

Le nouveau-né auprès de sa mère ou en unité pédiatrique en maternité

Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF

Date de création du document 2011-1012

Table des matières

SPECIFIQUES :	3
I La médecine périnatale	4
I.1 Les niveaux de soins néonataux	5
I.2 Plan de périnatalité 1995-2000	6
I.2.1 Les niveaux de maternités	7
I.2.2 Les réseaux en périnatalité	8
I.3 Plan de périnatalité 2005-2007	9
I.3.1 Plus d’humanité	9
I.3.2 Plus de proximité	10
I.3.3 Plus de sécurité	11
I.3.4 Plus de qualité	11
I.3.5 Mieux reconnaître les professionnels de la naissance	11
I.3.6 Evaluation de ce plan	11
I.3.6.1 Sécurité et qualité	11
I.3.6.2 Humanité et proximité	12
I.3.6.3 Prise en charge des femmes et des couples en difficulté	12
I.3.6.4 Rôle des différents acteurs	12
I.3.6.5 Système d’information périnatal	12
I.4 Perspectives pour la médecine périnatale	13
II Prise en charge des soins pédiatriques en maternité	14
II.1 Soins pédiatriques de niveau 1	14
II.2 Soins pédiatriques de niveau 2	14
II.3 Soins pédiatriques de niveau 3	15
II.3.1 Historique	15

II.3.2	Méthode kangourou.....	15
II.3.3	Pour qui ?.....	16
II.3.4	Contraintes et limites.....	16
III	Bibliographie.....	17
IV	Annexes.....	19

OBJECTIFS

SPECIFIQUES :

- Connaître la politique périnatale mise en oeuvre en France
- Connaître les différents niveaux de soins pédiatriques
- Connaître les différents types de maternité
- Connaître la méthode kangourou

INTRODUCTION

Le séjour en maternité a pour intérêt de vérifier la bonne adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né, de faire le point sur ses capacités neurosensorielles et d'accompagner la mise en place de la relation mère-enfant. Tous ces éléments sont essentiels au développement correct de l'enfant.

Jusque dans les années 1980, tout nouveau-né malade était transféré dans un service de pédiatrie et donc séparé de sa mère. La prise de conscience de l'importance de la création du lien mère-enfant et de l'effet néfaste de la séparation sur ce lien a amené à penser autrement l'hospitalisation de ces nouveau-nés et la prise en compte des parents.

Cette évolution s'est produite dans le cadre du développement de la médecine périnatale.

La médecine périnatale est définie par les soins à la mère, au fœtus et à l'enfant pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et les suites de naissance. L'OMS définit la période périnatale comme débutant après 22 semaines (154 jours d'aménorrhée au moment où le poids de naissance est normalement de 500g) et se terminant sept jours révolus après la naissance. En France, elle est prise en compte à partir de la 28ème semaine de gestation.

Elle s'est développée dans les années 1970. Mais c'est avec les plans périnatalité 1995-2000 et 2005-2007 qu'elle a pris tout son sens. Son essor est aussi lié au développement de la réanimation néonatale et des nouvelles méthodes d'investigation et de traitement mais aussi aux progrès de la médecine fœtale.

I LA MÉDECINE PÉRINATALE

A la fin des années 1960, l'importance de la morbi-mortalité périnatale interroge. Une politique de planification en matière de périnatalité est inscrite en 1970 dans le VIème plan, et reconduite au cours du VIIème plan dans le cadre de la loi d'orientation du 30 juin 1975.

En 1972, deux décrets fixent des normes d'équipements pour les maternités privées et publiques avec, entre autre, l'obligation d'avoir des tables de réanimation néonatale avec arrivée d'oxygène et un chronomètre.

Suite à ces décrets, de nombreuses maternités privées vont fermer entre 1972 et 1988 (51,7 % soit une diminution de 865 à 418).

Les années 1970 sont aussi une période où apparaissent des mouvements pour une « naissance sans violence » comme celui du Dr Leboyer. Il y a donc un début de prise en compte de la dimension humaine de la naissance et du lien mère-enfant à favoriser.

Mais les années 1980 montrent une situation périnatale qui stagne malgré les mesures prises.

La position française a donc été de considérer que l'accouchement est une activité d'urgence, potentiellement à risque, nécessitant équipements et personnels qualifiés.

En parallèle, la médecine fœtale et les techniques de réanimation néonatale se sont développées ce qui a permis une meilleure prise en charge du fœtus et du nouveau-né.

Le transfert des nouveau-nés malades vers des unités de pédiatrie néonatale a entraîné une diminution notable de la mortalité et morbidité périnatale. Mais, il a vite été prouvé qu'il était préférable de réaliser des transferts in-utero pour un meilleur pronostic néonatal.

De plus, la séparation mère-enfant était un lourd tribut à payer lorsque le nouveau-né n'était transféré que pour une étroite surveillance. Ce constat a amené à développer les « unités kangourou ».

La définition des niveaux de soins néonataux et les 2 plans de périnatalité successifs ont tenté de répondre à ces difficultés.

I.1 LES NIVEAUX DE SOINS NÉONATALS

Le GENUP-RP (groupe d'études en néonatalogie et urgences pédiatriques de la région parisienne) a défini en 1989 et publié en 1990, les niveaux de soins propres au nouveau-né afin qu'il bénéficie de soins de qualité avec toute la sécurité requise tout en privilégiant le lien mère-enfant.

Cinq groupes sont été déterminés :

- Niveau 1 : nouveau-nés bien portants
- Niveau 2 : nouveau-nés atteints de troubles mineurs
 - Réchauffement, surveillance glycémique
 - Perfusion de courte durée
 - Photothérapie
- Niveau 3 : nouveau-nés présentant des pathologies nécessitant la présence d'une infirmière qualifiée (puéricultrice) ou d'une sage-femme 24 h/24 et d'un pédiatre disponible 24 h/24 ; correspond à la néonatalogie classique ou aux unités kangourous
 - Perfusions prolongées
 - Surveillance hémodynamique et respiratoire,
 - Oxygénothérapie à faible concentration
- Niveau 4 : nouveau-nés nécessitant des soins intensifs
 - Nutrition parentérale sur cathéter central

- Oxygénothérapie en ventilation spontanée
- Surveillance hémodynamique continue
- Niveau 5 : nouveau-né avec soins de réanimation
 - Ventilation artificielle

La création de ce niveau intermédiaire qu'est le niveau 2, a remis en cause le transfert systématique.

I.2 PLAN DE PÉRINATALITÉ 1995-2000

Ce plan définit des objectifs prioritaires :

- Diminuer la mortalité maternelle de 30 %
- Diminuer la mortalité périnatale de 20 %
- Réduire le nombre d'enfants de faible poids de naissance de 25 %
- Réduire le nombre de femmes peu ou pas suivies au cours de la grossesse

Il décline en 16 mesures qui répondent à 5 priorités :

- Améliorer le suivi des grossesses
- Accroître la sécurité lors de l'accouchement
- Humaniser les conditions de l'accouchement
- Améliorer les soins aux nouveau-nés
- Evaluer la politique mise en œuvre

Deux décrets d'application en octobre 1998 fixent les normes de fonctionnement des établissements publics et privés en matière de soins périnataux :

- Des objectifs de fonctionnement sont définis pour les unités d'obstétrique, de néonatalogie et réanimation néonatale.
- L'organisation architecturale et la présence de dispositifs médicaux nécessaires à chaque unité sont précisées.
- La constitution de réseaux de soins périnataux avec l'organisation des transferts de manière optimale

I.2.1 Les niveaux de maternités

Trois niveaux de maternités sont définis en lien avec les niveaux de soins néonataux et la présence ou non de réanimation adulte :

- **Maternité de type 1**

- Dispose d'une unité d'obstétrique
- Prend en charge les grossesses normales
- Présence pédiatrique permettant l'examen du nouveau-né et la prise en charge auprès de la mère d'un certain nombre de situations fréquentes et sans gravité. (niveaux 1 et 2)

- **Maternité de type 2**

- Dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie
- Prend en charge des grossesses à risque modéré
- Prend en charge des nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière, mais pas de soins en réanimation. (niveaux 3 et 4)

Une classification supplémentaire niveau 2a et 2b est proposée :

- **Maternité de type 2a**

- Dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie
- Prend en charge des nouveau-nés pouvant présenter des pathologies d'intensité modérée. (niveau 3)

- **Maternité de type 2b**

- Dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie
- Dispose en plus de lits de soins intensifs permettant une surveillance plus rapprochée et la prise en charge de pathologies plus lourdes. (niveaux 3 et 4)

- **Maternités de type 3**

- Dispose d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale
- Prend en charge des grossesses à haut risque
- Prend en charge des nouveau-nés avec des détresses graves (niveau 5)
- Réanimation adulte

Cette classification a pour but d'orienter chaque gestante vers le niveau de soins adapté en fonction des risques inhérents à sa grossesse. Ceci permet avant tout au nouveau-né de bénéficier des soins spécialisés dès sa naissance et d'éviter les transferts postnatals avec toutes les conséquences en termes d'augmentation de la mortalité et de la morbidité néonatale.

Mais il faut faire attention à certains raccourcis :

- Tout type 3 n'est pas forcément un CHU
- Tout CHU n'est pas forcément un type 3
- Les structures privées ne sont pas que des types 1
- Un type 3 accueille aussi fréquemment des patientes pouvant relever des types 1 et 2

Les décrets de 1998 ont fixé des limites pour définir la présence sur place ou non des médecins :

- Moins de 1500 accouchements, les spécialistes doivent intervenir « dans les délais compatibles avec l'impératif de sécurité ».
- Au-delà, l'obstétricien doit être présent sur place et le pédiatre doit être soit sur place ou en astreinte, pouvant intervenir « dans les délais compatibles avec l'impératif de sécurité ».
- Pour plus de 2000 naissances, l'anesthésiste doit être aussi présent sur place.

Ils exigent aussi :

- En néonatalogie sans soins intensifs : 1 infirmier puériculteur ou expérimenté en néonatalogie pour 6 nouveau-nés et un pédiatre présent au moins la journée et en astreinte la nuit,
- En néonatalogie avec soins intensifs : 1 infirmier puériculteur ou expérimenté en néonatalogie pour 3 nouveau-nés et un pédiatre présent 24 h /24.

Ces aménagements ont entraîné la fermeture de nombreuses maternités réalisant moins de 300 accouchements par an et ont concentré les naissances dans des grandes structures.

I.2.2 Les réseaux en périnatalité

Ils se sont mis en place progressivement et continuent à s'organiser.

Ces réseaux mettent en relation les professionnels de la naissance des établissements publics et privés mais aussi les professionnels de santé en ville (sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues-obstétriciens).L'idée est de créer une « communauté

périnatale » de professionnels favorisant un meilleur accès aux soins des femmes et des nouveau-nés afin d'améliorer la prise en charge mère-enfant autour de la naissance.

Mais, malgré ces progrès, certains indicateurs restent insuffisants :

- Le taux de césarienne à 17,5 % est élevé. Ce taux ne peut qu'augmenter car il concerne les primipares et les césariennes itératives. L'OMS a montré que les pays avec un taux de mortalité périnatale bas sont ceux qui ont un taux de césarienne inférieur à 10 %.
- Le taux de mortalité maternelle stagne depuis 1993 ceci semblant dû à l'augmentation de l'âge moyen des mères à la naissance de leur enfant.
- La mortalité infantile est passée de 7,3 à 4,5/1000 naissances en 10 ans mais la France est au 8ème rang sur les 30 pays de l'OCDE.

C'est dans ce contexte que le 2ème plan périnatal a émergé.

I.3 PLAN DE PÉRINATALITÉ 2005-2007

Les objectifs de ce plan sont :

- Réduire la mortalité périnatale de 15 % en passant de 6,5 à 5,5/1000 naissances
- Réduire la mortalité maternelle au niveau de la moyenne des pays de l'UE de 9 à 13 décès/100 000 accouchements
- Réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme
- Plus d'humanité en améliorant l'écoute et l'information des futurs parents
- Plus de proximité pour le suivi pré et postnatal
- Plus de sécurité pour toutes les naissances, notamment par une mise aux normes des maternités
- Plus de qualité afin d'homogénéiser et d'améliorer les pratiques
- Mieux reconnaître les professionnels de la naissance

I.3.1 Plus d'humanité

Ce plan demande d'adapter l'offre de soins aux besoins des femmes et des couples les plus démunis socialement ou faisant face à un handicap ou une maladie invalidante et d'améliorer le suivi des enfants à risque d'handicap.

Les moyens proposés prévoient :

- L'entretien individuel ou en couple systématiquement proposé au cours du 4^{ème} mois qui deviendra l'entretien prénatal précoce,
- Une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance avec une meilleure collaboration médico-psychologique
- Un soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité
- L'accompagnement spécifique des femmes enceintes et des couples faisant face à un handicap ou une maladie invalidante
- Un suivi et une prise en charge à long terme des nouveau-nés en risque de développer un handicap
- Une prise en charge rigoureuse des décès en maternité ou en néonatalogie
- La restructuration du carnet de santé maternel afin de :
 - donner une information sur le déroulement du suivi médical de la grossesse, des droits, des obligations et les aides diverses,
 - d'améliorer le suivi de la grossesse et la communication avec et entre les professionnels de santé et sociaux qui suivent la femme jusqu'à l'accouchement
- La création de la commission nationale de la naissance comprenant les représentants des différentes spécialités autour de la naissance (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, anesthésistes, sages-femmes, psychologues, psychiatres, médecins généralistes) et des représentants des usagers

Le 12 novembre 2010, la Commission nationale de la naissance (CNN) devient Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE).

Lien vers : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023728873&dateTexte=&categorieLien=id>

I.3.2 Plus de proximité

Il est demandé :

- D'améliorer les réseaux de périnatalité,
- De renforcer les centres périnataux de proximité
- De mettre en valeur le rôle-clé de la PMI
- De favoriser la participation des sages femmes libérales et la création de places d'hospitalisation à domicile (hospitalisation à domicile)

I.3.3 Plus de sécurité

Les objectifs sont :

- D'améliorer l'équipement technique et en personnels des maternités
- D'améliorer les transferts inter-hospitaliers
- De mettre en œuvre des schémas régionaux des services de réanimation pédiatrique
- D'améliorer la prise en charge des urgences obstétricales
- D'évaluer les risques à maintenir ou non une activité

I.3.4 Plus de qualité

Au-delà de la mise aux normes des maternités, la qualité de la prise en charge des mères et des nouveau-nés doit s'appuyer sur des études permettant de mettre en œuvre des dispositifs plus efficaces, mieux organisés en réseau et accompagnés financièrement.

Pour cela, 2 mesures sont proposées :

- Promouvoir les démarches qualité et la gestion des risques dans les réseaux de périnatalité en assurant entre autre un accès à des échographies de qualité à toutes les femmes
- Améliorer l'encadrement et la qualité des pratiques d'assistance médicale à la procréation et notamment l'encadrement de la stimulation de l'ovulation.

I.3.5 Mieux reconnaître les professionnels de la naissance

Pour cela, sont proposés :

- La prise en compte, à leur juste valeur, des activités de périnatalité dans la tarification à l'activité
- La valorisation des compétences des professionnels de la naissance
- Une expérimentation de « maisons de naissance » attenantes à des plateaux techniques

I.3.6 Evaluation de ce plan

I.3.6.1 Sécurité et qualité

Le plan a contribué à l'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge en périnatalité. La France est maillée par les réseaux qui ont permis une meilleure prise en

charge de la mère et de l'enfant ainsi qu'un partage d'expérience avec une harmonisation des pratiques professionnelles.

Il semble que les taux de mortalité périnatale s'améliorent mais il est difficile d'imputer cette amélioration à ce seul plan.

I.3.6.2 Humanité et proximité

Le plan a développé des conditions favorables à l'amélioration de l'humanité et de la proximité de la prise en charge en périnatalité. L'enquête auprès des usagères, la CNNSE, le développement du soutien psychologique, l'entretien prénatal précoce et le carnet de maternité sont des outils qui y ont concourus.

Mais il est encore un peu tôt pour voir réellement les effets cumulés de ces mesures.

I.3.6.3 Prise en charge des femmes et des couples en difficulté

Le plan a joué un rôle très limité dans le renforcement de la prise en charge des femmes et des couples les plus en difficultés, au regard de leur accès aux droits et aux soins.

Il a contribué à faire émerger la nécessité de la prise en charge médico-psycho-sociale : en instituant l'entretien prénatal précoce, il a permis de renforcer la prise en compte de l'environnement des femmes et des couples.

Cependant, les mesures prévues par le plan n'ont été que partiellement mises en œuvre. Cette situation conduit à une prise en charge disparate des femmes en situation de vulnérabilité.

I.3.6.4 Rôle des différents acteurs

Le plan a accompagné le renforcement opérationnel (plus que stratégique) de l'articulation des interventions des différents acteurs.

La coordination des services de PMI entre eux et avec les autres acteurs s'est peu développée. Les services de PMI étant sous la responsabilité des Conseils Généraux, la volonté politique locale est à prendre en compte pour réussir à améliorer les moyens mis en œuvre.

I.3.6.5 Système d'information périnatal

Le plan n'a pas permis de rendre le système d'information périnatal plus performant.

La période 2004-2010 se caractérise par une dégradation quant à la production d'indicateurs essentiels en matière de périnatalité. Ceci est dû à l'irrégularité des enquêtes nationales périnatales, à l'impossibilité de produire aujourd'hui une situation complète de

l'état de santé des nouveau-nés, à l'absence de progrès sur le traitement des certificats de santé du 8ème jour et à une phase de latence longue entre les enquêtes et la publication des résultats (minimum 2 ans). Les perspectives récentes de dématérialisation des certificats de santé sont malgré tout positives mais n'étaient pas envisagées dans le plan.

I.4 PERSPECTIVES POUR LA MÉDECINE PÉRINATALE

Ces 2 plans de périnatalité ont permis :

- D'améliorer le suivi des grossesses
- De mieux orienter les femmes enceintes
- D'améliorer la prise en charge des prématurés :
 - Les prématurés < 33 semaines d'aménorrhée
 - Plus en type 3
 - Moins en type 1
 - Stables en type 2
 - Plus souvent transférés in utero
- Les prématurés de 33 – 34 SA sont :
 - Moins en type 1
 - Plus en type 2
 - Stables en type 3

Mais, 10 % des prématurés < 33 SA naissent encore en type 1.

De plus, le plan périnatalité 2005-2007 a marqué une évolution avec une prise en compte, en plus de critères chiffrés du précédent plan, des dimensions psychologiques et sociales de la grossesse et de l'accouchement.

Cependant, la France est passée de 1999 à 2009, de la 7ème place au niveau européen concernant la mortalité infantile à la 20ème place ceci étant dû en partie à l'amélioration rapide des indicateurs périnataux des autres pays de l'Europe et à une amélioration plus lente des indicateurs en France. « *Pour en Savoir Plus* : introduction à la puériculture et à la pédiatrie : http://www.uvmaf.org/UE-puericulture/intro_pediatrie/site/html/ »

Il semble donc pertinent de poursuivre les efforts du plan 2005-2007 pour arriver à une plus grande efficacité en articulant les différents axes d'action au niveau régional par l'intermédiaire des ARS.

Mais, des contraintes financières et humaines sont à prendre en compte.

La T2A, la crise financière de 2008 qui perdure avec les restrictions budgétaires inéluctables et l'obligation du contrat de retour à l'équilibre financier des établissements, incitent les établissements de santé à promouvoir les activités les mieux tarifées qui ne sont pas forcément dans la logique d'un travail en réseau. De plus, la notion de tarification de certains actes peut inciter à diminuer le temps passé avec la patiente, au détriment des dimensions psychologique et sociale, promues par le plan.

D'autre part, la pénurie de médecins en rapport avec la périnatalité (obstétriciens, pédiatres, anesthésistes) est importante. Ces spécialités n'attirent plus car trop contraignantes en termes de disponibilité et avec un risque médico-légal lourd. Se pose alors la question de la capacité de garde sur place de ces praticiens au sein des établissements qui reste toujours problématique. Le transfert de compétences vers les sages-femmes, les puéricultrices est une voix de réflexion mais ne peut répondre entièrement à ce problème.

Les usagers sont de plus en plus présents dans les débats autour de la naissance. Ils siègent entre autre à la CNNSE. Le CIANE soulève le problème de la difficulté à faire cohabiter « médicalisation – technicité – sécurité » et « humanisation ». Leurs revendications peuvent bousculer les habitudes médicales mais elles sont à prendre en compte pour une meilleure prise en charge.

De façon globale, les divergences sont importantes entre les différents acteurs : pouvoirs publics, professionnels de santé, usagers, caisse d'assurance maladie et compagnies d'assurance. Et il est difficile de faire cohabiter toutes ces logiques. Mais, les plans de périnatalité ont montré qu'il était possible d'améliorer la médecine périnatale.

II PRISE EN CHARGE DES SOINS PÉDIATRIQUES EN MATERNITÉ

Le législateur a annoncé ce qui devait être mis en place dans le décret 1998-900 afin de privilégier la relation mère enfant et d'éviter autant que possible leur séparation.

II.1 SOINS PÉDIATRIQUES DE NIVEAU 1

Ils sont pratiqués dans toutes les maternités, en suites de couches. Les sages-femmes, les auxiliaires de puériculture, les pédiatres et parfois les puéricultrices travaillent en collaboration pour répondre aux besoins des mères, les aider et dépister d'éventuelles problèmes demandant un suivi ultérieur.

II.2 SOINS PÉDIATRIQUES DE NIVEAU 2

Ils sont prodigués :

- En suites de couches en excluant le gavage et les perfusions,

- Ou en unité kangourou distincte du service de suites de couches.

Les 2 situations peuvent se rencontrer. Mais, l'inconvénient des soins intégrés aux suites de couches, est qu'il n'y a pas de reconnaissance financière de cette activité donc pas de personnel supplémentaire, alors qu'il existe un forfait d'hospitalisation pour les unités kangourou.

Normalement, les soins de niveau 2 devraient être pratiqués au sein des maternités, les unités kangourou étant plus adaptées aux soins de niveau 3.

Mais, l'inconvénient possible est de maintenir un enfant à risque dans une maternité de type 1 donc sans unité de néonatalogie ce qui oblige à un transfert en cas d'aggravation.

II.3 SOINS PÉDIATRIQUES DE NIVEAU 3

Ils ne sont envisageables que dans les maternités de types 2 et 3 dans une unité kangourou située dans ou en dehors d'une maternité. Elle constitue dans ces 2 cas une unité d'hospitalisation néonatale.

L'unité kangourou est une unité de néonatalogie intégrée soit dans une maternité au sein des suites de couches, le nouveau-né étant soigné dans la chambre de sa mère, soit dans une unité de néonatalogie voisine adaptée à recevoir des parents 24 h/24, les sages-femmes venant s'occuper de la mère.

II.3.1 Historique

La 1ère unité kangourou a vu le jour en Colombie à Bogota. Ce sont des contraintes économiques qui ont poussé l'équipe pédiatrique à proposer cette solution : « mères kangourou » 24 h/24, parfois à domicile. La base de cette approche est : la chaleur, l'amour maternel, le lien étroit entre la mère et son enfant et le lait maternel.

L'étude de cette expérience a montré que la croissance des enfants était similaire que lors d'une hospitalisation « classique » et que le taux d'infections nosocomiales ainsi que la durée de séjour étaient moindres.

La 1ère unité s'est ouverte en France en 1987 à l'hôpital Antoine Béchère à Clamart.

Depuis d'autres unités ont été créées avec des approches variables comme vu précédemment.

II.3.2 Méthode kangourou

Elle est définie par :

- La position kangourou : position ventrale en peau à peau contre la mère 24 h/24,
- L'alimentation si possible par le lait de mère avec des tétées précoces et répétées,

- Une sortie précoce avec un suivi rapproché.

Cette méthode permet :

- Aux mères de se sentir compétentes, de participer activement aux soins de puériculture
- À l'enfant de réguler de façon autonome sa température et d'avoir une croissance régulière,
- La mise en place précoce des interactions mère-enfant,
- De dédramatiser la situation.

L'existence d'une unité kangourou est un critère de qualité pour une maternité.

Mais, en pratique la méthode est adaptée selon les contraintes locales et il est rare d'avoir du peau à peau 24 heures/24.

II.3.3 Pour qui ?

Elle concerne les enfants nécessitant des soins de niveau 3, parfois de niveau 2 selon l'organisation locale.

Les critères sont définis par chaque équipe mais classiquement, les diagnostics les plus rencontrés sont :

- Les suspicions d'infection materno-fœtale avérée ou non,
- Les enfants de faible poids de naissance,
- Les souffrances fœtales aiguës,
- Les nouveau-nés de mère diabétique,
- Les nouveau-nés de mère toxicomane.

Il faut bien sûr que la mère veuille garder son enfant auprès d'elle.

Le plus souvent, les enfants viennent directement de la salle de naissance ou du service de suites de couches si un problème secondaire apparaît. Les transferts peuvent se faire d'une autre maternité de type 1 posant le problème du transfert conjoint de la mère.

Certains enfants après avoir nécessité des soins de niveau 4 ou 5 peuvent intégrer l'unité kangourou si la mère est toujours hospitalisée.

II.3.4 Contraintes et limites

Il faut qu'il y ait au moins 1000 à 1500 accouchements par an pour envisager la création d'une telle unité.

La présence d'un pédiatre sur place est indispensable.

Lorsque l'unité kangourou est en maternité, les allées et venues entre la salle de soins et les chambres entraîne un surcroît de travail.

Les soins sont le plus souvent réalisés en présence des parents ce qui demande des explications pour dédramatiser les soins et rassurer les parents. Ceci entraîne des soins plus longs et donc les unités kangourou améliorent la relation mère-enfant mais coûtent chères.

Les limites sont aussi celles des délais d'hospitalisation de la mère : 12 jours après un accouchement voie basse et 21 jours après une césarienne. Au-delà de ces délais, la mère peut rester hospitalisée mais en risque maladie et non plus maternité. Le plus souvent, ces délais sont suffisants sinon il est possible d'envisager l'hospitalisation en pédiatrie mais les conditions ne sont pas comparables. De plus, selon l'organisation locale, cette solution n'est pas toujours réalisable.

III BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie : Décret 98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation

Bibliographie : Décret 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale

Bibliographie : Arrêté du 25 avril 2000 relatif aux conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, à la néonatalogie et à la réanimation néonatale

Bibliographie : Plan de périnatalité 2005-2007
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf

Bibliographie : Evaluation du plan périnatalité – Rapport final
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf

Bibliographie : HAS : Recommandations de bonne pratique. Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. Décembre 2009

Bibliographie : Organisation Mondiale de la Santé. Définitions. In : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision. Genève: OMS; 1993. p. 1327-30

Bibliographie : Pédiatrie en maternité – GOLD F. – BLOND M.-H. – LIONNET C. ; Ed Masson, 3ème édition, 2008

CONCLUSION

De nombreux progrès ont été faits en 20 ans mais l'organisation de la médecine périnatale demande encore de nombreuses concertations entre les différents acteurs concernés. La vision des moyens à mettre en œuvre dans le cadre de la périnatalité varie selon que l'on s'adresse aux professionnels de santé, aux usagers, aux politiques ou aux caisses d'assurance maladie et de larges débats ont et auront encore lieu pour améliorer la prise en charge des mères et des nouveau-nés.

La politique actuelle de promotion des sorties précoces de maternité avec la mise en place du Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile, nécessite l'implication de tous les acteurs de la naissance avec une collaboration étroite avec les sages-femmes libérales, les services de Protection Maternelle et Infantile et les médecins libéraux, pour assurer une continuité du travail initié en maternité.

IV ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

- : Décret 98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation
- : Décret 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale
- : Arrêté du 25 avril 2000 relatif aux conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, à la néonatalogie et à la réanimation néonatale
- : Arrêté du 13 mars 2011 relatif à la composition et au secrétariat de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant
- : Evaluation du plan périnatalité • Rapport final
- GOLD F. • BLOND M.-H. • LIONNET C : Pédiatrie en maternité ; Ed Masson, 3ème édition, 2008
- HAS : Recommandations de bonne pratique. Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. Décembre 2009
- Organisation Mondiale de la Santé : Définitions. In : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision. Genève: OMS; 1993. p. 1327-30

ABRÉVIATIONS

- ARS : Agence Régionale de Santé
- CIANE : Collectif Inter Associatif autour de la Naissance
- CNN : Commission Nationale de la Naissance
- CNNSE : Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant
- GENUP-RP : groupe d'études en néonatalogie et urgences pédiatriques de la région parisienne
- HAD : hospitalisation à domicile
- OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- PRADO : Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile
- SA : semaines d'aménorrhée
- T2A : tarification à l'activité

POUR EN SAVOIR PLUS

introduction à la puériculture et à la pédiatrie : [http://www.uvmaf.org/UE-
puericulture/intro_pediatrie/site/html/](http://www.uvmaf.org/UE-puericulture/intro_pediatrie/site/html/)