre ou en métal peuvent être stérilisés en chaleur sèche. Les gants et les objets en plastiques fondraient ou brûleraient à des températures élevées.

Étapes de la stérilisation en chaleur sèche :

1. Décontaminez, nettoyez et séchez tous les instruments et les autres objets à stériliser.
2. Préparez les instruments :
   a) Emballez les instruments dans des feuilles d'aluminium, deux couches de coton ou de la mousseline ;
   b) Posez les instruments non emballés sur un plateau, une étagère ; ou
   c) Placez-les dans un récipient en métal et à couvercle.
3. Placez les objets dans le four et chauffez-les à la température voulue. Utilisez un thermomètre de four pour vous assurer que la température convenable est atteinte.
4. Maintenir la température pendant le temps requis. Commencez le chronométrage une fois la température requise atteinte. N'ouvrez pas la porte du four et n'ajoutez ni n'enlevez aucun article une fois le compte à rebours enclenché. Le temps requis dépend de la température :
   170 °C (340°F) = 1 heure
   160 °C (320°F) = 2 heures
   150 °C (300°F) = 2 heures et demie
   140 °C (285°F) = 3 heures
   La chaleur sèche pouvant ternir les instruments aiguisés et les aiguilles, ces objets ne doivent pas être stérilisés à une température supérieure à 160 °C.
5. Éteignez le four et laissez les objets refroidir avant de les sortir.
6. Lorsqu'ils sont complètement refroidis, enlevez-les à l'aide de pinces stériles.
7. Utilisez ou rangez immédiatement le matériel étuvé.

TABLEAU C.9 ÉTAPE 4 : ENTREPOSER OU UTILISER

Après le traitement, les objets entièrement désinfectés ou stérilisés doivent être immédiatement utilisés ou entreposés convenablement afin qu'ils ne soient pas contaminés. Un stockage convenable est aussi important que la décontamination, le nettoyage, la stérilisation ou la désinfection radicale.

Directives pour l'entreposage ou l'utilisation :

- N'entreposez jamais les instruments ou les autres objets avant qu'ils ne soient secs. Ne les conservez *pas* dans des solutions car les micro-organismes peuvent vivre et se multiplier dans les solutions antiseptiques et désinfectantes.
- Maintenez la zone d'entreposage propre, sèche et sans poussière.
- Les paquets et les récipients doivent être entreposés au moins :
  - À 20 à 25 cm (8 à 10 pouces) du sol
  - À 45 à 50 cm (18 à 20 pouces) du plafond
  - À 15 à 20 cm (6 à 8 pouces) d'un mur extérieur
- N'utilisez pas de boîtes en carton. Elles amassent de la poussière et peuvent contenir des insectes.
- Datez les fournitures et utilisez-les par roulement. Suivez le principe du premier entré/premier sorti :
  - Inscrivez la date de stérilisation sur le paquet avant de le ranger dans le stérilisateur.
  - Utilisez en premier les objets dont la date de stérilisation est la plus ancienne.
  - Stockez les objets récemment stérilisés derrière ou sous ceux qui ont été stérilisés antérieurement.
- La durée pendant laquelle des objets restent stérilisés ou radicalement désinfectés dépend :
  - De la qualité de l'emballage/du récipient
  - Du nombre de fois où le récipient est ouvert
  - Du nombre de fois où le paquet est manipulé avant d'être utilisé
  - Du stockage sur une étagère ouverte ou hermétique
  - Des conditions de la zone de stockage (température, humidité et propreté)
  - De l'utilisation de sacs en plastique pour recouvrir les paquets et du caractère hermétique de leur fermeture

Objets emballés. Avec un bon stockage et peu de manipulation, des objets bien emballés peuvent être considérés comme stériles tant qu'ils demeurent intacts et secs. *En cas de doute* sur la stérilité du paquet, considérez-le comme contaminé et stérilisez-le à nouveau.
Objets non emballés. Utilisez les objets non emballés immédiatement ou conservez-les dans un récipient radicalement désinfecté ou stérile et couvert pendant une semaine.

TRAITEMENT DU LINGE

Le risque de transmission des infections par le linge sale est minime. Il n'est pas nécessaire de le décontaminer. Les plus grands dangers lors du traitement du linge surviennent :

- Quand des objets coupants, comme des aiguilles et des instruments chirurgicaux, sont laissés dans ou sur le linge
- En le triant
- En le lavant à la main

Portez toujours des gants de ménage épais pour manipuler le linge sale. Lors du tri et du lavage à la main du linge sale, porter des lunettes protectrices, un tablier en plastique ou en caoutchouc et des chaussures fermées. Les étapes du traitement du linge sont exposées ci-dessous :

1. Collecte et transport
- Ne posez jamais le linge sale à même le sol. Placez-le dans un conteneur étanche muni d'un couvercle ou dans un sac en plastique.
- Transportez le linge sale dans ce même conteneur ou sac pour éviter le contact avec la peau, les muqueuses ou les vêtements.

2. Tri
- Manipulez le linge sale le moins possible.
- Pour empêcher la dispersion des germes, ne secouez pas le linge sale.
- Retirez tout instrument ou pansement sale ou sanglant.

3. Lavage
- Lavez à la main ou à la machine.
- Le linge très sale doit être :
  - Pré-trempé dans linge non souillé
- Lavé avec du détergent et de l'eau.
- Utilisez de l'eau tiède ou chaude si vous en disposez (contribue à faire dissoudre les salissures).
- Après le lavage, vérifiez la propreté. Relavez si le linge est encore sale.
- Rincer à l'eau propre.

4. Séchage
- Séchez complètement, à l'air ou à la machine.
- Si vous le séchez à l'air, éloignez-le du sol, des animaux, de la poussière et de la saleté.

5. Vérification et pliage
- Vérifiez qu'il n'y ait pas de trous. Réparez s'il y en a.
- Repassez-le et pliez-le, à moins qu'il doive être stérilisé. (Le repassage sèche le tissu et rend plus difficile le passage à l'autoclave).

6. Stérilisation
- Utilisez cette étape uniquement si du linge stérile est nécessaire (comme pour la chirurgie).
- Seule la stérilisation à la vapeur (étuvage en autoclave) doit être utilisée pour le linge. De nombreux tissus brûlent aux températures élevées utilisées pour la stérilisation en chaleur sèche.
- Les paquets qui contiennent le linge doivent mesurer au plus 30 X 30 X 50 cm (12 X 12 X 20 pouces) ou 5 kg (11 livres) pour permettre à la vapeur de traverser les paquets. Placez les paquets de linge sur le côté dans l'autoclave. Il est plus facile pour la vapeur de traverser les paquets sur le côté qu'à plat, à travers des surfaces comprimées.

7. Stockage
- Gardez le linge propre, dans un endroit propre, sec et fermé.

GANTS ET VÊTEMENTS DE PROTECTION

Pour minimiser la dispersion des germes et protéger l'environnement des infections, utilisez des gants de protection et lavez-vous les mains. Les trois sortes de gants que vous pouvez utiliser sont :

1. Des gants de ménage

Portez-les pour :
- Manipuler des instruments ou du linge sale et des déchets
- Pour faire le ménage
- Pour nettoyer des surfaces contaminées

Les gants de ménage peuvent être réutilisés après nettoyage. Après avoir utilisé des gants de ménage, lavez-vous toujours deux fois les mains : Une fois avec les gants et une autre après les avoir ôtés

2. Gants à usage unique (gants d'examen)

Les gants d'examen doivent être portés :
- Pour des procédures qui impliquent un contact avec les muqueuses
- Lorsqu'il y a risque d'exposition au sang ou à d'autres liquides corporels (prélever des échantillons pour des tests en laboratoire, changer des pansements, etc.)

Les gants d'examen sont : 1) Propres, mais pas stériles ni radicalement nettoyés ; 2) Très fins et ils doivent toujours être jetés après une utilisation ; et 3) Fournis en vrac dans une boite ou conditionnés individuellement.

3. Gants chirurgicaux (stériles)

Portez des gants chirurgicaux pour toutes les procédures qui requièrent un contact avec des tissus

TABLEAU C.10

QUELS TYPES DE GANTS SONT NÉCESSAIRES ET QUAND

ACTION	DES GANTS SONT-ILS NÉCESSAIRES ?	GANTS RECOMMANDÉS	GANTS ACCEPTABLES
Vérifiez la température	Non	-	-
Injection	Non	-	-
Examen du nouveau-né	Non	-	-
Prise de sang	Oui	À usage unique	Radicalement nettoyés
Accouchement normal	Oui	Chirurgicaux	Radicalement nettoyés
Réanimation du nouveau-né	De préférence	À usage unique	Radicalement nettoyés
Chirurgie	Oui	Chirurgicaux	Radicalement nettoyés
Nettoyage des instruments	Oui	De ménage	Radicalement nettoyés
Nettoyage du sang et d'autres épanchements de liquides corporels	Oui	De ménage	Radicalement nettoyés
Manipulation de déchets contaminés	Oui	De ménage	Radicalement nettoyés
Lavage du linge	Oui	De ménage	Radicalement nettoyés

sous-cutanés ou avec le flux sanguin (procédures chirurgicales, accouchements, etc.). Des gants chirurgicaux jetables sont recommandés si possible.

Les gants pour les procédures chirurgicales doivent être stériles. Veillez à ne pas les contaminer en les enfilant.

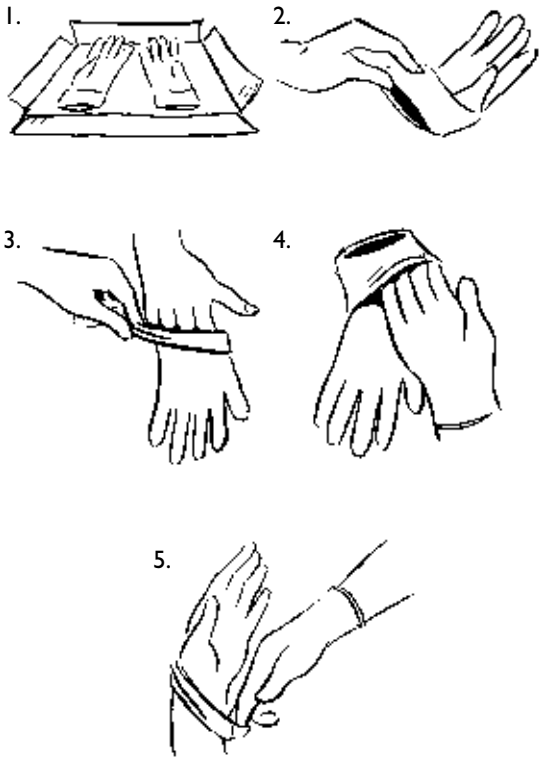
Traitement des gants chirurgicaux

Les gants chirurgicaux sont difficiles à nettoyer et à retraiter correctement ; le retraitement n'est donc en principe pas recommandé. Quand les gants manquent, vous pouvez les réutiliser s'ils ne sont pas troués et si le traitement en trois étapes est respecté :

1. Décontamination (par trempage dans une solution chlorée à 0,5).
2. Nettoyage (en les lavant avec du savon puis en les rinçant).
3. Stérilisation (par autoclave) ou désinfection radicale (par étuvage).

Il n'est pas recommandé de faire bouillir des gants.

SCHÉMA C.3 **METTRE DES GANTS CHIRURGICAUX**



Comment enfiler des gants chirurgicaux

1. Lavez-vous soigneusement les mains à l'eau et au savon, puis séchez-les avec une serviette propre ou à l'air libre.
2. Ouvrez soigneusement le paquet de gants, sans toucher aux gants eux-mêmes ni à la surface intérieure de l'emballage.
3. Une paire de gants chirurgicaux comporte une main droite et une main gauche. Glissez les doigts d'une main à moitié dans le gant et rabattez-le. Ne laissez rien toucher l'extérieur du gant en l'enfilant.
4. Attrapez le poignet retourné du gant avec l'autre main et tirez pour l'enfiler complètement. Ne rabattez pas le poignet et ne touchez pas l'extérieur du gant en l'enfilant. (Voir schéma C. 3).

5. Glissez les doigts gantés de la première main sous le poignet rabattu du second gant.
6. Glissez la seconde main dans le second gant.

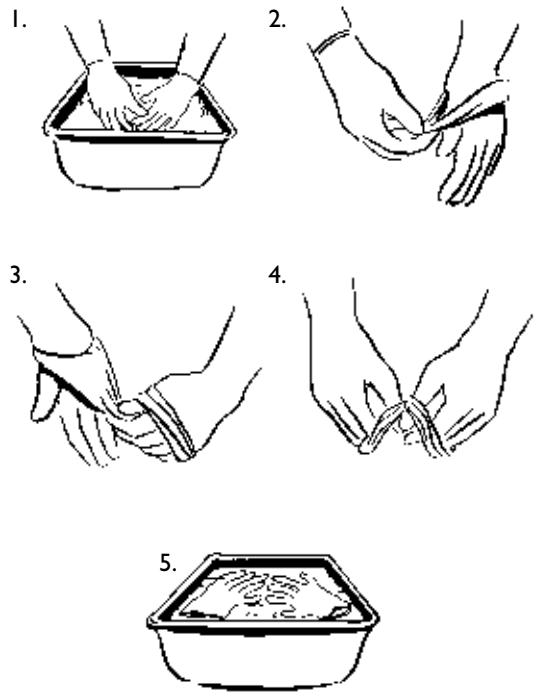
7. Rabattez les poignets (les déplier). Lorsque vous procédez ainsi, vos doigts gantés ne doivent toucher que la surface extérieure des gants.
8. Une fois les gants stériles enfilés, tenez vos mains en hauteur et éloignées du corps, en prenant soin de ne pas toucher quoi que ce soit en dehors du champ stérile.

Ôter des gants contaminés

1. Ôtez les gants utilisés avant de toucher quoi que ce soit.
2. Avant d'enlever des gants contaminés, trempez vos mains gantées dans une solution chlorée à 0,5 % pour rincer la surface externe et pour enlever le sang ou d'autres liquides corporels, et les tissus.
3. Enlevez soigneusement les gants sans en toucher la surface extérieure de vos mains nues.
   - Pour enlever le premier gant : D'une main, faites glisser l'autre gant en le tirant doucement par le poignet et en le retournant.
   - Pour enlever le second gant : Utilisez le gant re tourné pour enlever le second en le faisant glisser doucement en tirant sur le poignet. Le second gant doit aussi être retourné.
4. Mettez les deux gants à tremper dans une solution chlorée à 0,5 %.

N'oubliez pas : Après avoir retiré les deux gants, lavez-vous les mains ! Les gants peuvent se déchirer en cours d'utilisation. La plupart des gants ont de minuscules trous imperceptibles. Des germes peuvent y pénétrer et atteindre vos mains, même quand vous portez des gants.

SCHÉMA C.4 **ÔTER DES GANTS CHIRURGICAUX**



C

Vêtements de protection

Les vêtements de protection peuvent protéger la santé du prestataire de soins tout comme celle de la patiente. Tout linge mouillé absorbe les germes comme une éponge. Ces germes peuvent pénétrer dans le corps d'une personne par n'importe quelle coupure ou plaie et par les muqueuses de l'œil, du nez et de la bouche.

Masque et protection des yeux

Les masques et lunettes de protection doivent être portés chaque fois qu'il y a risque de projection de sang ou de liquides corporels qui pourraient pénétrer dans l'œil, la bouche ou le nez du ou de la prestataire de soins de santé. Ceci peut se produire :

- Lors du tri et du nettoyage des instruments et du linge
- Lors d'un accouchement par voie basse
- Au moment de couper le cordon ombilical

Les protections oculaires peuvent inclure des lunettes protectrices, des masques protecteurs, des lunettes de vue ou de simples lentilles.

Tablier

Le tablier doit être en caoutchouc ou en plastique (étanche) et porté pour :

- Trier et nettoyer des instruments et du linge
- Un accouchement par voie basse

Protection des pieds

De robustes chaussures fermées doivent être portées à tout moment pour protéger la santé du prestataire de soins de santé :

- De toute blessure avec des objets aiguisés ou lourds
- Du sang et des autres liquides corporels qui pour raient être projetés ou s'écouler au sol. (Ceci est particulièrement important si le/la prestataire de soins de santé à une coupure ou une plaie au pied.)

Protection de la patiente

Le/la prestataire de soins de santé doit porter un masque si il ou elle a un rhume, tousse, un mal à la gorge ou une infection des voies respiratoires supérieures Si le/la prestataire de soins de santé a une coupure ou une plaie à la main, il/elle doit veiller à la nettoyer, à la couvrir d'un pansement et porter un gant par-dessus.

PROTECTION CONTRE LES OBJETS AIGUISÉS

Les objets coupant/tranchants sont les aiguilles, les rasoirs, les lames de scalpel et les autres instruments coupants ou piquants, utilisés pour les soins de santé. Après usage, l'objet est contaminé et peut facilement transmettre une infection à des tiers par une piqûre ou une coupure accidentelle.

Prévenir les blessures par objet coupant/tranchant

Soyez extrêmement prudent en manipulant des aiguilles et d'autres objets coupants/tranchants, manipulez-les le moins possible après usage. Mettez les aiguilles et les seringues réutilisables à tremper dans une solution décontaminante immédiatement après usage.

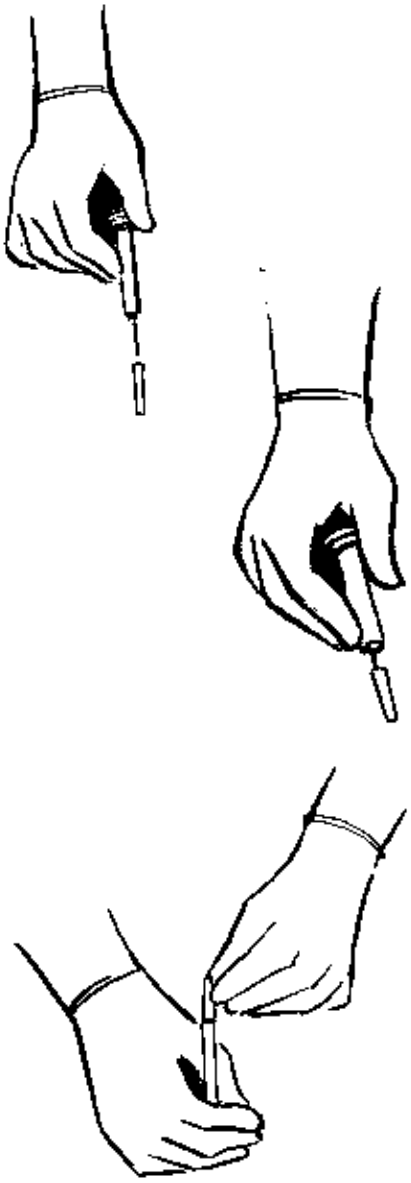
Manipulez les aiguilles comme suit :

- Ne tordez pas une aiguille hypodermique à usage unique avant de la jeter, ne la cassez pas et ne la coupez pas non plus.
- N'enlevez pas l'aiguille de la seringue à la main. Attrapez l'aiguille avec les forceps pour la séparer de la seringue avant de les nettoyer et de les désinfecter radicalement.
- Ne remettez pas le capuchon d'une aiguille. Des piqûres accidentelles avec des aiguilles peuvent facilement se produire. Si vous devez remettre le capuchon d'une aiguille (quand il n'est pas possible de la jeter immédiatement, par exemple), utilisez la technique d'une main : En tenant la seringue à laquelle l'aiguille est fixée d'une main, insérez l'aiguille dans le capuchon qui est posé sur une surface inerte telle qu'une table. Tenez ensuite la seringue vers le haut (en utilisant la même main) et utilisez l'autre main pour enfoncer le capuchon.

Éliminez convenablement les aiguilles hypodermiques à usage unique et les autres objets coupants/tranchants.

- Jetez les aiguilles et les seringues immédiatement après usage.
- Placez-les dans un conteneur pour déchets aiguisés, résistant aux piqûres et doté d'une petite ouverture. Il peut être en carton épais, en plastique, en verre ou en métal.
- Cachetez l'ouverture et brûlez le conteneur pour déchets coupants/tranchants lorsqu'il est plein aux trois quarts.
- Si vous ne pouvez pas le brûler, décontaminez les aiguilles et les seringues, puis mettez-les dans un conteneur à déchets adapté à cet effet et enterrez-le dans un trou. Respectez la procédure suivante :
  1. Après usage, ne remettez pas le capuchon de l'aiguille et ne séparez pas l'aiguille de la seringue.
  2. Remplissez l'aiguille et la seringue avec une solution de décontamination à 0,5 %. Remplissez et videz trois fois avec la solution.
  3. Placez l'aiguille et la seringue dans un conteneur à déchets coupants/tranchants après décontamination.

SCHÉMA C.5 **TECHNIQUE D'UNE MAIN**



C

MÉNAGE

Le ménage réduit les germes, réduit le risque d'accident et fournit un endroit sûr pour les soins de santé.

Solutions nettoyantes utilisées pour le ménage

Détergent et solution aqueuse

- Les détergents ôtent la saleté et dissolvent ou suspendent les graisses et l'huile qui sont ainsi plus faciles à enlever en frottant.
- Utilisés en général pour le nettoyage :
  - Des murs, des fenêtres, des plafonds et des portes (notamment des poignées)
  - Sols (en l'absence de fluides corporels)
  - Équipement tel qu'un stéthoscope, une balance (en l'absence de fluides corporels)

Solution de décontamination

- Utilisée pour la décontamination des zones souillées avant le nettoyage pour que le nettoyage soit sans risque. La solution doit être utilisée d'abord, avant le nettoyage général, chaque fois que des liquides corporels se sont répandus :
  - Sols, murs, meubles, lits, etc.
  - Équipement tel qu'un stéthoscope, une balance
- Utilisez une solution de décontamination chlorée à 0,5 %.

Solution nettoyante et désinfectante

- Contient un désinfectant, un détergent et de l'eau.
- Préparez une solution nettoyante en mélangeant une solution chlorée à 0,5 % à du détergeant. Continuez à ajouter du détergent et remuez jusqu'à ce que la solution soit légèrement savonneuse.
- Les solutions chlorées ne doivent jamais être mélangées à des produits de nettoyage contenant de l'ammoniaque, du chlorure d'ammonium ou de l'acide phosphorique. Le mélange de ces produits chimiques provoque des émanations de chlore gazeux, qui peuvent causer des nausées, une irritation de l'œil, des maux de tête et un essoufflement. Ces symptômes peuvent durer plusieurs heures. Si vous êtes exposé(e) à une odeur forte après avoir mélangé la solution chlorée à un agent nettoyant, quittez la pièce ou la zone immédiatement jusqu'à ce que les vapeurs se soient complètement dissipées.
- Le désinfectant tue de nombreux germes infectieux, alors que le détergent ôte la saleté et les autres substances que l'eau ou le désinfectant seuls ne peuvent pas enlever.
- Utilisée pour nettoyer des zones qui peuvent être contaminées par des substances infectieuses telles que :
  - Les salles d'accouchement, les salles d'opération, les salles de radiologie et d'examen
  - Les sols (si des liquides corporels se sont répandus)
  - Les éviers (utilisez une éponge, une brosse ou un chiffon distinct, avec une solution nettoyante et désinfectante, puis rincez l'évier à l'eau)
  - Les toilettes et les latrines (utilisez une éponge, une brosse ou un chiffon distinct avec une solution désinfectante)
  - Les tables, les chaises, les dessus de table, les lits, les matelas, les plans de travail
  - Les conteneurs de déchets

Directives générales en matière de ménage

- **Portez toujours des gants** pour nettoyer. Utilisez des gants de ménage épais, si possible.
- **Utilisez un chiffon ou un balai humide** ou mouillé plutôt qu'un chiffon sec pour faire la poussière ou pour balayer (pour réduire la dispersion de la poussière et des germes).
- **Frotter** est la meilleure manière pour enlever la saleté et les germes.
- **Le nettoyage doit toujours se faire du haut jusqu'en bas afin** que la poussière, la saleté et les germes tombent au sol, qui est nettoyé en dernier. Nettoyez les plafonniers, par exemple, puis les étagères, puis les tables et enfin le sol.
- **Préparez une solution nettoyante fraîche chaque jour.**
- **Changez-la dès qu'elle a l'air sale.** Une solution a moins de chance de tuer les germes infectieux si elle est très sale.
- Respectez un calendrier de nettoyage régulier. (Voir tableau C.11 en face.)
- **Les fournitures et l'équipement utilisés pour le nettoyage doivent également être nettoyés.** L'équipement (tel que les balais, les seaux et les vêtements) doit être décontaminé avec une solution chlorée à 0,5 %, nettoyé dans un détergent et de l'eau, rincé à l'eau propre, et séché avant réutilisation.

TABLEAU C.11

PROCÉDURES ORDINAIRES DE MÉNAGE RECOMMANDÉES DANS UN SERVICE DE SOINS

FRÉQUENCE	CE QU'IL FAUT NETTOYER
Quotidiennement	Les salles d'accouchement, les salles d'opération, les salles de radiologie et d'examen
	Sols
	Meubles et équipement utilisés quotidiennement (tables d'examen, chaises, dessus de tables, plans de travail, balances, stéthoscopes, lits d'accouchement, potences pour intraveineuses)
	Éviers (utilisez une éponge, une brosse ou un chiffon distinct, avec une solution nettoyante et désinfectante, puis rincez l'évier à l'eau)
	Toilettes et latrines (utilisez une éponge, une brosse ou un chiffon distinct, avec une solution nettoyante et désinfectante)
	Conteneurs de déchets (utilisez une solution nettoyante et désinfectante)
Toutes les semaines	Utilisez un détergent et une solution aqueuse pour nettoyer les éléments suivants : ■ Portes (y compris les poignées) ■ Fenêtres ■ Murs ■ Plafonds ■ Plafonniers
Immédiatement	Meubles, sols, salles et équipement ; après des épanchements, des procédures ou après un accouchement.
Après le départ d'un patient	Matelas, draps, cadre du lit et tout autre équipement utilisé pour les soins du patient (utilisez une solution nettoyante et désinfectante)

Nettoyez les écoulements

Nettoyez immédiatement les écoulements de sang et de liquides corporels.

Lorsque vous nettoyez les écoulements :

- Portez toujours des gants.
- **Pour de petits écoulements :** Nettoyez avec un chiffon imprégné d'une solution chlorée à 0,5 %. Nettoyez ensuite la zone avec une solution nettoyante et désinfectante.
- **Pour des écoulements plus importants :** Recouvrez (noyez) l'écoulement dans une solution chlorée à 0,5 %. Essuyez ensuite la solution, et nettoyez la zone avec une solution nettoyante et désinfectante.
- Ne remettez jamais à plus tard le nettoyage d'un écoulement au sol (même s'il est recouvert) ; quelqu'un pourrait glisser et tomber dessus et se blesser.

ÉLIMINATION DES DÉCHETS CONTAMINÉS

L'élimination des déchets est une partie cruciale de la prévention des infections. Une élimination convenable des déchets :

- Empêche la propagation de l'infection aux prestataires et au personnel de nettoyage qui manipule des déchets
- Empêche la propagation de l'infection dans la communauté locale
- Attire moins d'insectes et n'attire pas les animaux
- Empêche la contamination du sol ou des nappes souterraines par des produits chimiques ou des germes

Attention ! Éliminez toujours les déchets médicaux correctement. Ne les jetez jamais simplement dehors et ne les laissez jamais entassés à découvert.

Protégez-vous pendant l'élimination des déchets

1. Portez toujours une protection lorsque vous transportez et jetez des déchets (gants de ménage, protection oculaire et tablier étanche).
2. Éliminez soigneusement les déchets liquides :
   - Versez soigneusement les liquides dans les canalisations, dans les toilettes ou les latrines pour empêcher les projections.
   - Décontaminez un conteneur qui a été utilisé pour des déchets liquides en le trempant dans une solution chlorée à 0,5 % pendant 10 minutes avant de le laver.
3. Éliminez soigneusement les déchets solides :
   - N'utilisez jamais vos mains pour comprimer ou comprimer les déchets dans des conteneurs.
   - Posez des sacs en plastique dessus.
   - Empêchez les contacts et les frictions entre votre corps et les sacs de déchets lorsque vous les soulevez et pendant le transport.
4. Après avoir éliminé les déchets, enlevez les gants de ménage contaminés, les protections oculaires et le tablier. Essuyez-les avec une solution chlorée nettoyante et désinfectante à 0,5 % (solution chlorée à 0,5 % et du détergent), quotidiennement et chaque fois qu'ils sont visiblement sales.
5. Lavez-vous les mains et séchez-les, soit au savon et à l'eau, soit par une friction à l'alcool.

Élimination des placentas : Une situation spéciale

Il est souvent important pour la famille de ramener le placenta chez elle après la naissance. C'est son droit. En tant que prestataire de soins de santé, vous pouvez aider la famille en leur donnant le placenta et en leur expliquant le moyen le plus sûr de le manipuler.

Dites-leur d'emmener le placenta chez eux, dans un sac en plastique doublé et résistant aux fuites, ou placez-le dans un sac en plastique à l'intérieur d'un conteneur rigide, en argile, en métal ou en plastique.

Expliquez que le placenta contient du sang, et qu'il vaut donc mieux ne pas le toucher directement à mains nues. Conseillez-leur d'utilisez des gants ou un sac en plastique pour couvrir leurs mains lorsqu'il manipuleront le placenta et de se laver les mains après cela.

TABLEAU C.12 MÉTHODES D'ÉLIMINATION DES DÉCHETS CONTAMINÉS

Évier, toilettes ou latrines	Avant de verser des déchets liquides dans un évier ou dans les toilettes, pensez à l'endroit où les canalisations se déversent. Il est dangereux que des déchets médicaux liquides coulent dans des gouttières ou des caniveaux à l'air libre.
Brûlez	C'est la meilleure méthode pour éliminer les déchets solides contaminés. Cela empêche la récupération et la réutilisation.
Enterrez	Enterrer est une autre option pour éliminer les déchets solides contaminés. La fosse doit être située dans un lieu sûr et correctement rempli et couvert. Une fosse située dans un lieu sûr : ■ Est entourée d'une cloture ■ Est située à 50 mètres au moins (155 pieds) de toute source d'eau ■ Est en contrebas de tous puits ■ N'est pas dans une zone inondable ■ N'a pas de nappe phréatique à moins de 4 mètres (12 pieds) sous la surface
Fermez hermétiquement	Fermez hermétiquement le conteneur qui contient des déchets en le remplissant de ciment, de mousse expansée ou d'argile et attendez que ce soit sec. Enterrez alors le conteneur hermétique ou éliminez-le dans un site prévu à cet effet. Cette méthode peut être utilisée pour les objets coupants/tranchants et pour d'autres matières dangereuses.

TABLEAU C.13 **TYPES DE DÉCHETS ET MÉTHODES D'ÉLIMINATION**

TYPES DE DÉCHETS	EXEMPLES	MÉTHODES D'ÉLIMINATION
Déchets non contaminés	Papier Boîtes Bouteilles Plastique Aliments Batteries alcalines	Méthodes habituelles Dans certaines régions, de petites entreprises collectent les objets qui peuvent être traités pour être ensuite réutilisés en toute sécurité. Les boîtes de conserve, les aérosols et les batteries en sont des exemples.
Déchets contaminés	Déchets liquides contaminés : Sang, selles, urines, pus ou autres liquides corporels.	Versez dans l'évier, les toilettes ou les latrines, ou bien enterrez-les.
	Déchets solides contaminés : ■ Parties du corps (notamment le placenta). ■ Gaze ou pansements contaminés par du sang et d'autres liquides corporels. ■ Objets coupants/tranchants (usagers ou non), notamment les aiguilles, seringues, lames de scalpel, lames de rasoir, tubes de prélèvement sanguin et autres objets en verre qui ont été en contact avec des matières contaminées.	Brûlez ou enterrez **Remarque :** Décontaminez et fermez hermétiquement les objets coupants/tranchants avant de les enterrer.
Déchets dangereux (pouvant nuire à l'environnement)	Mercure des appareils à tension ou des thermomètres cassés	Fermez hermétiquement et enterrez
	Batteries au lithium ou au NiCad Aérosols (ils peuvent exploser s'ils sont brûlés)	Recyclez ou fermez hermétiquement
	Produits chimiques et médicaments : Médicaments périmés, désinfectants tels que le formaldéhyde et les glutaraldéhydes (Cidex), et les solvants tels que l'acétone et le chloroforme	Petites quantités : Brûlez, fermez hermétiquement ou enterrez Grandes quantités : Brûlez

Remarques

1 Adapté d'après : EngenderHealth. (2001). Infection Prevention OnLine Course. Consulté le 3 mai 2004, sur www.engenderhealth.org/ip/about/ip.pdf

2 Remarquez que le terme « parties » peut être utilisé pour toute unité de mesure (once, litre ou gallon) et n'a même pas besoin de représenter une unité de mesure définie (il peut s'agir d'une cruche ou d'un récipient).

Références générales

Tietjen L, Bossemeyer D, et McIntosh N. (2003). *Infection Prevention Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. Baltimore, MD: JHPIEGO.

Organisation Mondiale de la Santé. (1989). *Guidelines on sterilization and disinfection methods effective against human immunodeficiency virus (HIV)*, 2d ed. WHO AIDS Series 2. Genève : OMS.

Organisation Mondiale de la Santé. (2002). *Prevention of Hospital-Acquired Infections: A Practical Guide*. Genève : OMS. (WHO/CDS/CSR/EPH/2002.12)

D

Techniques de base pour les soins du nouveau-né

Cette annexe expose sous la forme d'une brève esquisse les techniques de soin du nouveau-né. Ces informations peuvent servir à des révisions et pour la formation de prestataires.

COMMENT ÉVALUER LE RYTHME CARDIAQUE FŒTAL PENDANT LE TRAVAIL

- Le meilleur moment pour entendre les battements du cœur du bébé pendant le travail se situe entre les contractions, quand l'utérus de la mère est au repos.
- Après une contraction, placez le fœtoscope ou le stéthoscope sur le bas de l'abdomen de la mère. Écoutez les battements du cœur du fœtus. Déplacez le foetoscope jusqu'à ce que vous trouviez l'endroit où vous pouvez entendre les battements du cœur du bébé le plus clairement.
- Regardez un réveil ou une montre à trotteuse et comptez le nombre de battements en l'espace d'une minute.

COMMENT ASPIRER LES VOIES RESPIRATOIRES DU NOUVEAU-NÉ AVANT QUE SON CORPS NE SOIT EXPULSÉ

- S'il y a du méconium dans le liquide amniotique, essayez d'aspirer les voies respiratoires du bébé avant qu'il ne prenne sa première inspiration.
- Expliquez à la mère ce que vous faites et comment elle peut aider.
- Ayez votre appareil d'aspiration prêt en main avant que la tête n'émerge.
- Dès que la tête du bébé est sortie, demandez à la mère de ne PAS pousser mais de respirer doucement et rapidement par la bouche.
- Aspirez rapidement le nez et la bouche du bébé. Gardez une main sur la tête du bébé pour être prêt(e) en cas d'expulsion rapide du corps.
- Dès que vous avez terminé, demandez à la mère de pousser à nouveau pour expulser le corps du bébé.

COMMENT ASPIRER LES VOIES RESPIRATOIRES DU BÉBÉ APRÈS LA NAISSANCE

- Aspirez les voies respiratoires est stressant pour le nouveau-né et peut provoquer des battements de cœur irréguliers.
- N'aspirez que si le nouveau-né a des problèmes pour respirer, si ses voies respiratoires sont bouchées, s'il y a du méconium dans le liquide amniotique ou si le bébé doit être réanimé.
- Aspirez une fois, doucement et correctement.

Aspirez les voies respiratoires avec un injecteur à poire (une poire auriculaire) :

- Appuyez sur la poire et maintenez la pression.
- Placez l'embout de la poire à injection dans la bouche du bébé et relâchez la pression de la poire.
- Sortez la poire à injection de la bouche du bébé et expulsez le mucus sur un chiffon.
- Répétez ces étapes pour aspirer les deux narines.

Aspirez les voies respiratoires avec un collecteur de mucus muni d'un filtre ou un siphon à mucus

- Fixez un cathéter d'aspiration propre et doux, de taille 12 (12 en taille française) à l'extracteur.
- N'introduisez pas plus de 5 cm de tube dans la bouche du bébé.
- Procédez à l'aspiration en retirant le tube de la bouche du bébé.
- Pour aspirer le nez, n'introduisez pas plus de 3 cm de tube dans la narine.
- Procédez à l'aspiration en retirant le tube.
- Procédez de même pour l'autre narine.

SCHÉMA D.1 **INJECTEUR À POIRE**

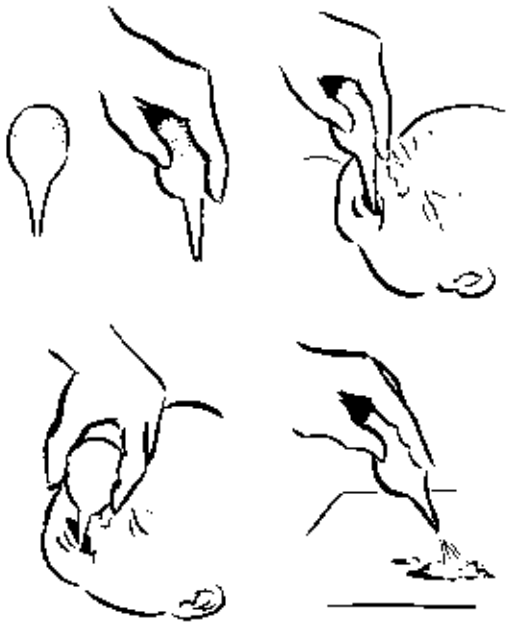
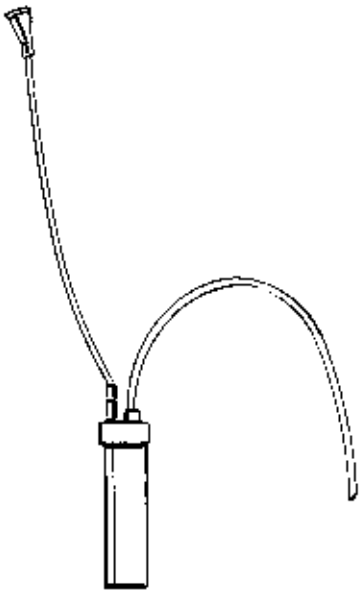


SCHÉMA D.2 **COLLECTEUR DE MUCUS DE LEE**



D

Aspiration des voies respiratoires avec un appareil d'aspiration électrique ou mécanique (pompe actionnée par le pied)

- Vérifiez que la pression à vide de la machine ne soit pas supérieure à 136 cm d'eau, 100 mm de mercure ou 13,3 kPa.
- Fixez un cathéter propre et doux, de taille 10 (10 en taille française) avec un trou à l'extrémité relié à la machine à aspiration.
- N'introduisez pas plus de 5 cm de tube dans la bouche du bébé.
- Procédez à l'aspiration en retirant le tube de la bouche du bébé.
- Pour aspirer le nez, n'introduisez pas plus de 3 cm de tube dans la narine.
- Procédez à l'aspiration en retirant le tube.
- Faites de même pour l'autre narine.

COMMENT ÉVALUER LA TEMPÉRATURE DU NOUVEAU-NÉ

Si vous ne disposez *pas* d'un thermomètre

- Placez le dos de votre main dans le dos du bébé ou sur son abdomen.
- Appliquez le dos de votre autre main sur votre propre front.
- Si la peau du bébé est plus chaude que la vôtre, le bébé a peut-être de la température. Recherchez d'autres signes de danger.
- Si la peau du bébé est plus fraîche que la vôtre, la température corporelle du bébé est basse. Recherchez d'autres signes d'hypothermie.

Si vous disposez d'un thermomètre

- Nettoyez le thermomètre à l'eau froide et au savon. Rincez-le à l'eau propre.
- Tenez le thermomètre par l'extrémité en verre transparent.
- Inclinez le thermomètre jusqu'à ce que vous puissiez voir la ligne argentée ou rouge.
- La fin de la ligne argentée ou rouge indique la température.
- Secouez énergiquement le thermomètre d'un mouvement vif du poignet.
- Continuez jusqu'à ce qu'il affiche moins de 35 °C ou 95,0 °F.
- Placez l'autre extrémité du thermomètre sous l'aisselle du bébé et immobilisez son bras contre ses côtes.
- Attendez 4 minutes.
- Lisez la température et consignez-la.
- Secouez à nouveau le thermomètre pour faire descendre la ligne argentée ou rouge (comme ci-dessus) pour qu'il soit prêt à l'emploi.
- Décontaminez le thermomètre en le trempant pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5 %.
- Nettoyez le thermomètre à l'eau froide et au savon. Rincez à l'eau froide.

COMMENT COMPTER LES RESPIRATIONS DU NOUVEAU-NÉ ET LES BATTEMENTS DE SON COEUR

Comment compter les respirations du nouveau-né

- Observez sa poitrine et son abdomen. (Les nouveau-nés ont une respiration abdominale).
- Tenez une montre ou un minuteur près du bébé de telle manière que vous puissiez voir la montre et le bébé en même temps.
- Comptez le nombre de fois où la poitrine ou l'abdomen se soulève en l'espace d'une minute.

Comment évaluer le rythme cardiaque du nouveau-né

- Palpez la poitrine du bébé et trouvez l'endroit où vous sentez le plus distinctement son cœur battre.
- Vous pouvez également utiliser un stéthoscope, si vous en disposez, pour écouter les battements du cœur.
- Tenez une montre ou un minuteur près du bébé de telle manière que vous puissiez voir la montre et le bébé en même temps.
- Comptez le nombre de battements de cœur en l'espace d'une minute.

COMMENT PESER LE NOUVEAU-NÉ

- Placez une couverture ou une étoffe propre sur un pèse-bébé.
- Réglez le pèse-bébé afin qu'il affiche « 0 » avec la couverture ou l'étoffe posée dessus.
- Enveloppez le bébé nu dans la couverture ou l'étoffe sur la balance.
- Pesez le bébé enveloppé en prenant soin qu'il ne se blesse pas.
- Notez son poids lorsque le bébé et la balance cessent de bouger.
- Consignez le poids.
- Replacez le bébé au contact de sa mère, peau contre peau, ou dans ses bras.

COMMENT FAIRE UNE INJECTION AU NOUVEAU-NÉ

INFORMATIONS IMPORTANTES

1. Lors de l'injection de médicaments, le risque de transmettre une maladie transmissible par le sang (telle que le HIV ou l'hépatite), est élevé si l'aiguille ou la seringue n'est pas stérile.
2. Pour prévenir la transmission de maladies infectieuses, utilisez toujours des seringues et des aiguilles stérilisées ou neuves et encore dans leur emballage intact.
3. Décontaminez toutes les aiguilles et les seringues immédiatement après usage.
4. Éliminez les seringues et les aiguilles à usage unique de manière sécurisée, dans un conteneur pour déchets aiguisés, après les avoir décontaminées.

Réunissez l'équipement dont vous aurez besoin

- Seringue et aiguille :
  - Jetables (jamais utilisées et conditionnées dans un emballage stérile), ou
  - Seringue et aiguille réutilisables ayant été stérilisées
- Le médicament à administrer
- Tout liquide nécessaire pour diluer le médicament (solution saline stérile ou eau distillée)
- De l'eau propre et de la gaze ou du coton
- Lavez-vous les mains soigneusement au savon et à l'eau. Séchez vos mains avec un linge propre ou à l'air.

Vérifiez que vous avez le médicament qui convient, dans le dosage voulu

- Lisez attentivement l'étiquette du conditionnement du médicament.
  - Vérifiez que le nom du médicament est correct.
  - Vérifiez que la date de péremption ne soit pas dépassée.
  - Lisez toutes les instructions sur le mélange du médicament avec un liquide de dilution (diluant).
- Regardez quelle dose du médicament vous devez administrer et calculez quelle quantité vous devez aspirer dans la seringue.

Comment mélanger un médicament à un diluant

- Ouvrez l'emballage de la seringue et de l'aiguille ou assemblez la seringue et l'aiguille réutilisable.
  - Ne touchez que l'extérieur du corps de la seringue, l'extrémité du piston et la base de l'aiguille.
  - Ne touchez aucune partie de la seringue ou de l'aiguille qui sera en contact avec le corps de la patiente.
- Nettoyez le/les contenant(s) du médicament avant usage.
  - Si vous utilisez une ampoule à dose unique, nettoyez l'embout en verre avec un coton et de l'eau propre ou de l'alcool.
  - Si vous utilisez un médicament en flacon avec un bouchon en caoutchouc, nettoyez le caoutchouc avec un coton et de l'eau propre ou de l'alcool.
- Diluez le médicament qui se présente sous forme de poudre.
  - Si le diluant est conditionné dans une ampoule en verre, nettoyez l'embout de l'ampoule avec une gaze ou un chiffon (pour ne pas vous couper la main), puis cassez-la.
  - Ne laissez pas l'aiguille toucher l'extérieur de l'ampoule.
  - Aspirez dans la seringue le volume adéquat du diluant voulu.
  - Aspirez soigneusement le liquide dans la seringue. Inclinez l'ampoule pour en extraire tout le liquide.
  - Retirez l'aiguille et la seringue de l'ampoule et tenez la seringue de telle manière que l'aiguille ne touche rien. Injectez le diluant à travers le bouchon en caoutchouc propre dans le flacon contenant le médicament en poudre.
  - Retirez l'aiguille et la seringue. Ne laissez pas l'aiguille toucher quoi que ce soit.
- Secouez le médicament jusqu'à ce qu'il soit complètement mélangé.

Comment préparer un médicament :

- Nettoyez le bouchon en caoutchouc et enfoncez l'aiguille dans le flacon contenant le médicament mélangé.
- Aspirez la dose qui convient dans la seringue.
  - Tenez le flacon de médicament avec le bouchon la tête en bas pour en extraire le médicament.
  - Sans aspirer d'air dans la seringue, insérez l'aiguille à travers le caoutchouc.
  - Aspirez le volume de médicament adéquat dans la seringue.
  - Retirez l'aiguille du flacon. Évacuez tout l'air de la seringue.
- Tenez la seringue avec l'aiguille vers le haut.
  - Tapotez le corps de la seringue pour que les éventuelles bulles remontent.
  - Expulsez délicatement tout l'air de la seringue.

Comment faire une injection dans le muscle (intramusculaire)

- Expliquez à la mère ce que vous allez faire.
- Demandez à la mère de tenir le bébé de telle manière que sa cuisse soit exposée et maintenue immobile. (Vous pouvez aussi maintenir le genou du bébé pour qu'il ne donne pas de coup).
- Trouvez une zone d'injection qui convienne.
  - Saisissez le muscle de la partie antérieure de la cuisse
- Nettoyez la peau avec de l'eau propre. Si vous utilisez de l'alcool, laissez-le sécher avant de procéder à l'injection.
- D'un mouvement vif, enfoncez l'aiguille.
- Avant d'injecter le médicament, tirez un peu sur le piston.
  - Regardez si du sang entre dans la seringue.
  - Si du sang apparaît, retirez l'aiguille et injectez à nouveau à côté.
  - Tirez à nouveau sur le piston pour vérifier qu'il n'y ait pas de sang.
  - N'injectez pas s'il y a du sang car le médicament pourrait aller dans une veine et pourrait être nocif.
- Injectez lentement le médicament.
- Retirez l'aiguille et essuyez à nouveau la peau.
- Décontaminez l'aiguille et la seringue. Voir les instructions de la page 219.

Comment injecter entre les couches de la peau (en intradermique)

- Expliquez à la mère ce que vous allez faire.
- Demandez à la mère de tenir le bébé de telle manière que son bras soit exposé et maintenu immobile.
- Agrippez le bras du bébé pour que la peau soit comprimée.
- Nettoyez la peau avec de l'eau propre ou de l'alcool. Si vous utilisez de l'alcool, laissez sécher avant de procéder à l'injection.
- Couchez la seringue et l'aiguille presque à plat le long du bras, l'orifice de l'aiguille lui faisant face.
- Insérez l'extrémité de l'aiguille juste sous la peau en l'enfonçant à peine plus loin que l'orifice de l'aiguille.
- Injectez le vaccin.
  - Si l'aiguille est dans une bonne position, le piston est difficile à pousser et vous remarquez distinctement un gonflement de la peau, comme une petite ampoule.
  - Si le vaccin pénètre facilement, l'injection est peut-être trop profonde. Arrêtez d'injecter et repositionnez l'aiguille avant d'injecter le reste de la dose correctement.
- Retirez l'aiguille. N'essuyez pas la peau.

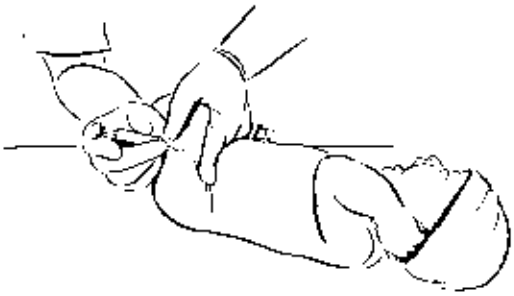
Comment décontaminer l'aiguille et la seringue

- Remplissez l'aiguille et la seringue avec une solution chlorée à 0,5 %. Remplissez et videz trois fois la solution.
- Jetez les aiguilles et les seringues à usage unique décontaminées dans un conteneur prévu à cet effet.

Pour les aiguilles et les seringues réutilisables :

- Laissez tomber l'aiguille et la seringue dans une solution chlorée pour qu'elles y trempent pendant 10 minutes.
- Lavez, stérilisez et décontaminez les aiguilles et les seringues réutilisables (voir Annexe C).

SCHÉMA D.3 **INJECTION INTRAMUSCULAIRE**



D

Références générales

Burns AA, Lovich R, Maxwell J, et Shapiro K. (1997). *Where Women Have No Doctor.* Californie : The Hesperian Foundation.

Klein S. (1995). *A Textbook for Midwives*. Californie : The Hesperian Foundation.

Sweet BR ed. (2002). *Mayes' Midwifery: A Book for Midwives*. 12th ed. London: Ballière Tindall.

Fraser DM et Cooper MA, ed. (2003). *Myles Textbook for Midwives*. 14th ed. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone.

Varney H, Kriebs, JM, et Gegor, CL. (2004). *Varney's Midwifery.* 4th ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlette Publishers.

E

Communication et conseils

Deux compétences que les prestataires utilisent dans leur travail de communication et de conseil. La communication est une manière pour les gens d'échanger leurs idées, pensées et sentiments. Le conseil est une façon d'aider quelqu'un (telle qu'une mère) à prendre une décision ou à résoudre un problème en parlant en tête à tête. Des compétences efficaces en communication peuvent vous aider à mieux conseiller.

SCHÉMA E.1 **COMMUNICATION ENTRE LE/LA PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ ET LA MÈRE**

COMMUNICATION

La communication est un processus d'échange réciproque d'informations qui aboutit à une compréhension mutuelle. Dans ce processus, chaque personne :

- Échange activement ses pensées et ses sentiments
- Écoute activement et s'efforce de comprendre les pensées et les sentiments des autres personnes

La communication peut passer par d'autres moyens que la discussion. Vous pouvez aussi communiquer ou envoyer des messages par le langage du corps. La manière dont vous vous tenez, vos expressions, votre façon de regarder quelqu'un quand vous parlez, le ton de votre voix.

De bonnes compétences en communication sont importantes pour aider les prestataires à interagir efficacement avec les mères et les familles. Lorsque vous vous occupez d'une mère et de son nouveau-né, des compétences efficaces en communication contribuent à instaurer un climat de confiance mutuelle et à mettre à l'aise. Si la mère est à l'aise et se sent en confiance, elle vous en dira plus sur elle-même, ses problèmes et ses besoins. Elle est aussi davantage susceptible de suivre vos recommandations, ce qui contribuera à garantir qu'elle et son bébé reçoivent les meilleurs soins possibles.

De bonnes compétences en communication aident les prestataires à prodiguer de meilleurs soins.

De bonnes techniques de communication

Les bonnes techniques de communication sont des techniques que vous pouvez utiliser pour démontrer à la mère et à la famille que vous vous souciez d'eux, que vous les respectez et que vous souhaitez les aider. Les prestataires prodiguent souvent des soins à de nombreuses personnes dans la même journée. Ils/elles s'inquiètent du fait que de bonnes compétences en communication leur prendront plus de temps. Si cela leur prend plus de temps, leurs journées de travail chargées le seront encore plus. Mais posez-vous la question : Est-ce que cela prend plus de temps de sourire, de regardez les gens dans les yeux, de parler d'une voix douce, d'utiliser des mots que la mère comprenne ? Évidemment non utiliser de bonnes techniques de communication vous aidera plutôt à prodiguer de meilleurs soins et à mettre la mère plus à l'aise et respectée.

De bonnes techniques de communication incluent aussi le langage du corps. Si vous utilisez le langage corporel, les autres se sentiront plus à l'aise et vous feront plus spontanément confiance. Cela aidera la mère à se sentir plus sûre d'elle lorsqu'elle vous donne des informations. Vous devez toutefois vous souvenir que chacun de vos gestes et chacune de vos actions doivent être culturellement appropriés. Certains gestes peuvent ne pas être interprétés de la même manière positive dans toutes les cultures. Pour éviter d'offenser les gens, renseignez-vous sur ce qui est acceptable comme langage corporel et adaptez votre comportement en conséquence.

De bonnes techniques de communication vous aident à recevoir et à donner des informations plus complètes et plus efficaces. Ces compétences incluent :

Les marques de respect

Traiter la mère comme quelqu'un qui peut comprendre les problèmes de santé de son bébé et prendre de bonnes décisions en matière de soins.

Ne pas porter de jugement

N'accusez jamais une femme des problèmes qu'elle ou son bébé rencontrent, de ses pratiques culturelles ou des décisions qu'elle a prises par le passé.

Parler clairement et utiliser des mots que la mère comprenne

Pour que la communication passe, ce qui est dit doit être compris par le/la prestataire de soins de santé comme par la mère. Parlez, si possible, à la mère dans la langue qu'elle maîtrise le mieux.

Une écoute active

- Écoutez ce que la mère a à dire et comment elle l'exprime (ton de la voix, choix des mots, mimiques et gestes).
- Gardez parfois le silence. Laissez à la mère le temps de réfléchir, poser des questions et parler. Elle s'apercevra qu'elle connaît déjà certaines des réponses à son problème.
- Écoutez attentivement plutôt que de réfléchir à ce que vous allez dire ensuite.
- Faites écho à ce qu'elle dit pour montrer que vous avez entendu ; par exemple, hochez de la tête et dites « oui », ce qui l'encouragera à continuer.
- Reformulez ou résumez parfois ce que la mère dit. Vous saurez alors toutes deux que vous vous êtes comprises.
- Louez et encouragez les comportements et les pratiques positives.

Utiliser le langage du corps

- Souriez.
- Regardez la dans les yeux en parlant et en écoutant.
- Parlez d'une voix douce.
- Restez physiquement à la même hauteur que la mère.
- Si cela n'est pas inconvenant, touchez gentiment son bras ou son épaule.

Encouragez la à exprimez ses préoccupations et à poser des questions

- Répondez franchement à ses questions.
- Veillez à demander si elle a bien compris et à répéter les explications au besoin.

Respectez le droit de la mère à prendre des décisions concernant sa santé et celle du bébé

- Il vous incombe de lui donner toutes les informations dont elle a besoin pour prendre une décision et non de la prendre à sa place.

Écoutez ce que la mère a à vous dire

- Accordez-lui du temps pour qu'elle vous explique ce qui est important de son point de vue.
- Évitez de l'interrompre pendant qu'elle parle.

CONSEIL[1]

De bonnes techniques de communication constituent une part importante du conseil. Lorsque vous conseillez, vous parlez en tête à tête pour aider quelqu'un. Le conseil aide la mère à décider quoi faire et comment. Si vous utilisez de bonnes techniques de communication, votre conseil sera plus efficace.

Bonnes techniques de conseil

Avec de bonnes techniques de conseil, la mère se sent la bienvenue

Vous lui montrez ainsi que vous vous souciez d'elle, vous l'aidez à se détendre et à se sentir en confiance.

- Accueillez amicalement et respectueusement la mère.
- S'il faut examiner la mère ou le bébé ou entreprendre une procédure, expliquez-lui ce qu'il en est.
- Préservez, dans toute la mesure du possible, une forme d'intimité lors de l'examen, des conseisl ou de la procédure. Veillez à ce que personne d'autre ne puisse voir ce qui se passe, ni entendre ce qui se dit.
- Rassurez et réconfortez au besoin.
- Encouragez la mère à poser des questions ou à formuler ses inquiétudes à tout moment, au cours de la visite.

Posez des questions efficaces

Les questions constituent un aspect important du conseil. Elles vous aident à décider quels sont les problèmes ou les besoins de la mère ou du bébé. Il est, par exemple, utile de déterminer ce qu'elle sait déjà en matière de soins essentiels du nouveau-né et si elle et sa famille adoptent actuellement des comportements positifs en matière de soins. Cela vous aidera à identifier les problèmes ou les besoins et vous guidera sur le mode et la nature de votre conseil.

Poser des questions efficaces :

- Utilisez les bonnes techniques de communication.
- Ne posez qu'une question à la fois. Attendez la réponse avec intérêt.
- Essayez de ne pas débuter vos questions par « pourquoi. » « Pourquoi » sonne parfois comme un reproche.
- Utilisez des questions ouvertes pour encourager la mère à expliquer sa situation. Les questions ouvertes donnent plus d'informations au/à la prestataire de soins de santé. Les questions fermées requièrent un simple « oui » ou « non » et abrègent la discussion. Par exemple :
  - (Question ouverte) : « Pourriez-vous, s'il vous plaît, me donner la raison de votre visite aujourd'hui ? »
  - (Question fermée) : « Êtes-vous venue aujourd'hui parce que votre bébé est malade ? »
- Si la mère ne comprend pas, reformulez la question.

Donnez des informations utiles et exactes

Quelle que soit la nature de votre conseil, l'information que vous donnez doit être exacte, claire et utile à la mère.

Aidez la mère et sa famille à faire leurs propres choix, sur la base d'informations claires et de leur propre perception, de la situation et des besoins

Après avoir évalué les besoins de la famille, formulez des recommandations adaptées à la situation et aux ressources de chaque famille. Après avoir donné des conseils et des indications à la mère ou à la famille, ils décident généralement eux-mêmes de ce qu'ils feront. Les gens appliquent mieux leurs propres décisions. C'est pourquoi les conseillers ne prennent pas de décision, mais aident les autres à prendre leurs propres décisions. Il vous faut parfois être souple. Ce que vous recommandez peut ne pas être possible dans la situation de toutes les mères. Lorsque cela se produit, aidez-la et aidez sa famille à trouver une solution qui fonctionne pour eux.

Aidez la mère à se souvenir de ce qu'elle doit faire

Lorsque vous donnez des instructions, cela aide la mère si vous :

- Donnez des instructions brèves, limitées aux points importants.
- Faites simple.
- Soulignez ce dont il faut se souvenir.
- Donnez les principales informations en premier.
- Montrez des images ou faites la démonstration de ce que vous expliquez.
- Résumez une seconde fois les informations.
- Demandez à la personne de répéter ce que vous dites. Cela aide les gens à s'en souvenir. Corrigez gentiment toute information manquante ou inexacte.

Complimentez la mère d'être venue et rappelez-lui la date de sa prochaine visite

- Des compliments sont une reconnaissance des efforts de la mère et de sa famille pour prodiguer les soins de santé appropriés.
- Encouragez-la à venir à son prochain rendez-vous ou lorsqu'elle a un problème ou si elle ou son bébé manifeste des signes de danger.

Les défis du conseil

Conseiller n'est pas toujours facile. Vous pouvez rencontrer des situations dans lesquelles il est difficile de savoir quoi faire. Certaines des situations que vous pourriez avoir à affronter sont énumérées ci-dessous, ainsi que des suggestions sur ce que vous pourriez faire.

La personne est silencieuse

- Si la personne est silencieuse au début de la rencontre, faites-le lui gentiment remarquer. Vous pourriez, par exemple, dire : « Je vois qu'il vous est difficile de parler. C'est souvent le cas Vous êtes peut-être inquiète. » Regardez-la et utilisez le langage du corps pour montrer votre empathie et votre intérêt. Attendez que la personne vous réponde.
- Pendant la discussion, le silence peut être approprié. La personne est parfois en train de réfléchir, ou de se formuler la manière dont elle va exprimer ses sentiments et ses pensées. Donnez-lui le temps de réfléchir.

La personne pleure

- Une personne peut pleurer pour diverses raisons : Pour exprimer de la tristesse, pour gagner la sympathie, pour évacuer le stress et la nervosité ou pour couper court à la discussion. Ne vous imaginez pas savoir pourquoi une personne pleure.
- Attendez un moment. Si les pleurs continuent, dites-lui que c'est très bien de pleurer ; que c'est une réaction naturelle. Cela permet à la personne d'expliquer les raisons de ses pleurs. Vous pouvez les lui demander gentiment.

Le conseiller ne voit pas de solution au problème de la personne

- Le conseiller peut se sentir anxieux s'il ne sait pas quel avis donner. Vous n'avez pas à résoudre tous les problèmes des gens. Manifestez votre compréhension. C'est parfois ce que la personne désire, en fait. Vous pouvez aussi suggérer l'intervention d'autres personnes qui pourraient l'aider.

Le conseiller ne connaît pas la réponse à une question que la personne lui pose

- Expliquez honnêtement et ouvertement que vous ne connaissez pas la réponse mais qu'ensemble, vous aller la trouver. Demandez à un responsable, à un collègue instruit ou consultez des références matérielles et donnez à la personne la réponse exacte.

Le conseiller fait une erreur

- Corrigez l'erreur et présentez vos excuses. Il est important d'être correct(e) mais pas d'être parfait(e). Admettre une faute est une manifestation de respect envers l'autre.
- Soyez honnête. Plus vous exprimerez honnêtement vos sentiments à bon escient (sans révéler votre vie personnelle), plus il sera facile à l'autre personne de faire de même.

La personne pose une question personnelle

- Essayez, en règle générale, de ne pas parler de vous. Cela détourne l'attention de votre interlocuteur.
- Vous n'avez pas à répondre à des questions personnelles. La relation entre une personne et un conseiller est de nature professionnelle, et non sociale.

Remarque

1 Adapté d'après : Population Reports. (1998). *GATHER Guide to Counseling*. Series J, Number 48.

Glossaire

Définitions des termes utilisés dans le *Manuel de référence des soins aux nouveau-nés*

Accouchement propre : Naissance assistée par un prestataire de soins qui respecte les principes d'hygiène (mains propres, surface propre, instrument propre pour couper le cordon).

Accoucheur/accoucheuse qualifié(e) : Personne ayant de l'expérience en matière d'accouchement (sage-femme, personnel infirmier, infirmière-maïeuticienne ou médecin) formée pour gérer une grossesse, des contractions, une naissance et les phases post partum et néonatales normales, ainsi que pour faire face aux complications, ou orienter vers un établissement spécialisé.

Allaitement à la demande ou sans restriction : Laisser le bébé se nourrir aussi longtemps et aussi souvent qu'il le souhaite (à la demande).

Allaitement exclusif : Alimentation d'un nourrisson au lait maternel uniquement, sans nourriture ni boisson supplémentaire (pas même de l'eau).

Ampoule : Protubérance de la peau contenant un liquide transparent.

Anémie : État dans lequel le sang n'est pas en mesure de transporter suffisamment d'oxygène à tout l'organisme en raison d'une faible concentration en globules rouges.

Anomalie du tube neural : Une brèche ou une défaillance des tissus le long du trajet de la mœlle épinière et du cerveau. Le défaut peut être sous la peau et invisible à l'œil nu ou il peut n'être pas béant. Si l'anomalie du tube neural est béante, un sac de membranes ou un petit trou peut être visible.

Antibiotique : Médicament luttant contre une infection bactérienne. La pénicilline est un des nombreux antibiotiques.

Anticorps : Substances dans le sang qui combat l'infection ; élément du système immunitaire de l'organisme.

Apnée : État dans lequel la respiration s'arrête pendant plus de 20 secondes.

Appréciation : Détermination de l'état, des besoins ou des problèmes d'une personne d'après les informations que vous avez recueillies.

Asphyxie : Lorsque le bébé ne respire pas convenablement à la naissance ou ne conserve pas une respiration normale.

Avortement : Perte spontanée ou provoquée du produit de la grossesse avant 22 semaines de gestation ou d'un fœtus de poids inférieur à 500 grammes.

Axillaire : Sous le bras, au niveau de l'aisselle.

Bosse séro-sanguine : Gonflement diffus en rapport avec la présentation de la tête du bébé pendant le travail. Il se résorbe habituellement en quelques jours après la naissance.

Canal lactifère bouché : Obstruction de l'un des petits canaux du sein.

Céphalématome : Bosse sur la tête du nouveau-né provoquée par un épanchement sanguin sous le périoste (membrane qui recouvre les os du crâne). La bosse ne croise pas les lignes de suture et disparaît progressivement lors des semaines qui suivent la naissance.

Choix éclairé : Le patient prend librement sa décision sur la base d'informations complètes, exactes et pertinentes.

Colostrum : Premier lait sécrété par les glandes mammaires de la mère, riche en éléments nutritifs et en calories. Il est aussi très riche en vitamines A et en anticorps qui protègent le bébé des infections. Le colostrum est souvent baptisé « première vaccination » du bébé.

Contact peau contre peau : Placer un bébé (nu, si ce n'est sa couche et un bonnet) sur la poitrine de sa mère et envelopper les deux. La mère constitue une source de chaleur pour le bébé.

Contenant non-perforable : Contenant impossible à percer avec une aiguille ou une lame.

Contre-indications : États ou situations qui rendent un médicament ou un traitement dangereux. Une allergie à la pénicilline, par exemple, est une contre-indication à la prescription de pénicilline.

Cordon ombilical : Le cordon qui relie le fœtus au placenta.

Courant d'air : Une circulation d'air.

Décès néonatal : Bébé né vivant et décédé pendant la période néonatale.

- **Décès néonatal précoce :** Décès d'un bébé pendant la première semaine de sa vie.
- **Décès néonatal tardif :** Décès d'un bébé après le 7ème jour de vie mais avant le 28ème jour.

Décontamination : Première étape de traitement de l'équipement avant une autre utilisation. La décontamination tue de nombreux microbes de surface et rend l'équipement plus sûr pour les manipulations lors des étapes ultérieures.

Déficiences de développement : Développement anormal ou lent du nouveau-né pendant sa croissance.

Déficiences neurologiques : Développement anormal du cerveau et du système nerveux.

Déshydratation : Pertes en eau de l'organisme.

Diagnostic : Terme médical pour désigner l'identification d'un problème de santé d'après les signes et les symptômes. Dans ce document, c'est l'équivalent de l'étape du processus décisionnel au cours de laquelle les informations sur les antécédents, l'examen physique et les tests en laboratoire aident à identifier les problèmes et les besoins.

Diarrhée : Selles liquides.

Diluant : Liquide diluant utilisé pour dissoudre un médicament en poudre.

Distendu : Gonflé ou dilaté en raison d'un excès de fluide ou de gaz.

Écoulements purulents : Écoulement de liquide contenant du pus.

Endospore : Cellule (ou spore) reproductive à paroi épaisse, produite par certaines bactéries. L'épaisseur de la paroi rend la destruction de la spore difficile car elle est très résistante à la chaleur. Une exposition prolongée à une température élevée est nécessaire pour détruire les endospores. Le tétanos est un type de bactérie productrice d'endospore.

Engorgement : Gonflement provoqué par une accumulation excessive de liquide, de lait ou de sang.

Environnement : Cadre. La pièce où les soins sont prodigués au bébé ou celle où il vit, par exemple.

Examen de dépistage : Un examen sur un groupe de personnes destiné à détecter des états ou maladies courantes dans certaines régions ou certaines tranches d'âge. L'examen de dépistage peut être effectué même si la personne ne présente aucun symptôme de maladie. Par exemple, le fait de procéder à des tests sur toutes les femmes enceintes à l'occasion de soins prénataux pour repérer une éventuelle syphilis ou anémie constitue une forme d'examen de dépistage.

Faible poids à la naissance : Poids à la naissance inférieur à 2 500 grammes.

Très faible poids à la naissance : Faible poids a la naissance inférieur à 1 500 grammes.

Fissure : Ouverture étroite ou très petite ; une fente, une coupure ou une déchirure de la peau.

Flexion : Fléchissement des articulations.

Fœtus : Bébé quand il est encore dans l'utérus.

Fontanelle : Emplacement mou sur la tête du nouveau-né où les os du crâne ne se rejoignent pas. La fontanelle antérieure (au sommet du crâne) a la forme d'un losange et elle est facile à détecter. La fontanelle postérieure (derrière la fontanelle antérieure), ou petite fontanelle, est triangulaire ou en forme de Y.

Gestation : Croissance dans l'utérus. La gestation se mesure en semaines. Une grossesse menée à terme compte trente-sept à quarante-deux semaines de gestation.

Gonococcique, gonocoque : Désigne les microbes qui provoquent la maladie sexuellement transmissible nommée gonorrhée.

Grognement : Bruit discret à l'expiration.

Grossesse à terme : Trente-sept à quarante-deux semaines révolues de grossesse.

Halètement : Respiration (surtout pendant l'inhalation) très courte, laborieuse et audible. L' halètement est un signe de problèmes respiratoires graves et requiert une réanimation.

Hyperbilirubinémie : Excès de bilirubine dans le sang dû aux globules rouges détruits. Les niveaux élevés de bilirubine sont dangereux pour le nouveau-né et peuvent endommager son cerveau. Voir jaunisse.

Hyperthermie : Fièvre ; lorsque la température axillaire du bébé atteint plus de 37 °C (98,6 °F).

Hypothermie : Température axillaire basse, inférieure à 36 °C (96,8 °F).

Hypoxie : Manque d'oxygène dans les tissus corporels.

Jaunisse : Teinte jaunâtre de la peau et des yeux. Chez le nouveau-né, cette manifestation peut provenir d'un excès de bilirubine (hyperbilirubinémie) dû à un excès de globules rouges détruits.

Lait de fin de tétée : Lait qui sort du sein à la fin de la tétée. Le lait de fin de tétée contient plus de lipides (matières grasses) que le lait du début tétée (premier lait). Le lait de fin de tétée est très énergétique.

Lanugo : Duvets fins et doux recouvrant tout le corps du foetus à l'exception des paumes des mains et des plantes des pieds. Le lanugo apparaît au bout d'environ cinq mois de gestation et commence à disparaître au septième ou huitième mois de gestation. Les bébés prématurés ont tendance à avoir davantage de lanugo, bien que les nouveau-nés puissent en avoir aussi. Le lanugo disparaît quelques jours ou semaines après la naissance.

Léthargie : État dépourvu d'entrain ou somnolence anormale. Manque d'énergie souvent cause d'une réduction de l'activité.

Liquide amniotique : Liquide dans lequel baigne le fœtus à l'intérieur de l'utérus.

Malformation : Anomalie de la structure ou des fonctions du bébé, présente à la naissance, occasionnant une incapacité physique ou mentale. C'est un problème avec lequel le bébé est né, un bec-de-lièvre ou un pied bot. Voir malformation congénitale.

Malformation : Bébé né avec une difformité physique. Voir malformation congénitale.

Malformation congénitale : Problème physique ou mental du bébé à sa naissance, par exemple, un bec-de-lièvre ou un doigt supplémentaire.

Méconium : Selles sombres, noires-verdâtres et collantes qui se forment dans l'intestin du bébé pendant qu'il est dans l'utérus. Le méconium constitue les premières selles du nouveau-né. Si le méconium est expulsé pendant que le bébé est encore dans l'utérus, il teinte de jaune, de brun ou de vert le liquide amniotique.

Médicament ou agent anti-infectieux : Médicament qui combat les microbes pathogènes (germes). Les antibiotiques en font partie.

Microbes : Terme général pour tout micro-organisme qui provoque des infections ou une maladie infectieuse.

Miction : Action d'uriner, de vider sa vessie.

Milium : Minuscules petites protubérances blanches (de la taille d'une tête d'épingle) sur le visage des nouveau-nés. Il s'agit d'une manifestation normale. La peau ne présente aucune rougeur et il n'y a pas de pus.

Modelage du crâne : Modification de la forme de la tête du bébé lorsqu'il traverse la filière pelvi-génitale.

Moignon : Le moignon du cordon ombilical correspond au segment qui reste attaché à l'abdomen du bébé une fois que le cordon a été coupé.

Monogame : Avoir un seul partenaire sexuel à la fois.

Mort foetale tardive : Accouchement d'un bébé mort quelques temps après les 28 premières semaines de grossesse et avant la naissance.

Mort fœtale : Mort d'un bébé dans l'utérus après 22 semaines de gestation.

Mort périnatale : Inclut aussi bien les décès intra-utérins (> 500 grammes), que les morts de foetus après 22 semaines de grossesse et les décès qui ont lieu pendant la première se maine de vie, aussi bien les mort-nés que les décès néonataux.

Mortalité infantile : Mort d'un nourrisson au cours de sa première année de vie. Le taux de mortalité infantile s'exprime en pourcentage sur 1 000 naissances vivantes.

Muqueuses : L'enveloppe humide de certains organes. L'intérieur de la bouche, par exemple, et le contour des yeux.

Mycose : Sorte de champignon ou micro-organisme. Le muguet est un champignon.

Naissance avant terme : Naissance du bébé avant 37 semaines de gestation.

- **Nourrisson très prématuré :** Bébé né à moins de 32 semaines de gestation.

Naissance vivante : Délivrance complète du bébé à la naissance, à n'importe quel stade de la grossesse, après laquelle le bébé respire et manifeste des signes évidents de vie.

Narines palpitantes : Narines qui s'évasent ou s'animent à chaque respiration.

Né avant terme : Bébé né avant 37 semaines de gestation.

Nombril : Zone où le cordon ombilical était attaché à l'abdomen du bébé.

Nourrisson : Bébé de la naissance jusqu'à l'âge d'un an.

Nouveau-né : Bébé pendant les 28 premiers jours de sa vie.

Objets tranchants : Tout instrument aiguisé (lame de rasoir, aiguille, lame de scalpel). Les objets tranchants doivent être éliminés avec soin pour éviter que quelqu'un ne se blesse au contact des déchets.

Oral ou buccal : Ayant trait à la bouche (muguet ou infection buccale par exemple).

Oxygène : Gaz présent dans l'air grâce auquel la vie est possible. L'oxygène est transporté par les globules rouges vers toutes les parties du corps.

Palais : La voûte de la bouche.

Partogramme : Un tableau utilisé pour contrôler la progression du travail et l'état de la mère et du fœtus. Le partogramme inclut un enregistrement graphique du travail pour faciliter le repérage d'éventuelles anomalies. Lorsque les prestataires utilisent le partogramme pour identifier les problèmes maternels et fœtaux, ils peuvent intervenir rapidement et prendre des mesures salvatrices. Le partogramme peut réduire la mortalité et la morbidité foetale et maternelle et éviter les césariennes inutiles.

Patrimoine génétique : Caractéristiques que le fœtus hérite de ses parents.

Période néonatale : Les 28 premiers jours de vie.
Période néonatale précoce : La première semaine de vie.

Période périnatale : De 22 semaines de gestation jusqu'à sept jours révolus après l'accouchement.

Poche des eaux : Poche de liquide dans laquelle baigne le bébé dans l'utérus. La poche des eaux est constituée de membranes qui contiennent le liquide amniotique.

Posture : Position dans laquelle le corps est maintenu par les articulations et les muscles. La posture normale du nouveau-né à terme est repliée avec les bras et les genoux fléchis.

Poussée de croissance : Brève période de croissance rapide.

Pré-éclampsie : Un état au cours de la grossesse qui se manifeste par une pression artérielle élevée et des protéines dans les urines. Au nombre des symptômes tardifs, on compte notamment œdème de la face, troubles de la vision, violents maux de tête et douleur dans la partie supérieure de l'abdomen. La pré-éclampsie peut évoluer vers un éclampsis qui met en jeu le pronostic vital, avec convulsions et crises épileptiques.

Prematuré, prématurité : Bébé né avant maturité complète, c'est-à-dire avant 37 semaines de gestation. Les bébés évoluant à des rythmes variés, la formulation « né avant terme » est souvent privilégiée.

Premier lait : Le lait qui sort du sein au début de la tétée. Le premier lait est plus dilué que le lait plus nourrissant qui suit (lait de fin de tétée). Le premier lait contribue à l'hydratation du bébé.

Pustule : Protubérance de la peau contenant du pus.

Réanimation : Mesures prises pour contribuer au déclenchement de la respiration du bébé et à son maintien.

Réchauffement : Traiter l'hypothermie par réchauffement pour ramener la température du bébé à la normale.

RPR réaction rapide de réagine sur le plasma (Rapid plasma regain) : Test sanguin pour la syphilis.

Scrotum : Poche de tissu contenant les testicules. Le scrotum est situé à la base du pénis.

Sepsie : Terme signifiant infection généralisée. La sepsie néonatal, par exemple, fait référence à un nouveau-né présentant des signes d'infection grave.

Septicémie : Infection dans la circulation sanguine.

SIDA : Syndrome immuno-déficience acquise. Pathologie résultant de l'infection par le HIV. Voir VIH.

Signe de danger : Signe ou symptôme indiquant une maladie grave, une affection mettant en jeu le pronostic vital ou tout autre danger pour la santé ou le bien-être.

Soins essentiels au nouveau-né : Dans ce manuel, les soins essentiels au nouveau-né (SENN) désignent les soins de base que chaque bébé devrait recevoir afin de garantir sa survie et son bien-être. Ces soins essentiels incluent les soins immédiats après la naissance et pendant tout le premier mois de sa vie. Bien que certains bébés (par exemple, les bébés malades ou prématurés) puissent avoir besoin de soins particuliers, les soins essentiels du nouveau-né aident à s'assurer que les besoins fondamentaux du bébé en matière de santé ont été comblés.

Soins maternels kangourou : Méthode pour garder le bébé au chaud par contact permanent, peau contre peau, entre la mère et son nouveau-né.

Soins prénataux : Soins donnés à la femme enceinte pour améliorer sa santé, pour détecter et traiter rapidement d'éventuels problèmes et pour améliorer l'issue de la grossesse. Les composantes essentielles des soins prénataux incluent : Des mesures et des traitements pour promouvoir la santé et prévenir les maladies, l'éducation et les conseils en santé, l'aide à la mère et à sa famille pour la préparation de la naissance et d'une éventuelle urgence (notamment les conseils sur les signes de danger), détection et traitement précoce des complications de la grossesse.

Stéthoscope obstétrical : Instrument qui sert à écouter le cœur du bébé pendant la grossesse et les contractions. Également désigné par le terme de fœtoscope.

Surveiller : Procéder à des réappréciations régulières, par exemple, en observant le nouveau-né fréquemment pour apprécier sa respiration et sa température.

Testicules : Glandes reproductives de l'homme, situées dans une poche de tissu (scrotum) à la base du pénis.

Tétanos : Maladie provoquée par des spores toxiques émanant du *clostridium tetani*, une bactérie qui se développe dans les tissus morts et les matières en décomposition. La transmission se produit lorsqu'il y a contact entre la bactérie et une peau éraflée ou des tissus morts tels qu'une blessure, une circoncision, une excision, ou lorsque le cordon ombilical du nourrisson est coupé. Les signes les plus caractéristiques du tétanos incluent des spasmes musculaires de la mâchoire (trismus) et du dos. S'il n'est pas traité convenablement, le tétanos du nouveau-né peut entraîner la mort.

Tirage costal : Lorsque la peau entre les côtes et autour du cou est tirée vers l'intérieur à chaque respiration. Le tirage costal est un signe de difficulté à respirer. Également désigné rétraction costale.

Toilette à l'éponge : Laver un bébé à l'aide un chiffon mouillé d'eau tiède savonneuse sans immerger le corps du bébé dans l'eau.

Tractus urinaire : Les reins, l'uretère, la vessie et l'urètre.

Traitement : Méthode utilisée pour résoudre un problème de santé. Les traitements peuvent inclure : Médicaments, applications chaudes ou froides, pansements, ablutions, conseils diététiques (aliments conseillés et à éviter), repos, exercice. Les traitements font partie d'un programme de soins.

Transmission : Quelque chose qui passe d'une personne à une autre, telle que la transmission d'une infection.

Traumatisme de la naissance : Traumatisme du bébé provoqué par les contractions ou la naissance.

Troubles de la vision : Modification des capacités visuelles. Incluent la perception de points dans le champ de vision, troubles de la vision et vision double (diplopie).

Urètre : Structure qui transporte les urines hors du corps. Chez l'homme, l'urètre s'ouvre normalement au bout du pénis. Chez la femme, l'urètre s'ouvre normalement devant le vagin et sous le clitoris.

Vaccin : Médicament qui aide le corps à renforcer son immunité, ou sa résistance, à une maladie infectieuse particulière.

Vaccination : Médicaments (anticorps et vaccins) administrés pour prévenir certaines maladies.

VDRL : Laboratoire de recherche sur les maladies vénériennes (Venereal Disease Research Laboratory). Test de dépistage de la syphilis.

Ventiler : Souffler de l'air dans les poumons du bébé par le bouche-à-bouche ou avec un sac et un masque.

Vernix caseosa : Substance blanchâtre et crémeuse qui recouvre le fœtus dans l'utérus pour protéger la peau. Après la naissance, le vernix se retrouve surtout dans les plis du corps. Il est progressivement absorbé et il n'est pas nécessaire de l'éliminer par la toilette.

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine. Le VIH attaque les défenses immunitaires de l'organisme.

Bibliothèque de référence

Références d'ordre général sur la santé et les soins du nouveau-né

ACNM. (1998). *Life saving Skills.* 3ème editions. Washington DC : American College of Nurse-Midwives.

Beck D, Buffington, ST, McDermott J, et Berney K. (1998). *Healthy Mother and Healthy Newborn Care: A reference for care givers*. Washington DC: American College of Nurse-Midwives.

Kinzie B et Gomez P. (2004). *Basic Maternal and Newborn Care: A guide for skilled providers*. Baltimore, Maryland : MNH Program/JHPIEGO.

Lawn J, McCarthy B, et Rae Ross S. (2001). *The Healthy Newborn: A reference manual for program managers*. Atlanta, Georgie : CDC/CCH I/CARE.

Tietjen L, Bossemeyer D, et McIntosh N. (2003). *Infection Prevention Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources.* Baltimore, Maryland : JHPIEGO.

Organisation Mondiale de la Santé. (2003). *Pregnancy, Childbirth, Postpartum, and Newborn Care: A guide for essential practice (Integrated Management of Pregnancy and Childbirth)*. Genève : OMS.

Organisation Mondiale de la Santé. (2003). *Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses and midwives (Integrated Management of Pregnancy and Childbirth)*. Genève : OMS.

Organisation Mondiale de la Santé. (2002). *Prevention of Hospital-Acquired Infections: A practical guide*. Genève : OMS. (WHO/CDS/CSR/EPH/2002.12).

Organisation Mondiale de la Santé. (2000). *Management of the Child with a Serious Infection or Severe Malnutrition: Guidelines for care at the first-referral level in developing*. Genève : OMS. (WHO/FCH/CAH/00.1).

Organisation Mondiale de la Santé. (2000). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors (Integrated Management of Pregnancy and Childbirth)*. Genève : OMS. (WHO/RHR/00.7).

Organisation Mondiale de la Santé. (1998). *Basic Newborn Resuscitation: A practical guide*. Genève : OMS. (WHO/RHT/MSM/98.1).

Organisation Mondiale de la Santé. (1993). *Breastfeeding Counselling: A training course.* Genève : OMS. (OMS/CDR/93.3-5).

Ressources en ligne

www.aidsinfo.nih.gov/guidelines

www.breastfeedingbasics.org/

www.healthynewborns.com
C'est le site officiel du Partenariat pour la Santé du Nouveau-né avec des liens qui renvoient aux ressources sur les questions touchant aux nouveaux-nés et aux sites Internet des institutions participantes.

www.mnh.jhpiego.org/
Ce site donne un aperçu du Programme maternel et néonatal. Il comporte des liens directs vers des publications et des ressources techniques.

www.savethechildren.org/
Le Site de Save the Children, contenant de nombreux supports sur Saving Newborn Lives et ses initiatives de programme.

www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV_infant.htm
Ce document de l'OMS traite du SIDA et de l'alimentation du nourisson, de l'allaitement en particulier. Il donne accès à six documents importants.

www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/updt-14.htm
Une mise à jour sur *Breastfeeding Counseling: A training course* est disponible sur ce site.

www.who.int/reproductive-health/rtis/mtct
Ce site de l'OMS fournit des informations générales sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant, ainsi que sur les recommandations de l'OMS en matière de traitement antirétroviral (Névirapine) pour prévenir la TME.

Sommaire

A terme (âge gestationnel), 110
Abcès au sein, 85
Abdomen, 37, 40
Accouchement hygiénique, 18
Accouchement, 18
Accouchement
    médicaments pour, 27
    préparation à, 26-27
    soins d'urgence, 14, 6
Accoucheur/accoucheuse, 17
Acide folique, 15
Activité et mouvement, 36, 39
Administration d'oxygène, 181-183
AFADS, 72
Age gestationnel, 110
Alimentation à la tasse, 88-89
Allaitement
    à la demande, 66
    alimentation de substitution, 73
    autres approches pour la mère séropositive, 71
    avantages, 60-61
    bébé de faible poids à la naissance, 120-121
    bébé dont la mère est séropositive, 71-73, 77
    bébé malade, 68
    besoins d'eau, 62-63
    conseil sur, 64, 68-69, 71-73
    durée des tétées, 64
    exclusif, 62-63, 69
    fréquence, 66, 68
    gestion des problèmes, 74-85
    initiation précoce, 31, 62-65
    jumeaux, 70
    positions pour, 64, 66-68, 76-77
    prise du mamelon en bouche par le bébé lui-même, 63
    prise en bouche du sein, 63-65
    problèmes, 74-90, 127
    sevrage précoce, 72
Alimentation de substitution, 73
Alimentation maternelle, 13-14, 68
Allaitement
    à la tasse, 88-89
    conseil pour la mère séropositive, 71-73
Allaitement à la demande, 66
Allaitement au biberon, 73
Allaitement exclusif, 62-63, 69
Amoxicilline, 171
Ampicilline, 163, 171
Anémie, 15
Ankylostomiase, 15, 178
Antibiotiques, première dose, 129
Anus, 37, 40
Approche décisionnelle, 5, 12
Aréole, 64-65
Asphyxie à la naissance, 94
Asphyxie, 94
Aspirateur, De Lee ou pompe, 211-212
Aspiration du méconium, 96
Aspiration, 95, 100, 210-212
AZT, 167, 177

Baigner le nouveau-né, 52
Ballon Ambe, 95, 100-101
BCG, 156-157
Bébé de faible poids à la naissance
    alimentation, 120-121
    conseil, 111, 121
    contrôler la température, 113, 118
    identification, 112
    prévention des infections, 113
    problèmes, 113
    soins maternels kangourou, 118-120
    soins, 112-117
    suivi, 112, 116-117
Bec de lèvre, fente palatine, 40
Benzylpénicilline benzathinique, 163, 172
Bouche, 37, 40
Bosse séro-sanguine, 36

Canal lactifère bouché, 75, 82-83
Canaux lactifères bouchés, 75, 82-83
Candidose buccale, 73, 76, 138, 140-141, 165-166, 174-175
Ceftriaxone, 164
Céphalématome, 39
Chaîne de la chaleur, 28-29
Chlore, 187, 189-190
Chlore,
    comprimés, 191
    javel, 187, 188-190
    poudre, 190
Choix éclairé, 71
Clotrimazole, 172
Cloxacilline, 173
Collecteur de mucus, 100, 211-212
Colonne vertébrale, 37, 40
Colostrum, 62-63
Comment faire une injection au nouveau-né, 213-215
Communauté, soutien pendant l'allaitement, 60
Communication, 218-219
Compresses, humides et chauds, 81
Conjonctivite néonatale, Voir Infection oculaire
Conseils
    alimentation de l'enfant, 62-70
    après la réanimation, 104-106
    mère séropositive, 71

signes de danger, 16, 19, 21, 55
soins du nouveau-né, 50-55
sur l'allaitment, 64, 68-69, 71-73
Contact peau contre peau, 30-31
Contamination, 186-187, 189, 195-199, 204-206
Conteneur pour déchets aiguisés, 201
Contractions (utérine), 21
Contrôle après la réanimation, 102, 104
Contrôle du travail, 18
Convulsions, 127, 133
Cordon ombilical
couper, 30
infection, 127, 130, 131, 134-135, 165
moignon, 30
soins, 53
Cordon ombilical, 30, 37, 40
Croissance, 74
Cyanose, 30, 36, 38

Décès néonatal, 2-3, 100, 106
Décontamination, 189, 202
Dégager les voies respiratoires, 100, 210-212
Déperdition thermique, nouveau-né, 28-29
Dépôt de chaux, 191
Déshydratation, 39, 145
Désinfection radicale, 192
Désinfection, 202
Détresse fœtale, 20-21
Diabète, 41
Difficulté à respirer, 38, 55, 100, 105, 127, 130, 132
Dos, 37, 40

Ebullition
ebullition brève du lait maternel extrait, 72
méthode de la désinfection radicale, 192
Ecoulement
des yeux, 55, 138-139
du nombril, 127, 130, 134-135
vaginale, 16, 19, 37
Écoute active, 218-219
Elimination de déchets médicaux, 204-206
Élimination
des déchets, 204-206
des objets coupants/tranchants, 201, 206
Elimination des déchets, 204-206
Engorgement, 75, 80-81
Enlèvement des gants contaminés, 198-199
Épanchements, 202-204
Équipement
nettoyer et désinfecter, 214-215
pour la naissance, 27
pour la réanimation, 95
stockage, 195
Érythromycine, 164, 173
Espacement des naissances, 21, 69
Etuvage en autoclave, 192
Evaluation
pendant la première journée, 32, 34
rapide à la naissance, 30
Examen du nouveau-né
immédiate, 33-41
suivi, 7, 43-45, 47-48
Examen physique complet du nouveau-né
comment faire, 7
conclusions anormales, 38-41
conclusions normales, 36-37
quand faut-il faire, 7
Extraction du lait maternel et traitement thermique, 72
Extraire le lait maternel, 86-87

Fer et acide folique, 15, 179
Feuilles de choux, 81
Fièvre, 41, 142, 114-145, 147
Faible poids à la naissance, 110-111
Flambage des instruments, 191
Fluide amniotique épais, teinté de méconium, 20-21, 96, 100
Fluides
nécessité de la mère, 62, 66, 70
nécessité du nouveau-né, 62-63
Fontanelle bombée, 39
Fontanelle, 39, 42
Friction à l'alcool, 187-188
Friction des mains, 187-188
Froid, 28, 31, 41

Gants
chirurgicaux, 197-198
comment enlever, 199
comment mettre, 198-199
de ménage, 196-197
examen, 196-197
quand faut-il utiliser, 196-198
retraitement, 198
stérile, 197-198
Garder le bébé au chaud, 28-29, 50, 113, 118
Gentamicine, 165, 174
Grognement, 132
Grossesse, mesures préventives, 14-15

Halètement, 100, 127, 132
Hémorragie, 42
Hépatite B, 156-157

Hypoglycémie, 41, 113
Hyperthermie
causes de l'hypothermie, 142
détection, 127, 142-143
prévention, 28-29
réchauffement, 143
Hypoglycémie, 41, 113
Hypoxie, 94, 96-97

Identification des besoins ou des problèmes, 8-9, 35
Immunité
colostrum, 63
vitamine A, 54, 63, 179
Imperforation de l'anus, 40
Infection cutanée, 131, 136-137, 165
Infection du cordon ombilical, 127, 130-131, 134-135, 165
Infection du sein, 75
Infection oculaire, 127, 138-139, 164, 169
Infections du nouveau-né
candidose buccale, 138, 140-141, 165-166
cordon ombilical, 130-131, 134-135
généralisées, 130, 133, 164-165
localisées, 130, 134-137
mesures préventives, 51
peau, 131, 136-137, 165
sepsie, 130, 133, 164-165
syphilis, 15, 146-147
tétanos, 15, 127, 130, 154-155
tuberculose, 157, 166
yeux, 138-139, 164, 169
Infections, maternelles
malaria, 15, 178
avec rupture prématuré
membranes, 16, 147, 171, 173
postpartum, 21
syphilis, 15, 146-147, 172
tuberculose, 147
VIH/SIDA, 15, 18-19, 147, 176-177
Initiation précoce à l'allaitement, 31, 62-65
Instruments
décontamination, 189-191
désinfection radicale, 192
nettoyage, 189-191
pour couper le cordon, 27, 30
stérilisation, 193-195
Insuffisance du lait maternel, 68, 74, 78-79
Interaction mère enfant, 51, 61, 73
Isoniazide, 166

Jaunisse physiologique, 146
Jaunisse
grave, 127, 146
physiologique (normale), 146
Jumeaux, 70

Kit d'accouchement, 27

Lait de fin de tétée, 64, 66
Lait maternel
alimentation à la tasse, 88-89
avantages, 61
colostrum, 62-63
extraction, 86-87
insuffisance, 68, 74, 78-79
lait maternisé, 73
stockage, 86, 88
thermothérapie, 72
vitamine A, 63, 68
Langage du corps, 219
Lavage des mains, 35, 51, 187-188
Léthargie, 50, 144
Linge, 196

Malaria
prévention, 15, 178
traitement préventif intermittent, 15, 178
Mamelons douloureux ou gercés, 74, 76-77
Manque de ton, 38, 112
Mastite
causes, 75
gestion d'allaitement dans ce cas, 85
symptômes, 84
traitement, 85, 173
Mébendazole, 178
Méconium, 100
Médicament antiretroviral, 18-19, 167, 176-177
Ménage, 202-203
Membranes
rupture prolongée des membranes, 147, 171, 173, 176
Méthode de l'allaitement maternel et de aménorrhée, 69
Méthode de la désinfection radicale, 192
Métronidazole, 175
Miction, 46, 49, 69
Mortalité du nouveau-né, 1-2
Mortalité
causes des décès prénataux, 3
néonatal, 1-2
nourrisson, 2
Moustiquaires traitées aux insecticides, 15

Naissance
environnement favorable à, 26-27
équipement et fournitures pour, 26-27
soins immédiats du nouveau-né
appréciation rapide, 30
initiation précoce à l'allaitement, 31

nouer et couper le cordon, 30
réchauffement, 30-31
sécher et stimuler, 29
soins des yeux, 31-32
préparation à, 25-28
tenue des dossiers, 26, 33
Narines palpitantes, 38, 132
Ne tête pas, 39, 127, 133
Nettoyer les écoulements, 202-204
Névirapine, 167, 176
Noeud lâche, 146, 150
Nouer le cordon, 30, 99
Nourrice au sein, 73
Nouveau-né
besoins, 50-51
décès, 1-3
directives d'orientation, 129
évaluation
dans les premières heures de vie, 33-41
ciblé, 7
évaluation rapide à la naissance, 30
suivi, 7, 43-45, 47-48
Nystatine, 166, 175

Objets tranchants, 201
Observation de l'allaitement, 44-45, 64
Organes génitaux, 37, 41
Orientation vers un spécialiste
après la réanimation, 105
critères, 128
de bébé présentant un poids insuffisant, 115, 117
directives, 129
Oxygène, 181-183

Pâleur, 38
Paracétamol, 77, 180
Partogramme, 18
Pas de respiration, 98
Pasteurisation Holder, 72
Peau, 36, 39
Pénicilline G, 176
Peser le bébé, 33, 37, 213
Petit pour son âge gestationnel (PAG), 110
Placenta, 204
Plan d'accouchement, 16-17
Planification familiale, 11, 21
Poids à la naissance, 37, 41, 110
Poitrine, 37
Pommade oculaire à la Tétracycline à 1 %, 32, 169
Position pour la réanimation, 98, 99
Positions pour l'allaitement des jumeaux, 70
Positions pour l'allaitement, 64, 66-68, 76-77
Poussée de croissance, 68, 78
Précautions standard, 186-187
Prématuré ou né avant terme, 110, 112
Premier lait, 66
Prendre du poids, 48
Pretoria pasteurisation, 72
Prévention des infections
décontamination, 189, 202
élimination des déchets, 204-206
gants et vêtements de protection, 196-200
lavage des mains, 187-188
manipulation des objets coupants/tranchants, 201
stérilisation, 193-196
Prévention
de déperdition thermique, 28-29
des infections, 25
de SIDA, 71
de TME, 71
Prise de poids, 48
Prise en bouche du mamelon, 64-65
Problèmes respiratoires, difficulté ou détresse, 127, 130, 132
Programme de soins, 10
Pustules, 131, 136-137, 165

Réanimation du nouveau-né
avec sac et masque, 100-101
conseils et soutien pour la famille, 104-106
contrôle après, 102
équipement et fournitures pour, 95
étapes, 99-103
identification du besoin, 98
nettoyage de l'équipement utilisés, 107
orientation vers un spécialiste après, 102, 105
position pour, 98-99
préparation à, 95
résultats, 104-106
résumé, 103
ventilation au bouche à bouche, 100
Réanimation, voir réanimation du nouveau-né
Réchauffement, 28-29, 50, 113, 118
Respiration bruyante, 127, 132
Respiration, 36, 38
Rhume, 28, 31, 41
Rougeurs, couche, 131, 136-138, 140-141, 165-166

Sage-femme compétente ou prestataire dûment qualifié(e), 3
Saignements
pendant la grossesse, 16
saignement du cordon ombilical, 146, 150
Santé de la mère
infection pendant le travail, 146-147, 176
malaria, 15, 178

malnutrition, 111
soins prénataux, 15-17
syphilis, 146, 172
tuberculose, 147
VIH/SIDA, 18-19, 147, 176-177,
Sécher le nouveau-né, 28-29
Sécurité, 54
Selles, 37, 40, 46, 68, 146
Sepsie néonatale, 130, 133, 163, 165
Sepsie, 130, 133, 163, 165
Sevrage précoce, 72
Signes maternels de danger, 16, 19, 21
Signes d'alarme
conseil sur, 16, 19, 21, 55
dans la période post-partum, 21
nouveau-né, 112, 126-128
pendant la grossesse, 16
pendant le travail et l'accouchement, 19-21
Sites Internet, 22, 92, 123, 152, 159, 184
Soins
après la réanimation, 104-105
immédiats, 29-30
pendant la première journée, 32-33
Soins des yeux, 31-32
Soins essentiels au nouveau-né, 25
Soins immédiats du nouveau-né, 29-30
Soins maternels kangourou, 118-120
Soins postnatals, pendant les 28 premiers jours, 42-45
Soins prénataux, 14-17
Solution chlorée à 0,5 % pour la décontamination, 189-191
Solution de décontamination, 189-190, 202
Solution de nitrate d'argent à 1 %, 32, 169
Solution de polyvidone iodée, 32, 135, 137, 169
Sommeil
besoins de la mère, 68
besoins du nouveau-né, 150
Stabilisation des nouveau-nés, 128
Stérilisation
stérilisation en chaleur sèche, 195
stérilisation par étuvage (autoclave), 193
Stérilisation, à la méthode de la désinfection radicale, 192
Stérilisation en chaleur sèche, 193-195
Stimulation, 98-99
Stockage
de l'équipement, 195
du lait maternel extrait, 86, 88
Suivi d'un bébé ayant un faible poids à la naissance, 112, 116-117
Suivi
conseil, 42, 55
équipement et fournitures, 43
listes de contrôle, 49
postpartum, 42
préparation à, 42
soins postnatals, 42-49
Sulfadoxine-pyriméthamine (SP), 178
Suppression de l'ovulation (pendant l´allaitement exclusive), 69
Syphilis, 15, 146-147, 163, 172
Système immunitaire, 23, 51

Tâches pour tous les agents de santé
allaitement, 90
bébé de faible poids à la naissance, 122
problèmes courants du nouveau-né, 151
réanimation du nouveau-né, 108
soins essentiels pour chaque nouveau-né, 56
Techniques de base
appréciation du rythme cardiaque fœtal pendant le travail, 210
apprécier la température du nouveau-né, 212
aspiration des voies respiratoires du nouveau-né
après l'accouchement, 200, 211, 212
avant l'accouchement du corps, 100, 210
compter les battements du cœur du nouveau-né, 213
compter le rythme de la respiration du nouveau-né, 213
donner les injections au nouveau-né
injection intradermique, 215
injection intramusculaire, 214-215
peser le nouveau-né, 213
Techniques de conseil, 220-221
Teint de la peau, 36, 38,
Teint, 30, 32, 36, 38, 146, 148-149
Température basse, 142-143
Température élevée, 127, 144-145
Température
contrôle, 28, 37, 41, 43, 50
hyperthermie, 142
hypothermie, 142
nouveau-né normal, 142
prendre, 212
stockage de lait maternel, 86
Tenue des dossiers, 11, 26, 33
Tests en laboratoire, 7
Tétanos, 15, 130
Tète peu, 64, 127, 133
Tête, 36, 39, 42
Thermomètre, 212
Tirage costal, 127, 132
Toilette à l'éponge, 52
Ton cardiaque fœtal, ou rythme cardiaque fœtal, 20-21, 210
Ton, 36, 38
Toxicoïde tétanique, 154-155
Traitement
instruments et les autres éléments, 189-195
linges, 196

Transmission du SIDA de la mère à l'enfant
allaitement, 71
antirétroviraux, 19, 167, 176-177
prévention, 18-19, 71
sites Internet, 92
Transportation du nouveau-né malade, 128-129
Travail
prématuré, 19
prolongé, 19
soins de la mère pendant, 18-19
Très faible poids à la naissance, 110
Tuberculose, 147, 156-157, 166

Vaccin antipoliomyélitique oral, 156, 158
Vaccinations
pour le bébé, 53, 156-158
pour la mère, 15, 154-155
Ventilation au bouche à bouche, 100
Ventilation avec sac et masque, 100-101
Ventilation, 100-101
Vernix caseosa, 29
Vêtements protecteurs, 200
VIH/SIDA
allaitement, 71-73, 77
choix éclairé sur l'allaitement, 71
précautions standard, 186-187
prévention avec une thérapie antirétrovirale, 18-19
transmission du SIDA de la mère à l'enfant, 71-73
transmission, Voir TME
Violet de gentiane, 165, 174
Vitamine A, 54, 63, 179
Vitamine K, 33, 115, 150, 168
Voies respiratoires, dégager, 100, 211-212

Yeux, 36, 40

Zidovudine, Voir AZT

À PROPOS DES AUTEURS

Diana Beck, association chrétienne d'infirmières et de sages-femmes (Christian Nurses and Midwives, CNM), MS (maîtrise en sciences)
Consultante maternelle/nouveau-né indépendante, elle possède une vaste expérience dans le domaine de la formation et du développement de supports pédagogiques et éducatifs. Elle est co-auteur de plusieurs ouvrages à usage international, notamment les manuels et guides *Home-Based Life Saving Skills Care* [« Compétences domestiques pour sauver des vies »] et *Healthy Mother Healthy Newborn* [« Mère en bonne santé, nouveau-né en bonne santé »]). Infirmière et sage-femme diplômée, Madame Beck a travaillé aux États-unis, en Afrique, en Asie et en Amérique centrale. Présentement, elle est une consultante pour Saving Newborn Lives.

Frances Ganges, CNM (Christian Nurses and Midwives), MPH (maîtrise en hygiène publique)
Infirmière et sage-femme diplômée, Frances Ganges a plus de 20 ans d'expérience dans le domaine de la santé maternelle et du nouveau-né, ainsi que de la santé reproductive. Forte d'une expérience clinique et professorale, au niveau national comme au niveau international, Madame Ganges a apporté son assistance technique aux programmes en Afrique, en Asie et en Amérique latine. Co-auteur de plusieurs manuels de formation, elle a été impliquée dans la formation, aussi bien théorique que pratique, à tous les niveaux du personnel de santé. Actuellement, Madame Ganges est Conseillère en chef pour la santé des nouveau-nés pour SNL.

Susan Goldman, CNM (Christian Nurses and Midwives), docteur (PhD)
Infirmière et sage-femme diplômée, Susan Goldman possède une vaste expérience de la vie et du travail en Afrique et de plus de 20 années d'expérience en expertise-conseil en Afrique, en Asie, en Europe de l'Est et en Amérique latine dans les domaines de l'accouchement, des soins à la mère et à l'enfant, de la santé publique, de la nutrition et de la lutte contre la famine. Elle est l'auteur et le co-auteur d'un manuel scolaire et de guides de formation à l'usage des infirmières, d'articles scientifiques et d'autres documents professionnels.

Phyllis Long, CNM (Christian Nurses and Midwives), MSN (maîtrise en sciences de la natalité)
Phyllis Long est l'une des cofondatrices de l'Institute for Midwifery, Women and Health (Institut de formation des sages-femmes, des femmes et de la santé), un programme éducatif de l'Université de Philadelphie pour les sages-femmes. Après une longue carrière dans l'éducation théorique et pratique au niveau national comme au niveau international (ayant notamment enseigné à la faculté de santé publique Public Health College de Gondar, en Éthiopie), elle a récemment pris sa retraite de l'Université de Philadelphie. Madame Long assume la fonction de consultante indépendante en formation des sages-femmes et distributive.

Ces dernières années, la survie des enfants a connu de considérables progrès dans les pays en voie de développement, en grande partie par des activités telles que la vaccination des enfants et des programmes de contrôle de la diarrhée. Les taux de mortalité élevés parmi les nouveau-nés (nourrissons de la naissance au 28ème jour de vie) demeure toutefois pratiquement inchangé. Plus de 40 pour cent de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans surviennent parmi les nouveau-nés – bien que des mesures avérées et efficaces en termes de coûts soient disponibles pour empêcher la mort des nouveau-nés. Pour prodiguer aux nouveau-nés des soins appropriés pendant le premier mois de la vie, Saving Newborn Lives, une initiative de Save the Children, a rédigé le *Manuel de référence des soins aux nouveau-nés*, une ressource de formation pour tous les prestataires de soins de santé.

Le *Manuel de référence des soins aux nouveau-nés* fournit des informations actualisées et détaillées, fondées sur l'expérience clinique. Il définit et illustre les techniques nécessaires pour préserver la santé des nouveau-nés, notamment les soins de routine et préventifs, ainsi que la détection précoce et la gestion des problèmes mettant en jeu le pronostic vital. En outre, le manuel présente les compétences nécessaires pour communiquer ces informations à la mère et à la famille, qui doivent comprendre comment prendre soin de leur nouveau-né ***24*** heures sur ***24***. Chaque chapitre présente des informations sous la forme de descriptions, de tâches, de listes de contrôle, d'illustrations et de tableaux décisionnels.

Le manuel aborde notamment : Les soins au nouveau-né commencent avant la naissance, Soins essentiels pour chaque nouveau-né, Un allaitement réussi, Réanimation du nouveau-né, Soins des bébés ayant un faible poids à la naissance et Problèmes courants du nouveau-né. Les Annexes contiennent : les Calendriers de vaccinations maternelle et du nourrisson, une Orientation en matière de médicaments (pour le nourrisson et la mère) et des informations techniques sur la prévention des infections, les Techniques de base pour les soins du nouveau-né et un chapitre Communication et conseil.

Save the Children®

Saving Newborn Lives
Save the Children
2000 M Street NW
Suite 500
Washington, DC 20036 États-Unis.

www.savethechildren.org
www.healthynewborns.com

Soins aux nouveau-nés Manuel de référence

SAVING NEWBORN LIVES

Save the Children®