

Examen de sortie et suivi de l'enfant jusqu'à 30 jours

Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF

Date de création du document 2011-1012

Table des matières

I	La sortie de la maternité.....	4
I.1	L'examen médical.....	4
I.2	Evaluation des conditions de sortie.....	5
I.2.1	L'alimentation.....	5
I.2.2	L'établissement d'un transit et d'une diurèse.....	5
I.2.3	La surveillance de la coloration (ictère)	5
I.2.4	La réalisation des dépistages.....	6
I.2.5	La récupération des examens paracliniques.....	6
I.2.6	L'établissement d'une bonne relation mère enfant.....	6
I.3	Conseils.....	6
I.3.1	Le mode de couchage du bébé	7
I.3.2	La prévention de la mort subite du nourrisson.....	7
I.3.3	Le type d'alimentation	7
I.3.4	Les soins d'hygiène corporelle	7
I.3.5	Les sorties du bébé	7
I.3.6	Le Syndrome du bébé secoué.....	7
I.4	Les prescriptions.....	8
I.4.1	Vitamine D.....	8
I.4.2	Vitamine K	9
I.4.3	Les vaccinations	9
II	Le suivi de l'enfant jusqu'à 30 jours.....	9
II.1	La surveillance du nourrisson.....	9
II.1.1	Le suivi médical	9
II.1.2	L'alimentation et le poids.....	10

II.1.3 La surveillance du cordon.....	10
II.1.4 La surveillance de l'ictère.....	10
II.2 Le suivi psycho-social et les aides à domicile.....	11
II.2.1 Les puéricultrices de secteur.....	11
II.2.2 Les travailleuses familiales	11
II.2.3 Les aide-ménagères.....	12
II.2.4 Les assistantes sociales polyvalentes de secteur.....	12
III Annexes.....	12

I LA SORTIE DE LA MATERNITÉ

La durée moyenne d'un séjour en maternité est de 3 à 4 jours pour un accouchement par voie basse et de 5 à 6 jours pour une césarienne.

Sont définies comme sorties précoces, les sorties entre J0 et J2 inclus pour les accouchements par voie basse et entre J0 et J4 inclus pour les accouchements par césarienne.

La sortie de la maternité doit faire l'objet d'une réflexion conjointe entre la mère, sa famille et les soignants, afin :

- d'évaluer la condition physique, comportementale et relationnelle du couple mère-bébé
- d'effectuer les dépistages systématiques ou ciblés
- de s'assurer du suivi médical ultérieur du bébé
- de prodiguer des conseils pour le retour à la maison et des diverses possibilités d'aide à domicile ou à l'extérieur.

Le carnet de santé avec le certificat d'examen médical dit du 8e jour sera remis à la sortie. Son usage sera explicité et tous les éléments importants auront été notés dessus (vaccins, dépistages, examens spécialisés, éléments à surveiller, etc...).

I.1 L'EXAMEN MÉDICAL

L'examen médical est fait par le pédiatre ou la sage-femme.

La technique de cet examen est la même que celle de l'examen du nouveau-né à terme qui est réalisé le premier jour de vie.

Pour la plupart des enfants, aucune surveillance spécialisée n'est à prévoir si :

- il n'existait aucun risque particulier à la naissance (ou que celui-ci a été écarté les jours suivants)
- l'examen clinique est normal
- le comportement maternel est adapté
- les conditions socio-économiques sont favorables à l'accueil du nouveau-né.

Une aide ou surveillance à domicile et, dans certains cas, la prolongation du séjour à la maternité peuvent être nécessaires afin de régler les problèmes dépistés : besoin de soutien d'une maman anormalement angoissée, ictère persistant, perte de poids importante de l'enfant, situation pathologique en cours d'exploration...

I.2 EVALUATION DES CONDITIONS DE SORTIE

La sortie de l'enfant de la maternité ne peut être autorisée qu'après avoir surveillé certains critères :

I.2.1 L'alimentation

La prise alimentaire, tolérance, signes digestifs, bonne évolution de l'allaitement maternel sont évalués.

La perte de poids est physiologique les premiers jours chez tous les nouveau-nés. La reprise pondérale commence généralement autour du 3ème jour au moment de la sortie envisagée. Le poids de naissance doit être repris aux alentours de 10 à 15 jours.

Lorsque la perte de poids se situe aux alentours de 8 à 10%, il faut procéder à un examen clinique de l'enfant et rechercher des signes de déshydratation (pli cutané, sécheresse des muqueuses).

Si l'allaitement est maternel, il faudra également apprécier la montée de lait et observer une tétée. Les recommandations de l'ANAES (mai 2004) imposent l'observation d'au minimum 2 prises alimentaires correctes avec transfert effectif de lait avant la sortie. Il conviendra de prescrire des compléments de lait artificiel ou de lait de mère tiré en fonction de ces différents éléments.

I.2.2 L'établissement d'un transit et d'une diurèse

- Transit
 - le méconium doit être émis dans les 36 premières heures
 - il doit y avoir au minimum 3 selles par jour au sein après une montée de lait bien installée
- Urines:
 - Les premières urines doivent être émises dans les 24 premières heures
 - Elles sont rares pendant la perte de poids puis la diurèse augmente progressivement à chaque tétée

I.2.3 La surveillance de la coloration (ictère)

L'ictère est physiologique chez le nouveau-né vers le 3ème jour. Avant 3 jours, une cause de l'ictère doit être activement cherchée. Une appréciation correcte en fonction de l'âge de l'enfant (en heures et non pas en jours) est nécessaire lors de la décision de sortie. L'étude des facteurs qui peuvent favoriser une hyperbilirubinémie sévère doivent remettre en

question une sortie précoce (<48h): ictère des 24 premières heures, antécédent d'ictère grave dans la fratrie, hématomes, incompatibilité Rhésus ou ABO...

Le dépistage d'un ictère est fondamental afin d'éviter l'évolution vers un ictère sévère (ictère nucléaire). L'œil ne détecte l'ictère qu'à partir d'un certain seuil (minoration des signes d'ictère sur peau noire ou enfant anémié) d'où l'intérêt de la surveillance quotidienne de la bilirubine transcutanée pour tous les enfants, et surtout des enfants à risque.

Il progresse selon un gradient céphalocaudal et disparaît en général vers 15 jours de vie. Un ictère prolongé au-delà de 15 jours de vie doit faire pratiquer un dosage sanguin afin de s'assurer qu'il n'existe pas de cholestase (ictère à bilirubine conjuguée).

Le traitement de l'ictère est la photothérapie qui dégrade la bilirubine libre liposoluble en bilirubine hydrosoluble éliminée par les selles et les urines.

I.2.4 La réalisation des dépistages

Cf. cours « soins de puériculture et surveillance du nouveau-né dans les 10 premiers jours : http://www.uvmaf.org/UE-puericulture/surveillance_nne/site/html/ »

I.2.5 La récupération des examens paracliniques

- Groupe rhésus si la mère est de rhésus négatif
- Prélèvements bactériologiques si l'accouchement a lieu dans un contexte infectieux : portage strepto B, hyperthermie pendant le travail, tachycardie fœtale,... afin d'infirmier une infection néonatale. 95 % des infections materno-fœtales bactériennes se révèlent dans les 48 premières heures de vie.

I.2.6 L'établissement d'une bonne relation mère enfant

Le séjour à la maternité permet d'observer l'adaptation postnatale après cet événement qu'est la naissance et de préparer le couple à s'occuper du nouveau-né à la maison (cf. soins de puériculture et surveillance du nouveau-né dans les 10 premiers jours : http://www.uvmaf.org/UE-puericulture/surveillance_nne/site/html/).

I.3 CONSEILS

Le rôle de l'équipe n'est pas de prodiguer des cours de puériculture, mais de s'assurer que certains messages ont bien été entendus.

I.3.1 Le mode de couchage du bébé

Il doit être rappelé avec insistance : sur le dos à plat, sur un matelas ferme, sans couette ni couverture après 2 mois (gigoteuse ou pyjama-couverture), dans une chambre pas trop chauffée (18 à 19°C). Cela veut dire que, dès le séjour en maternité, le nouveau-né aura été habitué à dormir sur le dos.

I.3.2 La prévention de la mort subite du nourrisson

Mode de couchage (cf ci-dessus), abstention de fumer dans la pièce où se trouve l'enfant, contre-indication des médicaments à effet sédatif, absence de modification brutale des conditions de vie de l'enfant.

En savoir plus : Cours sur la Mort inattendue du nourrisson : <http://www.uvmaf.org/UE-puericulture/MIN/site/html/>

I.3.3 Le type d'alimentation

Il est précisé avec le mode de préparation des biberons en cas d'allaitement artificiel. En cas d'allaitement maternel, il faut rassurer. Une légère diminution de la lactation peut être observée lors du retour à la maison, due uniquement à une plus grande fatigue maternelle. Il faut conseiller de poursuivre les mises au sein régulières et plus fréquentes pendant quelques jours pour stimuler davantage en se reposant le plus possible.

I.3.4 Les soins d'hygiène corporelle

Ils ont été effectués par la mère elle-même pendant le séjour.

I.3.5 Les sorties du bébé

Elles sont conseillées, dès la sortie de la maternité, l'habillement et la durée de la sortie devant être adaptés à la saison (30 minutes en hiver, faire des paliers lors des sorties en montagne tous les 500 mètres).

I.3.6 Le Syndrome du bébé secoué

Le syndrome du bébé secoué est un sous-ensemble des traumatismes crâniens infligés, ou non accidentels dans lequel c'est le secouement (seul ou associé à un impact) qui provoque le traumatisme crânien infligé.

Le SBS survient le plus souvent chez un nourrisson de moins de 1 an.

Le syndrome du bébé secoué est uniquement défini par la présence d'un hématome sous-dural chez un enfant pour lequel l'interrogatoire ne retrouve pas de traumatisme crânien (ou un traumatisme minime incompatible avec les lésions).

Selon les recommandations de l'HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1095929/recommandation-syndrome-du-bebe-secoue , l'incidence du SBS varie entre 15 et 30/100 000 enfants de moins de 1 an Si l'on rapporte ces résultats au chiffre des naissances en France, on peut estimer que 120 à 240 nourrissons pourraient être concernés chaque année par cette maltraitance.

Les chiffres publiés sous-estiment certainement la réalité. En effet, ils font surtout état des cas les plus sévères, l'absence d'autopsie systématique des nourrissons décédés d'une mort inattendue empêche de faire certains diagnostics et il est souvent difficile de différencier traumatismes crâniens infligés et des traumatismes crâniens accidentels.

Toujours selon l'HAS, parmi les facteurs de risque les plus associés à la violence faite aux nourrissons, on remarque :

- Une prédominance de garçon, la prématurité, les grossesses multiples,
- Quand l'auteur des faits a été identifié, qu'il y ait eu ou non aveu de sa part, cet auteur est dans la majorité des cas (70 %) un homme, le père plus souvent que le compagnon de la mère. Les adultes non apparentés constituent également une catégorie significative d'auteurs potentiels de maltraitance.
- L'isolement social, la violence familiale, l'abus de toxiques, les troubles psychiatriques, la présence d'un adulte ayant lui-même été victime de violence durant son enfance ou son adolescence, des liens d'attachement fragiles ou inexistantes entre le parent et l'enfant et une méconnaissance du développement des enfants sont parfois retrouvés.
- Cependant, le syndrome du bébé secoué peut aussi survenir dans des familles qui ne présentent aucun facteur de risque apparent et il s'observe dans tous les groupes socio-économiques et culturels.

Il est de la responsabilité des professionnels d'effectuer, à la maternité et dans les jours qui suivent le retour de la maternité, une sensibilisation systématique des parents au danger du secouement.

Les parents doivent apprendre qu'il existe d'autres moyens de composer avec l'épuisement et les sentiments de frustration face à un bébé et qu'il faut faire preuve de prudence lorsque vient le moment de choisir la personne qui susceptible de garder l'enfant.

I.4 LES PRESCRIPTIONS

I.4.1 Vitamine D

Il s'agit d'une Hormone synthétisée au niveau de la peau grâce au rayonnement solaire, qui permet la prévention du rachitisme.

Supplémentation des nouveau-nés :

- 800 à 1000 UI/jour en cas d'allaitement au sein
- 400 à 800 UI/jour lors d'un allaitement artificiel

La supplémentation est débutée au 2ème jour.

I.4.2 Vitamine K

La vitamine K (facteur nécessaire à la sécrétion des formes fonctionnelles des facteurs de coagulation II, VII, IX et X) est administrée à tous les nouveau-nés à la naissance. Elle prévient la maladie hémorragique du nouveau-né.

Administration à tous les nouveau-nés de 2 mg de vitamine K Per os à la naissance, vers J3, puis 1 fois par semaine en cas d'allaitement maternel exclusif.

Son administration sera parentérale dans les situations à risque:

- Anoxie périnatale
- Traitement par inducteurs enzymatiques chez la mère
- Prématurité et hypotrophie sévère
- Risque de cholestase néonatale.

I.4.3 Les vaccinations

Certaines seront déjà commencées en maternité : contre l'hépatite B pour les nouveau-nés de mère porteuse chronique du virus. Le BCG peut être proposé dans les familles à risque tuberculeux élevé.

II LE SUIVI DE L'ENFANT JUSQU'À 30 JOURS

II.1 LA SURVEILLANCE DU NOURRISSON

II.1.1 Le suivi médical

Le suivi médical doit être envisagé dès la sortie, afin que le 1er examen médical ait lieu vers 10-15 jours de vie.

Le suivi mis en place à domicile doit prévoir une première visite systématique le lendemain si la sortie s'est déroulée avant J2, au plus tard le surlendemain si la sortie s'est faite à J2. Une deuxième et troisième visite devraient être systématiques, planifiées selon

l'appréciation du professionnel. Si besoin, la mise en place d'autres visites en fonction des besoins est envisageable.

L'hospitalisation à domicile (HAD) est un organisme public (CHU...) ou privé pris en charge par la Sécurité Sociale. Les sages-femmes ou les puéricultrices peuvent venir en visites quotidiennes pendant 4 à 5 jours sur proposition de la maternité en cas de sortie précoce. Elles sont là pour la surveillance médicale de la mère et de l'enfant, mais aussi dans le cadre d'un soutien à l'allaitement maternel ou d'un soutien éducatif et psychologique.

II.1.2 L'alimentation et le poids

Après la sortie, 1 à 2 pesées par semaine peuvent être conseillées pendant le premier mois surtout afin de rassurer les mamans. Elle peut avoir lieu en PMI.

L'allaitement maternel peut être difficile à bien mener pour une femme seule, sans expérience, et le risque d'abandon rapide est grand. Il est donc important de bien cerner les difficultés de la patiente et lui proposer les aides adéquates (Associations d'aide à l'allaitement maternel). De plus, le risque de déshydratation durant les 10 premiers jours de vie est important.

II.1.3 La surveillance du cordon

Avant sa chute, le cordon ombilical peut présenter des signes d'infection :

- Une rougeur péri ombilicale
- Bulles et décollement (staphylococcie)
- Cordon malodorant
- Ecoulement purulent

La chute du cordon a lieu vers 10 à 15 jours et plusieurs complications peuvent être observées :

- Le *bourgeon ombilical*
- Une *hernie ombilicale*
- *Saignement à la chute du cordon*
 - Rechercher une anomalie de la coagulation
 - S'assurer de la prise de Vitamine K1.

II.1.4 La surveillance de l'ictère

L'**ictère** peut apparaître ou s'intensifier secondairement et constitue un motif fréquent de ré hospitalisation après une sortie de maternité.

L'**ictère de l'allaitement maternel** commence en général à J5. Il est dû à une augmentation de la réabsorption intestinale de la bilirubine. Des apports de lait insuffisants lors des tétées, associés à une perte de poids et des selles peu fréquentes peuvent augmenter cet ictère. Il faudra surveiller le taux de bilirubine transcutanée et évaluer le déroulement des tétées.

1/3 des enfants exclusivement allaités nés à terme et en bonne santé présentent un ictère à 3 semaines de vie. En l'absence de facteurs de risque, la survenue d'un ictère chez un enfant né à terme, en bonne santé, et qui prend du poids, ne demande pas d'action particulière.

II.2 LE SUIVI PSYCHO-SOCIAL ET LES AIDES À DOMICILE

Les mesures d'accompagnement doivent débiter très tôt afin d'avoir une politique de prévention précoce. Ces mesures commencent avant la naissance de l'enfant, lorsqu'il existe des facteurs de risque psychosocial, qui peuvent être :

- Facteurs familiaux : difficultés conjugales, manque de soutien de l'entourage, événements traumatiques récents
- Violences familiales: dans l'enfance, abus sexuels ou maltraitance
- Facteurs maternels: relations difficiles avec ses propres parents, manque de confiance en soi, maladie psychiatrique, dépression pendant la grossesse, grossesse non suivie avant le 3ème trimestre
- Toxicomanie de la mère ou du père de l'enfant

Lors de la sortie, l'équipe de la maternité a déterminé les difficultés que peut rencontrer le couple et l'enfant lors du retour au domicile. Dans ces cas, un lien aura été établi entre le service et les instances adéquates.

II.2.1 Les puéricultrices de secteur

Elles travaillent dans les centres de PMI ou les délégations territoriales de l'Agence Régionale de Santé (ARS), (anciennes DDASS) et peuvent intervenir lors du retour à domicile sur demande de la mère ou de la maternité.

Elles conseillent la mère sur les soins au nourrisson, complètent si besoin l'éducation à la santé initiée en maternité et apprécient l'instauration du lien mère-enfant.

II.2.2 Les travailleuses familiales

Elles font partie des délégations territoriales de l'ARS, des caisses d'allocations familiales ou d'organismes privés. Elles interviennent dans le cadre de la tenue de la maison (travaux ménagers courants, préparation des repas, courses, surveillance des enfants, conduites à l'école), éventuellement dans les soins du bébé, et dans l'éducation sanitaire. L'intervention se fait sur prescription médicale, sur demande de la femme ou sur demande du service social. Il peut y avoir une participation financière de la famille selon les revenus.

Il existe des **travailleuses familiales de prévention**, gérées uniquement par les délégations territoriales de l'ARS, gratuites, qui interviennent de la même manière que les travailleuses familiales dans les familles « à problème » et dans le cadre de la prévention de l'enfant en danger.

II.2.3 Les aide-ménagères

Elles sont gérées par les caisses d'allocations familiales et participent aux travaux ménagers.

II.2.4 Les assistantes sociales polyvalentes de secteur

Elles travaillent sous la responsabilité de la DDASS ou des mairies. Elles peuvent être présentes auprès des familles afin d'organiser leur budget ou d'intervenir en cas de problème de logement ou financier.

III ANNEXES

EN SAVOIR PLUS

- Cours sur la Mort inattendue du nourrisson : [http://www.uvmaf.org/UE-
puericulture/MIN/site/html/](http://www.uvmaf.org/UE-puericulture/MIN/site/html/)

ABRÉVIATIONS

- ARS : Agence Régionale de Santé
- HAD : hospitalisation à domicile