

Item 23 : Évaluation et soins du nouveau-né à terme

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

OBJECTIFS	2
I Enquête anamnestique	4
I.1 Antécédents familiaux	4
I.2 Antécédents maternels	4
I.3 Antécédents gynéco-obstétricaux	5
I.4 Grossesse en cours	5
I.5 Accouchement	6
II État de l'enfant à la naissance	7
III Examen clinique	8
IV Annexes	19
Glossaire	19
Bibliographie	27
En savoir plus	28
Recommandation	28
Abréviations	28

OBJECTIFS

ENC :

- Réaliser un examen complet du nouveau-né à terme.
- Reconnaître les situations nécessitant une prise en charge spécialisée.
- Promouvoir la qualité des premiers liens affectifs parents-enfant.
- Expliquer aux parents les bases de la puériculture.

SPECIFIQUE :

- Réaliser un examen complet du nouveau-né à terme.
- Reconnaître les situations nécessitant une prise en charge spécialisée.
- Promouvoir la qualité des premiers liens affectifs parents-enfant.

CONSULTER AUSSI :

Sur le campus de Pédiatrie :

Item 23 : Évaluation et soins du nouveau-né à terme. : <http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-pediatrie/cycle2/poly/0300fra.asp>

La période néonatale et surtout les 8 premiers jours de vie constituent une étape importante dans la vie de l'enfant.

La naissance marque en effet le passage de la vie du fœtus dépendante de la mère à celle du nouveau-né indépendant.

La période de l'adaptation à la vie extra-utérine nécessite la mise en place d'un ensemble de changements surtout cardiovasculaires, et constitue de ce fait une grande période de vulnérabilité, sensible à toute pathologie congénitale (malformations) ou acquise pendant la grossesse (fœtopathies) ou l'accouchement (anoxie (*cf. glossaire*)). D'autre part, la plupart des organes, surtout le cerveau, sont encore en plein développement et donc particulièrement vulnérables à toute perturbation de l'équilibre biologique et nutritionnel.

C'est donc tout l'avenir d'un enfant qui peut se jouer à la naissance et pendant les jours suivants. C'est dire l'importance d'une surveillance attentive en vue de prévenir, dépister et prendre en charge précocement toute anomalie susceptible d'avoir un retentissement sur le nouveau-né.

L'examen clinique du nouveau-né légalement obligatoire avant le huitième jour de vie répond à trois objectifs :

1. S'assurer de la normalité des grandes fonctions physiologiques et de la bonne adaptation à la vie extra-utérine.
2. Dépister et / ou prendre en charge les anomalies ou malformations qui justifient une surveillance particulière ou un traitement en urgence (par exemple : atrésie (*cf. glossaire*) de l'œsophage, hernie diaphragmatique ou atrésie des choanes (*cf. glossaire*)).
3. L'examen se termine par un entretien avec les parents pour répondre à leurs questions et leur donner les conseils de puériculture appropriés, et enfin établir le premier certificat de santé en remplissant le carnet de santé.

I ENQUETE ANAMNESTIQUE

- Doit être faite de façon systématique, avant de commencer l'examen clinique.
- Doit être précise et méthodique.

I.1 ANTECEDENTS FAMILIAUX

- Les parents.
- La fratrie.
- Le reste de la famille.

Il faut préciser l'existence de :

- Maladie héréditaire, connue ou suspectée.
- Antécédents de malformations, déficits sensoriels ou pathologie particulière.
- Notion de décès en période néonatale, pouvant faire évoquer la possibilité de maladie métabolique.

I.2 ANTECEDENTS MATERNELS

- Âge maternel :
 - < 18 ans, risque accru de prématurité, d'hypotrophie (*cf. glossaire*).
 - > 35 ans, risque accru de malformation (trisomie 21 (*cf. glossaire*)), d'hypotrophie.
- Groupe sanguin : AB0, Rhésus ; recherche d'agglutinine (*cf. glossaire*)
- Affections chroniques, source d'hypotrophie ou de pathologie néonatale :
 - Diabète, et son équilibration ;
 - Hypertension artérielle et les médicaments employés ;
 - Néphropathie (*cf. glossaire*), ancienne ou gravidique.
- Conditions socioéconomiques ; (risque de prématurité).
- Profession.
- Activité domestique.
- Consommation de toxique :
 - Tabac, alcool, psychotrope ;
 - Toxicomanie.

I.3 ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRICAUX

- Anomalie morphologique utérine (utérus bicorne), source de prématurité.
- Disproportion fœto-pelvienne (risque de souffrance fœtale aiguë).
- Nombre de grossesses, grossesse multiple, accouchements prématurés, d'hypotrophie, mort fœtale in utero, type d'accouchement.
- Nouveau-né décédé en période néonatale précoce.

I.4 GROSSESSE EN COURS

- Évaluation du terme :
 - Chronologique, par l'âge gestationnel : la durée de la grossesse se détermine arbitrairement en semaines d'aménorrhée (SA) révolues (ex : 39 semaines + 6 jours = 39 semaines).
 - Échographique, évaluation précoce du terme (+ ou - 3 jours avant 13 semaines d'aménorrhée), puis surveillance de la biométrie fœtale ;
 - Toute naissance avant 37 SA est prématuré.
 - Toute naissance après 42 SA est post-terme (cette population est devenue exceptionnelle depuis la datation échographique précoce).
- Menace de fausse couche précoce (1^{er} trimestre) avec risque de malformation fœtale ;
- Notion d'infection en cours de grossesse :
 - Au cours du 1^{er} trimestre : risque d'embryopathie malformative ;
 - Au cours du 2^e et 3^e trimestre, risque de fœtopathie ou embryo-fœtopathie.
- Surveillance échographique obstétricale :
 - Grossesse unique ou multiple.
 - Biométrie fœtale, dépistage d'un Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU) ;
 - Dépistage d'anomalies éventuelles rénales, digestives, rachidiennes, cardiaques, pulmonaires.
- Notion d'infection récente, avec risque de transmission fœto-maternelle.
- Hypertension artérielle (HTA), toxémie gravidique (*cf. glossaire*) avec risque d'hypotrophie, souffrance fœtale chronique et aiguë pour le nouveau-né.
- Toxicomanie en cours (alcool, drogue) avec risque de RCIU et syndrome de sevrage.

- Sérologie : toxoplasmose (*cf. glossaire*), rubéole (*cf. glossaire*), syphilis (*cf. glossaire*), hépatite B (*cf. glossaire*), VIH, cytomégalovirus (*cf. glossaire*), herpès (*cf. glossaire*), hépatite C (*cf. glossaire*).

I.5 ACCOUCHEMENT

- Liquide amniotique :
 - Excès de liquide (hydramnios (*cf. glossaire*)) ;
 - Nouveau-né de mère diabétique ;
 - Atrésie de l'œsophage ;
 - Troubles de la déglutition (maladie neuromusculaire, malformations) ;
 - Défaut de liquide (oligoamnios (*cf. glossaire*) ou anamnios (*cf. glossaire*)) avec risque d'hypoplasie (*cf. glossaire*) pulmonaire et / ou malposition et déformation ostéoarticulaires.
- Hypotrophie fœtale.
- Malformation ou agénésie (*cf. glossaire*) rénale.
- Coloration :
 - Normalement clair ;
 - Teinté par méconium (*cf. glossaire*) émis in utero ;
 - Verdâtre, purée de pois, nauséabond.
- Poche des eaux :
 - Notion de rupture prématurée au-delà de 12 heures avec risque d'infection néonatale.
- Présentation :
 - Céphalique habituelle ;
 - Face, épaule, siège, transverse avec risque de dystocie (*cf. glossaire*), SFA et de lésion duplexus brachial (*cf. glossaire*).
- Durée du travail.
- Surveillance du fœtus avec évaluation du rythme cardiaque fœtal.
- Analgésie (*cf. glossaire*) : péridurale (*cf. glossaire*), rachianesthésie (*cf. glossaire*), morphiniques, anesthésie générale.
- Mode d'accouchement.

- Voie basse naturelle.
- Voie basse avec forceps ou ventouse.
- Césarienne et son indication (itérative, SFA, dystocie...).

II ÉTAT DE L'ENFANT A LA NAISSANCE

Dès la naissance, il faut évaluer l'état de l'enfant pour mettre en route des gestes de réanimations adaptées.

En pratique, cette évaluation se fait par le coefficient d'Apgar (*cf. glossaire*), qui permet de juger de façon instantanée l'état du nouveau-né et guide la conduite à tenir.

Score Apgar

	Cœur	Respiration	Couleur	Tonus	Réactivité
0	0	0	Bleu/blanc	0	0
1	< 100	Quelques mouvements spontanés	Cyanose des extrémités	Hypotonie	Grimaces
2	> 100	Normale	Rose	Tonus normal	Cris

- Si le score d'Apgar \geq à 8 à 1 minute : nouveau-né bien portant.
- Si le score d'Apgar $<$ à 3 à 1 minute : état de mort apparente, impliquant une réanimation en urgence.
- Un chiffre intermédiaire, témoin d'une souffrance néonatale justifie une prise en charge adaptée.
- L'évaluation de l'état de nouveau-né et pratique des gestes de réanimation doit être faite en laissant l'enfant couché sur une table chauffante et éclairée.

Le passage d'une sonde souple pour vérifier la perméabilité des choanes et de l'œsophage doit être systématique mais pas nécessairement en urgence et dès la naissance.

La prise de la température rectale permet de s'assurer de la perméabilité de l'anus et de réaliser les prélèvements bactériologiques en cas d'hyperthermie.

- Collyre (*cf. glossaire*) oculaire (prévention de conjonctivite à gonocoque).
- Vitamine K1 2 mg per os (prévention de la maladie hémorragique du nouveau-né).

L'examen clinique complet du nouveau-né peut être fait plus tard, une fois que sa maman est installée dans sa chambre en maternité à condition qu'il n'y ait pas de facteur de risque.

Cet examen est effectué au moins à deux reprises (à J1 et à J4 ou J5) pendant le séjour du couple mère-nouveau-né en maternité.

III EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique se fait en présence de la mère dans une chambre bien éclairée avec une température à 20-21°.

Le moment idéal est entre deux tétées ou biberons lorsque le nouveau-né est éveillé.

L'enfant doit être examiné nu sur une table d'examen.

Inspection :

À la naissance la peau est recouverte d'un enduit blanchâtre adhérent (vernix caseosa (cf. glossaire)).

vernix caseosa sur la peau d'un nouveau-né



(Source : Wikipédia. Vernix caseosa [Internet]. Wikipédia; 2010.)

La peau est de couleur rose vif avec parfois une cyanose des extrémités (acrocyanose (cf. glossaire)).

Une coloration ictérique modérée au 3e-4e jour n'est pas pathologique (ictère dit physiologique).

On peut observer des anomalies sans signification pathologique comme :

- angiomes plans de la racine du nez, sur le front ou la nuque,

- tache bleue sur les cuisses ou la région sacrée (tache mongoloïde) chez les nouveau-nés dont les parents sont d'origine méditerranéenne.

Taches mongoloïdes



(Source : Wikipédia. Tache mongoloïde [Internet]. Wikipédia; 2005.)

L'inspection permet également d'apprécier :

- La mobilité et la gesticulation spontanée, qui doivent être symétrique.

Extrémité céphalique et la face :

Le crâne :

La palpation recherche les fontanelles (*cf. glossaire*) antérieure et postérieure, la présence des sutures et leur chevauchement, détecte une bosse sérosanguine (*cf. glossaire*) ou un céphalématome (*cf. glossaire*).

Le périmètre crânien en principe mesuré à la naissance doit être vérifié avant la sortie.

On recherche une éventuelle dysmorphie faciale, une obliquité palpébrale, un hypertélorisme (*cf. glossaire*).

À cet emplacement se trouve une vidéo ou un son, disponible sur la version en ligne.

Les oreilles :

On vérifie :

- Niveau d'implantation, forme du pavillon, présence d'un conduit auditif.
- On peut observer un petit appendice prétragien (*cf. glossaire*) isolé et sans signification pathologique ou rarement dans le cadre d'un syndrome malformatif.

Les yeux :

- Taille des globes oculaires, pupilles et iris seront vérifiées.
- Une conjonctivite ou un larmolement doivent être recherchés.
- Un œdème palpébral durant les premiers jours après la naissance ainsi que les hémorragies sous-conjonctivales sont banales et transitoires.

La cavité buccale :

- Un examen attentif permet de s'assurer de l'absence d'une fente palatine, parfois passé inaperçue à la naissance. On recherche la présence d'un frein sous la langue qui peut gêner la succion.
- Une grosse langue fait suspecter une hypothyroïdie (*cf. glossaire*) congénitale.

Étude des grandes fonctions vitales :

La thermorégulation :

- La température rectale doit être entre 36°5 et 37°.
- La toilette et les manipulations peuvent favoriser l'hypothermie.

Une hypothermie ou hyperthermie inexplicquée doit faire rechercher une pathologie associée (infection materno-fœtale).

La fonction respiratoire :

La respiration doit être régulière, entre 40 et 50 mouvements par minute.

Le temps inspiratoire est égal au temps expiratoire.

La respiration est de type abdominal.

Le nouveau-né respire bouche fermée, sauf pendant les cris.

Le murmure vésiculaire est audible et symétrique.

L'existence d'un ou plusieurs des éléments suivants est pathologique :

- une fréquence respiratoire > à 60 par minute,
- pause respiratoire (apnée) dont la durée dépasse 20 secondes,
- signes de lutte traduisant une détresse respiratoire (cotés par le score de Silvermann (cf. glossaire)).

Score de Silvermann

SIGNE	0	1	2
Balancement thoraco-abdominal à l'inspiration	Absent	Thorax immobile (seul l'abdomen se soulève)	Respiration paradoxale
Tirage	Absent	Intercostal discret	Intercostal sus- et sous-sternal
Entonnoir xiphoïdien (cf. glossaire)	Absent	Modéré	Intense
Battement des ailes du nez	Absent	Modéré	Intense
Geignement expiratoire	Absent	Modéré par intermittence	Audible, continu

Appareil cardiovasculaire :

L'examen se fait dans le calme avec un stéthoscope adapté au nouveau-né.

La fréquence cardiaque au repos est rapide, entre 120 et 150 par minute avec une variation en fonction de l'activité du nouveau-né.

À l'auscultation cardiaque on peut découvrir un souffle systolique :

- il peut correspondre à une cardiopathie congénitale,
- mais très souvent, il est transitoire et en rapport avec la persistance du canal artériel,
- de même une auscultation cardiaque normale à la naissance ne garantit pas l'intégrité du cœur.

80 à 90 % des souffles perçus au cours des 24-48 premières heures de vie ne le sont plus au 3e mois.

Chez 20 % des enfants décédés au cours du 1er mois par cardiopathie congénitale, aucun souffle n'avait été entendu.

La cyanose précoce, permanente, non améliorée par l'oxygénothérapie doit faire suspecter une cardiopathie cyanogène (transposition des gros vaisseaux).

La palpation des pouls périphériques, aux membres supérieurs et inférieurs doit être systématique.

L'abolition ou la diminution des pouls fémoraux doit faire évoquer une coarctation de l'aorte.

La diminution de l'ensemble des pouls est en faveur d'une hypoplasie du ventricule gauche.

Une hyperpulsatilité des artères périphériques est constatée en cas de persistance de canal artériel.

La prise de la tension artérielle est indispensable en cas d'anomalie de palpation des pouls périphériques.

La TA systolique normale du nouveau-né est de 50 (\pm 12) mm de mercure.

Quand on suspecte un obstacle aortique (coarctation (*cf. glossaire*)), il faut la mesurer aux 4 membres !

La circulation périphérique capillaire est appréciée par le temps de recoloration d'une zone cutanée comprimée pendant quelques secondes. Il est normalement inférieur à 3 secondes.

L'examen doit être complété par l'auscultation du crâne, des vaisseaux du cou et de l'abdomen à la recherche d'un souffle vasculaire.

Toute anomalie suspectée sur la position du cœur, sa structure et son volume doivent conduire à demander des examens complémentaires : radiographie pulmonaire, ECG, échographie cardiaque, gaz du sang.

Appareil digestif :

L'abdomen est légèrement météorisé, souple et facilement dépressible.

Le foie peut être palpé à 1-2 cm de rebord costal.

La rate n'est pas palpable.

Toute anomalie de volume de l'abdomen surtout si elle est associée à des vomissements doit faire rechercher une pathologie digestive.

Le méconium (les premières selles), d'aspect brun verdâtre est émis dans les 24 premières heures.

L'absence d'émission de méconium après 36 heures de vie est anormale et doit faire suspecter :

- Une mucoviscidose ;
- Une maladie de Hirschsprung (*cf. glossaire*) ;

La palpation d'une masse abdominale doit faire discuter selon le siège :

- une distension pyélique (*cf. glossaire*) ;
- un neuroblastome (*cf. glossaire*) ;
- une tumeur rénale.

Recherche d'une hernie inguinale :

- chez le garçon, une hernie inguinale correspond à la persistance de perméabilité du canal péritonéo-vaginal ;
- chez la fille, il faut se méfier d'une hernie de l'ovaire ;
- le cordon ombilical : contient deux artères et une veine. Il sèche et tombe en 6 à 15 jours.

Appareil urinaire :

Les reins peuvent être palpés surtout à gauche.

Il faut vérifier l'absence de globe vésical.

La première miction et la qualité du jet urinaire doivent être notés.

Une miction difficile en goutte-à-goutte chez le garçon, traduit l'existence de valves de l'urètre postérieur, qui constituent une urgence thérapeutique.

La première miction survient en général dans les premières 24 heures. Rarement, elle peut être retardée au 2^e, voire au 3^e jour.

Appareil génital :

Chez le garçon :

Le scrotum est plus au moins plissé avec un raphé (*cf. glossaire*) médian.

Les testicules peuvent être palpés dans les bourses ou à l'anneau.

On vérifie la taille de la verge et la position de l'orifice urétral (épispadias (*cf. glossaire*) ou hypospadias (*cf. glossaire*)).

Il existe presque toujours un phimosis (*cf. glossaire*).

Une hydrocèle (*cf. glossaire*) est fréquente et régresse spontanément.

Chez la fille :

Petites lèvres et clitoris sont transitoirement hypertrophiés.

Il faut vérifier les orifices urétral et vaginal, la distance ano-vulvaire.

On recherche une éventuelle imperforation de l'hymen (*cf. glossaire*).

La crise génitale se manifeste par :

- des sécrétions muqueuses épaisses et des métrorragies (*cf. glossaire*) (pseudo-menstruation).
- une hypertrophie mammaire (dans les deux sexes) avec parfois sécrétions lactées pendant quelques jours,
- L'évolution de la crise génitale se fait spontanément vers la régression en quelques jours.

Toutes ambiguïté sexuelle doit être reconnue rapidement et prise en charge dès les premières heures de vie.

Elle pose deux problèmes :

- *Ne pas déclarer abusivement un sexe déterminé*
- *Ne pas méconnaître une hyperplasie (*cf. glossaire*) congénitale des surrénales mettant la vie de l'enfant en danger.*

Appareil locomoteur :

Les membres :

On recherche :

- les anomalies des doigts : doigts surnuméraires, syndactylie (*cf. glossaire*)...
- les malpositions des pieds en varus (*cf. glossaire*), valgus (*cf. glossaire*) ou talus (*cf. glossaire*) et des pieds-bots (*cf. glossaire*).

Pied-bot varus d'un nouveau-né



(Source : Wikipédia. Pied-bot [Internet]. Wikipédia; 2006.)

Il faut :

- comparer la longueur et le volume des membres,
- vérifier la souplesse des articulations,
- rechercher une asymétrie des mouvements spontanés des membres en rapport avec une lésion traumatique (fracture de la clavicule ; paralysie du plexus brachial...).

Les hanches :

Toute hanche luxée ou luxable doit être dépistée dans les premiers jours de vie pour commencer le traitement (lavage en abduction) le plus vite possible pour être efficace.

L'évolution d'une hanche luxée ou luxable non diagnostiquée dans les premiers mois peut être incertaine et parfois catastrophique.

Le dépistage d'une luxation congénitale de hanche doit être particulièrement rigoureux quand il existe la notion d'antécédents dans la famille, d'une naissance en présentation du siège ou l'existence d'une malposition des pieds, il faut, même en absence de signe à l'examen clinique (signe du ressaut (*cf. glossaire*)), prévoir une échographie des hanches à l'âge de 1 à 2 mois.

Le dos, le rachis :

La découverte d'un spina bifida (*cf. glossaire*) nécessite une prise en charge rapide en milieu neurochirurgical.

Spina bifida d'un nourrisson



(Source : NeuroWiki. *Spina bifida* [Internet]. NeuroWiki; 2008.)

Une fossette coccygienne profonde ou une touffe de poils en région sacrée doivent attirer l'attention et orienter vers une dysraphie (*cf. glossaire*) occulte.

Examen neurologique :

Il doit être mené avec patience sur un enfant bien éveillé.

Il permet d'évaluer l'âge gestationnel et la maturation neurologique.

On étudie successivement :

- *La qualité de la vigilance* : La gesticulation à l'état de veille est désordonnée, avec des mouvements de pédalage des membres inférieurs. Les membres supérieurs sont en flexion ; les doigts se mettent en extension, mais le pouce est fléchi. On peut observer des trémulations intermittentes. La réactivité à la stimulation est vive avec un cri franc. Une réactivité pauvre sur le plan moteur avec un cri faible ou plaintif fait suspecter une souffrance cérébrale.
- *L'étude du tonus passif* : Il existe une hypertonie physiologique chez le nouveau-né à terme, ce qui explique la flexion des quatre membres. Le tonus passif s'étudie à quatre niveaux :
 - *aux membres inférieurs* : L'angle poplité (*cf. glossaire*) correspond à l'angle produit par l'extension de la jambe sur la cuisse ; il est de 90° chez le nouveau-né à terme. L'angle de dorsiflexion du pied sur la jambe est de 0 à 20°. La manœuvre de rapprochement talon-oreille consiste à rapprocher le

membre inférieur tendu vers le visage, elle explore les muscles proximaux, il est de 90° chez le nouveau-né à terme.

- *aux membres supérieurs* : Le retour en flexion de l'avant-bras s'apprécie en étendant le membre supérieur, puis en relâchant, il revient immédiatement en position de flexion antérieure. La flexion du poignet sur l'avant-bras est de 90°. La manœuvre de foulard est le rapprochement forcé de la main vers l'épaule opposée : chez le nouveau-né à terme le coude ne dépasse pas la ligne médiane.
- *au niveau du tronc* : La flexion antérieure du tronc explore le tonus des muscles postérieurs ; la flexion latérale passive explore les muscles latéraux ; l'étude du tonus de l'axe corporel est importante, car ce tonus est un bon reflet de l'état neurologique du nouveau-né.
- *L'étude du tonus actif* :
 - Il est apprécié par l'évaluation de la gesticulation spontanée du bébé, qui étant éveillé bouge ses bras et jambes en permanence.
 - Le tonus des extenseurs et des fléchisseurs de la tête est apprécié en faisant passer l'enfant de la position couchée à la position assise, puis de la position assise à la position couchée.
 - Un redressement des membres inférieurs se produit lorsqu'en maintenant l'enfant en position debout et en soutenant le thorax sous le bras, on applique les plantes des pieds sur le plan de la table d'examen ; on observe une extension des membres inférieurs suivie par une extension du tronc.
- Les réflexes primaires ou archaïques. Ils sont présents dès la naissance.
 - *La succion-déglutition* : on apprécie la force, le rythme et le synchronisme.
 - *Le grasping des doigts (cf. glossaire)* : La stimulation palmaire par le doigt entraîne une forte flexion des doigts qui se referment sur le doigt de l'examineur ; quand la contraction est forte, il est possible de soulever l'enfant ainsi agrippé du plan du lit.
 - *Les points cardinaux* : quand-t-on stimule la région péribuccale, l'enfant tourne la tête du côté stimulé.
 - *Marche automatique* : l'enfant étant maintenu debout légèrement penché en avant, quand le pied touche le plan de la table d'examen, on constate une ébauche de quelques mouvements de marche chez le nouveau-né à terme.

À cet emplacement se trouve une vidéo ou un son, disponible sur la version en ligne.

- *L'allongement croisé des membres inférieurs* : la stimulation en frottant la plante du pied et en maintenant le membre inférieur en extension provoque la flexion de l'autre membre, puis son extension avec ouverture en éventail des orteils.
- *Le passage des bras* : l'enfant étant placé à plat ventre, les membres supérieurs allongés le long du tronc et le visage appuyé sur la table d'examen, le nouveau-né à terme tourne sa tête et fléchit son membre supérieur homolatéral.
- *Le réflexe de Moro (cf. glossaire)* : soulever légèrement les épaules du plan de la table d'examen en tirant le nouveau-né par les mains ; lorsque les mains sont lâchées le réflexe Moro est déclenché et on constate d'abord une extension des membres supérieurs avec ouverture des mains alors que l'enfant crie et puis une flexion des bras en mouvement d'embrassement.

À cet emplacement se trouve une vidéo ou un son, disponible sur la version en ligne.

À cet emplacement se trouve une vidéo ou un son, disponible sur la version en ligne.

- Le dépistage d'un déficit sensoriel :
 - *La vision* : le nouveau-né est attiré par la lumière douce et on note un début de poursuite oculaire quand on parvient à capter son attention par un objet de couleur contrastée (ex : cible noir-blanc).
 - *L'audition* : le nouveau-né réagit au bruit et à la voix. Le dépistage de la surdité dans les premiers mois de vie est primordial pour une prise en charge efficace.
- Dépistage systématique de certaines maladies : en France le dépistage systématique concerne :
 - la phénylcétonurie (cf. glossaire),
 - l'hypothyroïdie congénitale,
 - l'hyperplasie congénitale des surrénales,
 - la mucoviscidose.
 - Le dépistage de la drépanocytose (cf. glossaire) se fait de façon ciblée en fonction de l'origine géographique des parents.

IV ANNEXES

GLOSSAIRE

- acrocyanose : Acrosyndrome (trouble vasomoteur des extrémités) vasculaire permanent. Il provoque des extrémités froides, bleues et moites, surtout en hiver.
- agénésie : Absence de formation d'un organe lors de l'embryogenèse. De nombreux organes sont susceptibles d'être touchés par une agénésie : dents, reins, membres, corps calleux, cerveau (anencéphalie), oreille, thyroïde, etc.
- agglutinine : Anticorps permettant l'agrégation de particules (molécules organiques ou cellules) entre elles.
- Analgésie : Interruption de la transmission du signal neuronal de douleur depuis la zone lésée, en souffrance, vers le cerveau.
- anamnios : Absence de liquide amniotique.
- angle poplité : Angle que fait la jambe par rapport à la verticale lorsque les ischio-jambiers limitent l'extension complète.
- anoxie : Souffrance cellulaire induite par le manque d'oxygène ou l'impossibilité pour les cellules d'utiliser l'oxygène présent dans le sang.
- atrésie : Malformation congénitale menant à une pathologie anatomique qui se caractérise par la fermeture complète ou non d'un orifice ou d'un conduit d'un organisme. Elle peut être d'origine congénitale (variété d'aplasie) ou acquise (phénomène d'apoptose).
- bosse sérosanguine : Épanchement de sang et de sérum (collection sérohématique) situé sous la peau et localisé sur le crâne (le plus souvent), c'est-à-dire la présentation. Elle s'observe parfois chez le nouveau-né. Il ne faut pas la confondre avec le céphalématome qui évolue promptement vers la résorption.
- céphalématome : Accumulation de sang et de sérosité qui a lieu sur le crâne entre l'os de celui-ci est le périoste. Le céphalématome ne s'observe pas que chez le nouveau-né et apparaît à la suite d'un traumatisme crânien ou après une intervention chirurgicale. C'est la raison pour laquelle il doit être distingué de la bosse sérosanguine. Le céphalématome se résorbe lentement. En effet, il met quelquefois plusieurs semaines voire des mois pour s'effacer. Anatomiquement le céphalématome ne chevauche pas la ligne sagittale. Étant donné sa situation en dessous du périoste (membrane de nature fibreuse qui entoure les os), il constitue une masse relativement ferme parfois dure et qui est bien délimitée.

- choanes : Orifices postérieurs internes des cavités nasales qui s'ouvrent à l'arrière du palais dans le rhinopharynx.
- coarctation : Rétrécissement congénital de l'aorte, situé juste en dessous de l'émergence de l'artère sous-clavière gauche, marquant le début de l'aorte thoracique descendante.
- coefficient d'Apgar : Score utilisé pour évaluer la santé d'un nouveau-né à la naissance. Il est compris entre 0 (mort apparente) et 10 (maximum). Il se décompose en cinq observations simples auxquelles on attribue de 0 à 2 points : respiration, fréquence cardiaque, coloration, tonus et réactivité.
- Collyre : Préparation médicamenteuse liquide (habituellement en solution aqueuse) et stérile, destinée à une application ophtalmique. Les collyres sont des médicaments liquides ou semi-solides qu'on applique sur la conjonctive de l'œil. Les préparations ophtalmiques d'usage topique oculaire comprennent également les pommades et les gels ophtalmiques. Les collyres ont une action locale et permettent de traiter les infections des yeux ou des paupières. Un collyre est un médicament qu'on instille dans l'œil.
- cytomégalovirus : CytoMégaloVirus (CMV) : Virus responsable d'infections passant le plus souvent inaperçues. Son caractère pathogène survient surtout chez des patients dont les défenses immunitaires sont faibles : traités par immunodépresseur, atteints par le sida, fœtus. Une infection à cytomégalovirus chez la femme enceinte peut provoquer des lésions chez le fœtus. Il s'agit de l'infection fœtale congénitale la plus fréquente dans les pays industrialisés.
- drépanocytose : Maladie génétique héréditaire qui se caractérise par l'altération de l'hémoglobine, protéine assurant le transport de l'oxygène dans le sang. L'hémoglobine anormale (hémoglobine S), dans certaines conditions (froid, fièvre, déshydratation, etc.), va rendre les globules rouges rigides, ceux-ci perdant leur capacité normale à se déformer pour passer dans les tout petits vaisseaux sanguins.
- dysraphie : Anomalie anatomique liée à l'absence de réunion de deux structures destinées à former un organe, entraînant des anomalies comme les becs de lièvre, la lèvre bifide (en deux parties), la voûte palatine en forme d'ogive, le spina bifida (hernie de la moelle épinière à travers la colonne vertébrale), etc.
- dystocie : Difficultés de l'accouchement au moment de l'engagement. Généralement la dystocie survient au niveau des épaules, et après un accouchement par le siège ayant nécessité des manœuvres d'extraction (relativement brutales).
- épispadias : Malformation du fœtus masculin qui se manifeste par l'ouverture de l'urètre dans la face supérieure du pénis au lieu de son extrémité.

- fontanelle : Espace membraneux séparant les différents os du crâne. Les fontanelles permettent une poursuite du développement du crâne et de l'encéphale.
- grasping des doigts : Réflexe archaïque consistant à fermer les doigts sur un objet placé dans la main. Dès qu'on met un objet dans sa main, le nouveau-né referme spontanément ses doigts dessus et le serre très fort. Après 3 mois, ce geste devient volontaire et l'enfant saisit les objets qui l'intéressent pour les mettre à la bouche.
- hépatite B : Hépatite virale due à une infection par le Virus de l'Hépatite B (VHB) et entraînant une inflammation du foie. Les symptômes de la maladie aiguë sont essentiellement une inflammation du foie, avec ou sans ictère, et des troubles digestifs avec nausées et vomissements. À ce stade, l'évolution est souvent bénigne, même si l'hépatite B est la forme la plus grave des hépatites virales, mais il existe, bien que rarement, des formes fulminantes à évolution mortelle. L'infection passe souvent inaperçue lors de l'infection aiguë et chez le patient porteur du virus. Dans près d'un cas sur dix, l'hépatite B aiguë ne guérit pas et devient une infection chronique. Le porteur chronique n'a pas de symptôme apparent mais est susceptible de contaminer son entourage. En cas d'hépatite chronique active, les symptômes peuvent être une fièvre modérée, une grande fatigue, des troubles digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales), une jaunisse, des urines foncées ou des selles décolorées. La gravité potentielle de l'hépatite B est constituée par le risque d'évolution vers une hépatite chronique B qui peut se compliquer d'une cirrhose du foie et d'un cancer du foie, une maladie mortelle avec un taux de réponse très faible à la chimiothérapie actuelle. La transmission du virus se fait par l'intermédiaire des liquides et sécrétions biologiques. Les principaux modes de transmission sont les rapports sexuels, les injections chez les toxicomanes, les transfusions sanguines à risques, la transmission de la mère à l'enfant lors de l'accouchement et le contact étroit avec une personne infectée. Une fois dans le sang, le virus atteint le foie et se multiplie dans ses cellules, les hépatocytes. Le système immunitaire détruit les cellules infectées, entraînant une inflammation du foie.
- hépatite C : Maladie infectieuse transmissible par le sang et due au Virus de l'Hépatite C (VHC), qui s'attaque au foie. L'infection se caractérise par une inflammation du foie (l'hépatite) qui est souvent asymptomatique, mais qui peut évoluer vers une hépatite chronique et plus tard une cirrhose (fibrose cicatricielle du foie) et un cancer du foie. Le Virus de l'Hépatite C (VHC) se transmet par contact de sang à sang. Il n'existe aucun vaccin disponible contre l'hépatite C. Les symptômes de l'infection peuvent être contrôlés médicalement et, chez une certaine proportion des patients, le virus peut être rendu indétectable par l'administration de médicaments antiviraux au long cours. Bien que la prise en charge médicale précoce soit utile, les personnes atteintes d'une infection par le VHC ne présentent souvent que des symptômes bénins et, par conséquent, ne sont pas demandeuses d'un

traitement. On estime que 150 à 200 millions de personnes dans le monde sont infectées par le virus de l'hépatite C, essentiellement par la transfusion de sang qui n'a pas été soumis à un dépistage et la réutilisation d'aiguilles et de seringues non stériles.

- herpès : Maladie virale chronique responsable d'éruptions cutanées récidivantes et portée par le virus « Herpes simplex ». Elle représente également la première cause d'ulcérations génitales en Europe principalement. L'herpès génital favorise la transmission du virus du sida. Affection récidivante et douloureuse, l'herpès génital est responsable du redoutable herpès néonatal. Cette maladie, vécue péniblement sous quelque forme que ce soit, ne peut jamais être totalement guérie et impose donc au porteur de prendre des précautions, y compris en dehors des crises (il reste potentiellement contagieux). L'herpès est une maladie considérée comme bénigne chez les sujets en bonne santé, elle peut se révéler très sérieuse chez les sujets présentant un déficit immunitaire, chez les nourrissons ou chez les femmes enceintes.
- hydramnios : Excès de liquide amniotique pendant la grossesse. Chez l'être humain, l'hydramnios se définit par la mesure de l'index amniotique. Un index supérieur à 25 cm établit le diagnostic.
- hydrocèle : Épanchement de liquide aqueux entre les deux feuillets de la tunique vaginale, qui enveloppe le testicule. L'hydrocèle gonfle le scrotum mais le testicule reste normal. C'est la gêne due au volume de la bourse, qui peut parfois être très important, qui incite à consulter.
- hymen : Membrane qui, chez la femme, ferme partiellement l'ouverture du vagin et sépare la cavité de ce dernier de la vulve. Il se déchire généralement lors du premier rapport sexuel avec pénétration vaginale, entraînant une légère perte de sang.
- hyperplasie : Augmentation de volume d'un tissu ou d'un organe due à une augmentation du nombre de ses cellules (par opposition à l'hypertrophie (cellulaire) dans laquelle c'est le volume des cellules qui augmente).
- hypertélorisme : Syndrome caractérisé par des malformations cranio-faciales se caractérisant par un agrandissement de la petite aile du sphénoïde (os impair et médian participant à la base du crâne, à la calvaria et au massif facial), entraînant un élargissement de la distance interorbitaire (l'espace interoculaire est normalement à peu près égal à la largeur d'un œil) et de la racine du nez.
- hypoplasie : Hypoplasie ou hypoplastie : Arrêt du développement ou développement insuffisant d'un tissu ou organe. La plupart des causes d'hypoplasie sont des maladies génétiques.

- hypospadias : Malformation du fœtus masculin, qui se manifeste par l'ouverture de l'urètre dans la face inférieure du pénis au lieu de son extrémité.
- hypothyroïdie : Situation d'imprégnation insuffisante de l'organisme en hormones thyroïdiennes (thyroxine et triiodothyronine), le plus souvent à cause d'un mauvais fonctionnement de la glande thyroïde.
- hypotrophie : Diminution du volume ou du poids d'un tissu, d'un organe.
- maladie de Hirschsprung : Anomalie de fonctionnement de la partie terminale de l'intestin se traduisant par une constipation ou une occlusion intestinale. Cette anomalie est le résultat de l'absence de développement congénital des cellules neuroganglionnaires assurant la transmission des informations nécessaires à la régulation intestinale. Cette maladie est considérée comme une neurocristopathie ou maladie dérivant des crêtes neurales. Cette maladie peut être isolée ou s'inscrire dans un syndrome. Dans les formes non syndromiques, plusieurs gènes ont été trouvés responsables de cette maladie.
- méconium : Premières selles de l'enfant.
- métrorragie : Saignement génital survenant en dehors des règles. On peut avoir des métrorragies après la ménopause ou à cause d'une grossesse extra-utérine rompue. Dans ce dernier cas le fœtus peut s'être développé dans les trompes (au lieu de l'utérus) et ainsi, rompre un vaisseau sanguin. La métrorragie peut ainsi signer un hémopéritoine. C'est une urgence médicale. Le terme métrorragie ne préjuge en rien de l'abondance du saignement. Il ne faut pas confondre métrorragie avec ménorragie, qui définit des règles anormalement longues et abondantes.
- Néphropathie : Affections des reins, au sens large du terme.
- neuroblastome : Tumeur solide extra-crânienne la plus fréquente chez le jeune enfant. C'est un cancer touchant des cellules embryonnaires de la crête neurale qui constitue le système nerveux autonome sympathique. Le neuroblastome peut être associé à la maladie de Hirschsprung.
- oligoamnios : Quantité de liquide amniotique insuffisante.
- péridurale : Péridurale ou épidurale : Technique d'anesthésie locorégionale consistant à introduire un cathéter dans l'espace péridural (espace anatomique entourant la dure-mère, d'où son nom) permettant la diffusion d'un produit actif (analgésique, anesthésique, glucocorticoïde, etc.). L'utilisation la plus courante est l'analgésie péridurale lombaire lors de l'accouchement par voie basse. Celle-ci peut alors être transformée en anesthésie péridurale pour une césarienne. Dans d'autres applications (chirurgie, soulagement de la douleur), la péridurale peut également être cervicale ou thoracique.

- **phénylcétonurie** : Maladie génétique grave en relation avec un trouble du métabolisme de la phénylalanine (acide aminé d'origine alimentaire). Elle affecte un nouveau-né sur 16 000 et est responsable d'une arriération mentale (oligophrénie phénylpyruvique) progressive en l'absence de traitement approprié. En France et dans de nombreux pays, on procède à la naissance à un dépistage systématique de la phénylcétonurie.
- **phimosis** : Affection douloureuse du prépuce qui, lors de l'érection, ne peut se rétracter derrière le gland du pénis (le gland ne peut pas se « décalotter »). Le phimosis peut être consécutif à une étroitesse du prépuce, à des lésions provoquées par des décalottages forcés, à une infection, à une tumeur du pénis, à un diabète, par exemple. Dans le cas d'étroitesse du prépuce, il s'agit d'une condition normale chez le jeune garçon puisque la muqueuse du prépuce est souvent accolée au gland, ce sont les adhérences préputiales.
- **pieds-bots** : Pied-bot : Déformation congénitale (dysmorphie) du pied. Il existe quatre grandes classes de pied-bot : pied-bot équin (le pied est en extension forcée et repose sur le sol par son extrémité antérieure (d'où la comparaison avec le sabot du cheval)) ; pied-bot talus (le pied est en flexion forcée sur la jambe et repose par le talon) ; pied-bot valgus (le pied est dévié, la plante regarde en dehors, et il repose sur le sol par son bord interne) ; pied-bot varus (le pied est dévié, la plante en dedans, et repose sur son bord externe). Il existe généralement une association entre ces différentes formes, donnant par exemple le pied-bot varus équin ou encore le pied-bot talus valgus.
- **plexus brachial** : Zone située une partie dans le cou et l'autre partie dans l'aisselle. Le plexus brachial a pour principale fonction l'innervation sensitivomotrice des membres supérieurs. Les fibres nerveuses qui forment le plexus brachial sont issues de la moelle épinière.
- **prétragien** : Situé en avant du tragus (saillie du pavillon de l'oreille dont le sommet est tourné vers l'arrière et qui protège l'orifice du conduit auditif externe).
- **pyélique** : Relatif au bassin.
- **rachianesthésie** : Technique d'anesthésie locorégionale consistant à injecter une solution anesthésique dans le liquide céphalo-rachidien au travers d'un espace intervertébral de la colonne lombaire, au contact des dernières racines nerveuses médullaires. Elle permet une puissante anesthésie des parties du corps situées sous une ligne qui correspond, en fonction de l'espace ponctionné, du type et de la dose d'anesthésique local employé, au niveau du bloc. Contrairement à l'anesthésie péridurale, dans laquelle l'injection se fait en dehors des méninges, la rachianesthésie nécessite un franchissement de la dure-mère (injection intrathécale).

- raphé : Ligne réunissant les fibres constituant les tissus de deux structures anatomiques symétriques.
- réflexe de Moro : Réflexe de Moro ou réflexe de défense : Un des réflexes archaïques, il peut être observé sous forme incomplète chez les prématurés après la 28^e semaine de la gestation (6 mois), et est habituellement présent sous forme complète à la 34^e semaine (troisième trimestre : 7,5 mois). Il est normalement perdu dès le troisième mois après la naissance, pendant la période postnatale. Ce réflexe est une réponse à un bruit fort inattendu ou quand l'enfant en bas âge se sent tomber. Chez l'enfant, ce réflexe est remplacé par la réaction de sursaut. En effet, ontogénétiquement, le sursaut apparaît chez l'homme à peu près lors de la régression du réflexe de Moro. Le but premier de déclencher ce réflexe est l'évaluation du système nerveux central. L'enfant placé sur le dos est soulevé par les mains de quelques centimètres, membres supérieurs en extension. Le réflexe apparaît quand il retombe sur la table d'examen ; il se décompose en quatre parties : peur, abduction des bras, adduction des bras, cris. L'absence d'une de ces réactions (excepté le cri) ou une asymétrie dans les mouvements est anormale, ainsi que la persistance du réflexe chez les enfants plus âgés et chez les adultes. Cependant la persistance et l'exacerbation du réflexe chez les personnes victimes de paralysie cérébrale est commune. Ce réflexe est aboli dans 85 % des cas chez le nouveau-né atteint de trisomie 21.
- rubéole : Maladie virale épidémique, d'incubation voisine de 15 jours. C'est une maladie généralement bénigne qui touche essentiellement les enfants mais qui peut provoquer de graves malformations congénitales lorsque les femmes sont infectées au début de leur grossesse.
- score de Silvermann : Test permet de diagnostiquer et évaluer la détresse respiratoire d'un nouveau-né. Il se compose de 5 items notés de 0 à 2. La détresse respiratoire est importante si le score est supérieur à 4 et nécessite une intubation. Attention, un score à 0 ne veut pour autant pas dire que l'enfant va bien.
- signe du ressaut : Signe du ressaut ou signe d'Ortolani : Réduction brutale de la luxation lorsque le médecin rapproche la cuisse de l'axe du corps. Technique : le médecin saisit les deux genoux entre le pouce et l'index en plaçant les 3 autres doigts sur la face externe de la cuisse. Les genoux et les hanches sont fléchis. En imprimant un mouvement d'abduction (écartement d'un membre ou d'un segment de l'axe du corps) on peut percevoir un ressaut dit « de rentrée » signifiant que la hanche est luxée mais réductible : c'est une forme sévère de la luxation congénitale de la hanche. Lors du mouvement d'adduction (rapprochement d'un membre ou d'un segment de l'axe du corps) on peut percevoir un ressaut de sortie qui témoigne d'une hanche en place mais luxable : c'est une forme moins sévère de luxation congénitale de la hanche. Ce ressaut peut persister très longtemps.

- spina bifida : Malformation congénitale liée à un défaut de fermeture du tube neural durant la vie embryonnaire. Le plus souvent il reste ouvert à son extrémité caudale. Il en résulte l'absence de l'apophyse épineuse d'une ou plusieurs vertèbres. La protrusion des méninges par cette déhiscence donne un méningocèle. De gravité variable, ces malformations vont du spina bifida occulta au myéломéningocèle. Si ces méninges sont accompagnées de moelle épinière, la malformation est appelée myéломéningocèle. Elle concerne une naissance sur 2000. 12 % des spina bifida n'entraînent qu'un handicap léger. La localisation la plus typique des malformations est le pôle caudal de l'embryon (qui correspond à la région lombaire de l'enfant à naître).
- syndactylie : Malformation congénitale caractérisée par l'accolement et une fusion plus ou moins complète de deux ou plusieurs doigts ou orteils entre eux. La fusion peut se situer au niveau de la peau ou simultanément des os et de la peau.
- syphilis : Maladie vénérienne, infectieuse et contagieuse, due au tréponème pâle. Elle se manifeste par un chancre initial et par des atteintes viscérales et nerveuses tardives, certaines manifestations survenant plusieurs années après la contamination.
- talus : Un membre ou un segment de membre en talus est en flexion dorsale.
- toxémie gravidique : Toxémie gravidique ou pré-éclampsie : HyperTension Artérielle (HTA) gravidique qui apparaît dans la deuxième moitié de la grossesse. Elle est caractérisée par une pression systolique supérieure à 140 mm Hg ou une diastolique supérieure à 90 mm Hg, combinée avec une protéinurie.
- toxoplasmose : Infection parasitaire dont l'agent est le protozoaire *Toxoplasma Gondii*. Le parasite infecte le plus souvent des animaux à sang chaud, y compris l'être humain, mais son hôte définitif est un félin (dont le chat fait partie). Sans gravité dans l'immense majorité des cas pour les sujets immunocompétents, elle ne présente de risque sérieux que pour les femmes enceintes séronégatives et les sujets ayant un système de défense immunitaire affaibli.
- trisomie 21 : Trisomie 21 ou Syndrome de Down : Maladie chromosomique congénitale provoquée par la présence d'un chromosome surnuméraire pour la 21e paire.
- valgus : Un membre ou un segment de membre en valgus est tourné, dévié en dehors. Autrement dit, un membre en position de valgus s'écarte vers l'extérieur par rapport à l'axe du corps.
- varus : Un membre ou un segment de membre en varus est tourné, dévié en dedans, vers l'axe du corps.

- vernix caseosa : Substance cireuse d'origine sébacée, blanchâtre et grasse recouvrant et protégeant la peau des nouveau-nés. In utero, il protège la peau du fœtus du milieu aqueux, le liquide amniotique, qui l'entoure. La peau des prématurés présente des quantités plus importantes de vernix que les nourrissons nés à terme.
- xiphoïdien : Relatif à l'appendice xiphoïde, appendice cartilagineux qui termine l'extrémité inférieure du sternum.

BIBLIOGRAPHIE

- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. : Item 23 : Évaluation et soins du nouveau-né à terme. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006. p. 387-397.
- Gold F, Lointier F. : Éthique des soins au nouveau-né prématuré. Soins Pédiatrie/Puériculture. 2010 Sept-Oct;31(256):27-29.
- Gold F. : Évaluation et soins du nouveau-né à terme. Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie (FMPMC); 2007.
- Kuhn P, Strub C, Astruc D. : Problèmes liés à l'évaluation de la douleur chez le nouveau né en situation de soins palliatifs. Archives de pédiatrie. 2010 Sept;17(S3):59-66.
- Laugier J, Rozé JC, Siméoni U, Saliba E. : Soins aux nouveau-nés. Paris: Masson; 2006. 839 p.
- Magny JF, Pichon C, Tasseau A, Gonzales P. : Évaluation et prise en charge de la douleur chez le nouveau-né. Journal de pédiatrie et de puériculture. 2005 Jun;18(3):144-149.
- Pejoan H. : Les recommandations et les consensus en cours concernant les soins au nouveau-né bien portant en salle de naissance. La revue Sage-femme. 2010 Sept;9(4):189-194.
- Rajguru M. : Soins au nouveau-né normal : les deux premières heures. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2007 Feb;35(2):174-175.
- Ratynski N, Cioni G, Franck L, Blanchard Y, Sizun J. : L'observation du comportement du nouveau-né : une source pertinente d'informations médicales. Archives de pédiatrie. 2002 Dec;9(12):1274-1279.
- Smeesters PR, Johansson AB, Coppens S, Blum D, Vanderlinden R, Kahn A. : La douleur des nouveau-nés : entre réalité et perception. Archives de pédiatrie. 2005 Sept;12(9):1332-1337.

- Vialle R. : Évaluation et soins du nouveau-né à terme. Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie (FMPMC); 2007.

EN SAVOIR PLUS

- Item 23 : Évaluation et soins du nouveau-né à terme. : <http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-pediatrie/cycle2/poly/0300fra.asp>

RECOMMANDATION

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Diagnostic et traitement curatif de l'infection bactérienne précoce du nouveau-né. HAS; 2002 Sept. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272226/diagnostic-et-traitement-curatif-de-l-infection-bacterienne-precoce-du-nouveau-ne
- Haute Autorité de Santé (HAS). Préparation à la naissance et à la parentalité. HAS; 2005 Nov. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite
- Haute Autorité de Santé (HAS). Surdité de l'enfant : accompagnement des familles et suivi de l'enfant de 0 à 6 ans, hors accompagnement scolaire. HAS; 2009 Dec. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_922867/surdite-de-lenfant-accompagnement-des-familles-et-suivi-de-lenfant-de-0-a-6-ans-hors-accompagnement-scolaire

ABREVIATIONS

- ECG :  lectroCardioGraphie
- HTA : HyperTension Artérielle
- RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin
- SA : Semaine d'Aménorrhée
- SFA : Souffrance Fœtale Aiguë
- TA : Tension Artérielle
- VIH : Virus de l'Immunod ficiency Humaine