

Les soins à la mère et au nouveau-né dans une
perspective familiale : lignes directrices nationales

— CHAPITRE 6 —

Soins postnatals mère-enfant et transition vers la collectivité

Table des matières

Introduction	5
Soins immédiats après la naissance et au début de la période postnatale	6
Maintien du contact parent-enfant	6
Évaluation et soins de la mère	7
Évaluation et soins du nouveau-né	9
Évaluation des risques pour le nouveau-né	10
Réanimation du nouveau-né	10
Interventions spécifiques	12
Soins postnatals mère-enfant	13
Continuité de l'adaptation de la mère, de l'évaluation de son état et de la prestation des soins	14
Continuité de l'adaptation du nouveau-né, de l'évaluation de son état et de la prestation des soins	17
Observation du nouveau-né	17
Soins de la peau et du cordon ombilical	18
Circoncision	19
Immunisation	19
Dépistage de certaines conditions	19
Évaluation des complications affectant la mère	21
Syndrome du troisième jour, dépression et psychose postnatales	21
Syndrome du troisième jour	21
Dépression postnatale	22
Psychose postnatale	23
Hémorragie postnatale tardive	24
Infection puerpérale/Endométrite postnatale	24
Évaluation des complications courantes affectant le nouveau-né	25
Détresse respiratoire	25
Hypoglycémie	26

Déshydratation et équilibre hydro-électrolytique	26
Ictère	27
Risque de septicémie	29
Effets de l'exposition à des substances intoxicantes	29
Évaluation postnatale et soins après une césarienne	30
Transition : retour à la maison et dans la collectivité	31
Introduction	31
Indicateurs d'adaptation postnatale	32
Mère	33
Nouveau-né	34
Effets du soutien à la mère et au nouveau-né	35
Stratégies de soutien communautaire	35
Durée du séjour à l'hôpital	40
Orientation faite par l'hôpital vers une ressource communautaire	42
Besoins spéciaux de certains nouveau-nés	43
Conclusion	44
Bibliographie	45
Annexe 1 — Facteurs de risque pour le nouveau-né	50
Annexe 2 — Les trois phases du post-partum	51
Annexe 3 — Quand demander de l'aide	52

Introduction

La période postnatale revêt une grande importance pour la mère, le bébé et la famille, et ce, pour deux raisons majeures. D'abord, il s'agit d'une période d'ajustement physiologique tant pour la mère que pour le bébé. Ensuite, c'est une période d'ajustement social et affectif important pour toutes les personnes touchées.

C'est pourquoi la prestation des soins postnatals est axée sur les objectifs suivants :

- favoriser le bien-être physique de la mère et du bébé;
- favoriser la création de liens entre le bébé et sa mère, son père et sa famille;
- faciliter l'acquisition par le bébé de l'habileté à s'alimenter;
- appuyer la mère, l'aider à approfondir ses connaissances, à accroître sa confiance en elle-même et dans la santé et le bien-être de son enfant, lui permettant ainsi de remplir son rôle de mère au sein de sa famille et de son milieu socioculturel;
- encourager le perfectionnement des habiletés parentales.

Les premiers jours suivant la naissance constituent une période de formation pour la nouvelle maman, le bébé et la famille. Il faut que la prestation des services concoure à la satisfaction des besoins fondamentaux et favorise l'ajustement pendant la période postnatale et ce, que la naissance ait eu lieu à l'hôpital, dans une maison de naissance ou à la maison. Par besoins fondamentaux, on entend :

- le *repos* et une période de rétablissement pour la mère, compte tenu des efforts physiques fournis pendant la grossesse et la naissance;
- une évaluation de l'*adaptation* physiologique de la mère et du bébé, et la prévention des problèmes;
- le *soutien* à la mère, au bébé et à la famille durant la période d'ajustement (par des membres de la famille, des proches, des connaissances et l'ensemble de la collectivité);
- la *formation* de la mère (et des membres de la famille) en matière de soins personnels et de soins à donner au bébé;
- l'application de mesures de prévention et de *dépistage* spécifiques par le recours à divers programmes de soins à la mère et au nouveau-né, tels que l'administration de vitamine K et la prophylaxie oculaire, l'immunisation (Rh, rubéole, hépatite B), les tests (phénylcétonurie/thyroïde), la

prévention de l'iso-immunisation Rh et l'évaluation de la sécurité des conditions de vie (par ex., les sièges d'auto, les possibilités de violence familiale et de consommation de substances psychoactives).

Soins immédiats après la naissance et au début de la période postnatale

L'aide et les soins immédiats après la naissance et durant les premiers jours de la période postnatale doivent s'équilibrer autour de trois objectifs cruciaux : évaluation et surveillance de la santé et du bien-être du bébé et soins pertinents; évaluation et surveillance de l'adaptation physiologique et affective de la mère après la naissance, et soutien pertinent; appui au développement de liens mère-enfant et de liens dans la famille. Ces trois objectifs sont d'égale importance : le défi à relever, c'est de les réaliser tous les trois. Il est possible de favoriser le contact et le rapprochement de la famille, tout en donnant des soins à la mère et au bébé et en veillant au maintien de leur santé. L'application des principes de la prestation des soins dans une perspective familiale décrits ci-après nous aide à relever ce défi :

- Les mères ont besoin que l'on s'occupe d'elles dans leur contexte familial. Les mères et les nouveau-nés doivent être considérés comme une unité et ne pas être séparés à moins que cela ne soit absolument nécessaire.
- Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale s'appuient sur des constats de recherche; la technologie n'est utilisée qu'à bon escient.
- Les mères et les familles ont besoin d'être renseignées sur les soins qu'on leur prodigue pour être en mesure de faire des choix éclairés.

Maintien du contact parent-enfant

Pendant la période postnatale immédiate, la mère et le nouveau-né forment une unité indissociable pour la prestation d'une aide personnelle et familiale. Dans la mesure du possible, il faut respecter l'intimité parents-enfant durant les premières heures après la naissance et encourager fortement un contact physique direct entre le bébé, la mère et le père. La relation parents-enfant — le premier des nombreux liens que tissera l'enfant — contribue au développement du sentiment de sécurité de l'enfant, et ses effets sont durables. Les bienfaits qu'en retirent les parents ne sauraient être sous-

évalués : ce premier contact physique avec le bébé leur procure un sentiment d'accomplissement et leur donne confiance en leurs compétences parentales. Il est hautement prioritaire de laisser ensemble les parents et leur bébé. Bien que certaines politiques de l'établissement peuvent parfois limiter ce contact, la souplesse devrait être le mot d'ordre.

Certaines politiques et pratiques de l'établissement relatives aux soins immédiats après la naissance peuvent concourir à l'épanouissement des liens parents-enfant. Par exemple, on devrait encourager le contact physique (peau contre peau) entre la mère, le père et le bébé; on devrait examiner les bébés et leur prodiguer des soins en restant dans le champ de vision des parents; la mère devrait mettre le bébé au sein au cours de la première heure suivant la naissance. (Consulter le chapitre 7.) Un contact continu entre les parents et le bébé est un facteur de réussite de l'allaitement, qui est par contre compromis si l'on sépare le bébé de ses parents à la naissance. Dès le début de la période postnatale, les parents ont besoin d'être seuls, pour examiner leur bébé, le toucher et commencer à le connaître.

Évaluation et soins de la mère

Dans la plupart des cas, la période qui suit immédiatement la naissance est marquée par une grande joie pour toute la famille. C'est le moment pour la famille et les intervenants de souligner les étapes accomplies et de se réjouir de l'arrivée du bébé. Mais c'est aussi une période d'adaptation physiologique importante, tant pour la mère que pour le bébé, d'où l'importance d'une évaluation soigneuse, d'une surveillance étroite et, parfois, d'une intervention adroite.

Les réactions des mères qui viennent de donner naissance sont très personnelles. Certaines se sentent pleines d'énergie, heureuses et excitées. D'autres sont épuisées et veulent dormir. L'expérience de la femme peut varier en fonction d'un certain nombre de facteurs : la durée et la difficulté du travail, son expérience de la douleur pendant le travail et le genre de naissance (naturelle, à l'aide d'instruments, par césarienne, etc.). Un autre facteur déterminant tient à l'expérience vécue du travail et de la naissance en comparaison avec ce que la femme prévoyait.

Les femmes vivent aussi de profonds ajustements physiques immédiatement après la naissance, ajustements qui touchent tous les systèmes de leur organisme et exigent beaucoup d'énergie. Il peut s'agir notamment de pertes dans le volume de sang en circulation, de transpiration profuse, de perte de

poids et de déplacement d'organes internes. Pendant cette période, les femmes ont souvent besoin de s'hydrater, de se nourrir, de se reposer et de refaire le plein d'énergie.

Compte tenu de l'augmentation du volume sanguin pendant la grossesse, une perte de 250 à 500 ml de sang pendant la naissance peut ne pas comporter d'effets indésirables. Cependant, une perte excessive de sang peut contribuer à la morbidité postnatale et entraîner le décès de la mère. On a noté que 4 p. 100 des femmes qui ont donné naissance font une hémorragie au début de la période postnatale — définie comme une perte de sang de 500 ml ou plus dans les 24 heures après la naissance à la suite du décollement et de l'expulsion du placenta. De toute évidence, une évaluation très attentive de la hauteur et de la fermeté du fond utérin, des signes vitaux et du volume des pertes sanguines vaginales postnatales est extrêmement importante. Les unités de naissance devraient établir des lignes directrices pour le traitement des hémorragies postnatales.

Pour faire une évaluation physique approfondie, immédiate et continue de l'état de la mère, il faut tenir compte de ses antécédents et de sa situation unique. Mais dans tous les cas, il faut évaluer :

- les signes vitaux;
- le tonus utérin;
- les lochies;
- la hauteur du fond utérin;
- l'état du périnée;
- la fonction vésicale;
- l'état des seins et des mamelons;
- les selles;
- le confort physique.

Les constatations faites pendant cette évaluation devraient être documentées, conformément au jugement clinique du soignant ou à la politique de l'établissement. Des mesures adéquates doivent être prises dans le cas d'anomalies.

Évaluation et soins du nouveau-né

Immédiatement après la naissance, la transition optimale du bébé vers la vie à l'extérieur de l'utérus exige :

- l'établissement d'une respiration et d'une circulation adéquates;
- le maintien d'une température corporelle adéquate;
- la facilitation des contacts entre le bébé, la mère et la famille.

Cette période de transition est critique pour le bébé. Par conséquent, l'évaluation et la surveillance revêtent une importance cruciale.

Il importe de procéder à l'examen initial du bébé dans la chambre de naissance pour s'assurer que le bébé s'adapte bien au milieu extra-utérin. C'est également le moment opportun de procéder à un examen plus complet du bébé et, par le fait même, de rassurer les parents. On évalue l'adaptation à la vie extra-utérine en examinant soigneusement la respiration, la fréquence cardiaque, la perfusion et la coloration de la peau du bébé. Il faut vérifier la température axillaire, la fréquence respiratoire et la fréquence cardiaque toutes les heures, pendant deux heures (ou plus longtemps dans le cas d'un écart à la normale). Une attention particulière devrait être portée à la possibilité d'anomalies congénitales.

Le mécanisme de régulation de la température constitue un élément critique de la transition du nouveau-né à la vie extra-utérine. Dans l'utérus, la circulation du sang entre le placenta et le bébé satisfait les besoins vitaux du bébé tandis que la mère assure sa régulation thermique. À la naissance, le nouveau-né est mouillé, et la température de la pièce est inférieure à la température intra-utérine. Une déperdition de chaleur se produit rapidement par l'évaporation, la radiation, la convection et la conduction, et la température corporelle diminue à un rythme de 0,2°C à 1°C par minute. Les réserves de glycogènes et de graisse brune peuvent s'épuiser en quelques heures seulement. La réaction adrénérgique à la baisse de température peut provoquer une vasoconstriction périphérique pouvant nuire à l'échange gazeux pulmonaire et entraîner une hypoxie et une acidose.

On recommande de suivre les directives suivantes pour éviter toute perte de chaleur :

- maintenir l'aire de naissance à une température variant entre 23°C et 25°C, et sans courant d'air;
- sécher le bébé et enlever tout linge humide pour éviter une perte de chaleur par évaporation ou par conduction;

- placer le bébé sur le ventre de la mère ou dans ses bras, peau contre peau, pour favoriser un transfert de chaleur par conduction de la mère au nouveau-né;
- langer le bébé (en lui couvrant également la tête) pour prévenir l'exposition à l'air froid, diminuer la perte de chaleur par convection et évaporation, procurer un isolant et accroître la rétention de la chaleur;
- maintenir une source de chaleur radiante à proximité, en cas de besoin.

Il est également essentiel d'évaluer et d'encourager l'allaitement maternel aussitôt après la naissance et au début de la période postnatale. Le chapitre 7 fournit de l'information détaillée sur l'allaitement maternel. Il faut aussi donner des directives aux femmes qui nourrissent leur bébé au biberon pour qu'elles aient confiance en leur capacité de bien le nourrir.

ÉVALUATION DES RISQUES POUR LE NOUVEAU-NÉ

Une fois que le nouveau-né a été examiné dans la chambre de naissance, les antécédents et les observations doivent être passés en revue pour déterminer les risques de complications. Cette évaluation est extrêmement importante, non seulement parce qu'elle oriente les soins à donner au bébé à l'avenir, mais aussi parce qu'elle permet d'observer le bébé dans un milieu adéquat. Si après la réanimation initiale du bébé, son état n'est pas normal ou exige une observation spécialisée, il peut être nécessaire d'organiser le transfert du nouveau-né à un centre de soins intermédiaires, de soins spécialisés, à une unité de soins intensifs ou à un centre de soins tertiaires. Chaque centre de naissance devrait établir des lignes directrices écrites portant sur le transfert.

Les personnes qui s'occupent des bébés immédiatement après la naissance doivent prodiguer des soins de manière à reconnaître la possibilité de problèmes, même sans la présence de facteurs de risque évidents. Certaines constatations, cependant, sont associées à un risque accru de problèmes des bébés. Une liste détaillée, quoique non exhaustive, de ces constatations est présentée à l'annexe 1. Il est bon de noter, également, que les établissements ont besoin de directives pour guider l'évaluation des nouveau-nés et pour préciser où placer le bébé qui doit faire l'objet d'une surveillance spécialisée.

RÉANIMATION DU NOUVEAU-NÉ

Même après une grossesse sans problème, des nouveau-nés peuvent, quelques minutes après la naissance, éprouver des difficultés soudaines et non prévues qui exigent l'intervention immédiate d'un personnel compétent. C'est une

situation terrifiante pour la mère et sa famille. Les intervenants doivent absolument reconforter la mère et la famille, et leur expliquer ce qui se passe. Il est également essentiel que des spécialistes en réanimation néonatale, capables de fonctionner en équipe, soient accessibles pour chaque naissance. De toute évidence, la taille et la composition de cette équipe varient en fonction des taux de naissances et du niveau désigné de soins de l'établissement. L'équipe peut être composée d'infirmières, de médecins de famille, de sages-femmes, de pédiatres, d'obstétriciens, d'anesthésistes et d'inhalothérapeutes. Outre le professionnel responsable de la naissance (c'est-à-dire le médecin ou la sage-femme), un deuxième professionnel dont la première responsabilité est le bébé doit être présent; ce deuxième professionnel doit être capable d'effectuer une réanimation néonatale, une ventilation avec ballon et masque, et des compressions thoraciques. Si cette personne ne peut exécuter de mesures de réanimation plus spécialisées (une intubation trachéale et l'administration de médicaments), une personne possédant ces compétences devrait être accessible pour intervenir immédiatement sur appel.

Chaque centre de naissance doit définir les facteurs de risque déterminant les situations où il faut prévoir deux personnes pour s'occuper du bébé à la naissance. En fait, tant et aussi longtemps qu'un autre membre du personnel médical ne prend pas la relève, la prestation des soins au nouveau-né demeure la responsabilité de l'obstétricien, du médecin de famille ou de la sage-femme qui assiste à la naissance. Pour bien s'acquitter de cette responsabilité, l'obstétricien, le médecin de famille ou la sage-femme devrait avoir une certification en bonne et due forme d'intervenant en réanimation néonatale. Le Programme de réanimation néonatale coordonné par la Société canadienne de pédiatrie et la Fondation canadienne des maladies du cœur enseigne ces compétences. Tous les membres du personnel appelés à s'occuper des nouveau-nés immédiatement après la naissance doivent s'inscrire périodiquement pour la mise à jour de la formation, soit au volet d'intervenant soit au volet d'instructeur. Il serait bon d'appuyer les établissements soucieux d'organiser sur place des programmes visant cet objectif. L'équipement nécessaire à la réanimation est décrit dans le manuel sur la réanimation néonatale des American Pediatric Association/American Heart Association (Bloom et Cropley, 1994). Cet équipement doit être vérifié chaque jour pour en assurer le bon fonctionnement; il faut également le vérifier avant chaque naissance.

INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES

L'administration intramusculaire de vitamine K est la méthode de prévention la plus efficace du syndrome hémorragique du nouveau-né. Après la stabilisation initiale du bébé et une période suffisante d'interaction mère-enfant (et famille), il faut administrer les doses suivantes par voie intramusculaire, dans les six heures après la naissance : 1,0 mg de vitamine K1 pour les bébés pesant 1500 g ou plus à la naissance; 0,5 mg pour ceux pesant moins de 1500 g à la naissance. Il n'est pas recommandé d'administrer la vitamine K par voie orale, puisque cette méthode est moins efficace pour la prévention du syndrome hémorragique du nouveau-né dont l'occurrence est plus tardive (SCP, 1997). Advenant que les parents refusent la vitamine K intramusculaire, les intervenants de la santé doivent recommander l'administration orale de 2 mg de vitamine K1 au moment de la première tétée. La forme parentérale de la vitamine K pour administration par voie orale est tout ce dont on dispose à l'heure actuelle. Cette dose doit être répétée lorsque le bébé aura entre deux à quatre semaines et entre six et huit semaines. Si les parents optent pour le régime d'administration par voie orale, il faut les informer de l'importance d'administrer les doses de suivi à leur bébé et les prévenir des plus grands risques de syndrome hémorragique du nouveau-né qui survient tardivement (y compris la possibilité d'hémorragie intracrânienne) (SCP et CFPC, 1998).

Tous les bébés devraient recevoir un traitement prophylactique pour prévenir l'ophtalmie gonococcique du nouveau-né, à l'exception des bébés très prématurés dont les paupières sont encore soudées au moment de la naissance. (Dans certaines provinces, cette procédure est obligatoire selon la loi.) On recommande de traiter chaque œil en étendant 1 cm d'onguent d'érythromycine (0,5 %) le long de la paupière. L'érythromycine, qui protège contre l'infection gonococcique, peut offrir une certaine protection contre les conjonctivites à Chlamydia. L'érythromycine irrite peut-être moins les yeux que le nitrate d'argent et permet d'éviter les risques théoriques de la tétracycline. Les yeux ne doivent pas être rincés avec une solution saline. Le traitement peut être repoussé jusqu'à deux heures après la naissance pour favoriser le contact parent-enfant et la stabilisation initiale du bébé.

Si la mère est Rh négatif ou si elle a une sensibilisation connue à d'autres antigènes, il faut déterminer le facteur Rh du sang du cordon et effectuer un test direct à l'antiglobuline peu après la naissance. À la naissance du bébé, il faut effectuer un prélèvement de sang du cordon à partir de la veine ou des

artères ombilicales pour une analyse des gaz sanguins. L'information recueillie indique la réaction fœtale et placentale au travail en termes de fonctions respiratoires et métaboliques (SOGC, 1995).

Soins postnatals mère-enfant

Après la naissance, si l'état de la mère et du bébé est stable, il faut que le même intervenant continue à s'occuper d'eux jusqu'à ce que le bébé ait réussi à s'alimenter une première fois. Par la suite, il leur prodiguera des soins intermittents à l'hôpital, à domicile ou à son cabinet, en conformité avec le jugement clinique et les politiques administratives.

Pour les séjours à l'hôpital de plus de quelques heures, que la mère et le bébé restent dans la chambre de naissance ou qu'ils soient transférés à l'unité postnatale, on recommande d'intégrer les soins infirmiers postnatals à la mère et ceux au nouveau-né.

La prestation des soins mère-enfant exige qu'une infirmière s'occupe à la fois de la mère et du nouveau-né, et que le bébé et sa mère cohabitent jour et nuit. Les soins infirmiers mère-enfant (ou soins dyade mère-enfant) relèvent d'une stratégie de soins qui encourage la famille à jouer le rôle de soignante principale du nouveau-né. Le nouveau-né et sa mère sont considérés comme un tout dont les besoins autant physiques que psychologiques sont interdépendants (Phillips, 1997). Pour ce type de soins infirmiers, les rôles des infirmières affectées à la pouponnière et aux soins postnatals sont intégrés, de sorte qu'une seule infirmière donne tous les soins à la dyade mère-enfant. Cette stratégie infirmière permet, en outre, de prodiguer les soins au bébé au chevet de la mère, de guider cette dernière et de lui enseigner des compétences parentales, de satisfaire d'autres besoins physiologiques et psychologiques de la mère, et d'encourager la participation des autres membres de la famille à la prestation des soins (Phillips, 1996). Autrement dit, par soins infirmiers postnatals mère-enfant, on entend la prestation de soins de santé de qualité qui tient compte de la nature et de l'importance des besoins physiques et psychosociaux de la nouvelle mère, de la famille et du nouveau-né, et s'y adapte. L'accent est donc mis sur la prestation de soins qui favorisent l'unité familiale tout en assurant la sécurité physique de la mère et du bébé (Phillips, 1996).

Dans le modèle des soins infirmiers mère-enfant, les intervenants examinent les nouveau-nés au chevet des mères. On encourage les parents à

poser librement des questions et à discuter de ce qui les inquiète avec le médecin, l'infirmière ou d'autres mères. L'équipe affectée aux soins mère-enfant multiplie le plus possible les occasions où la mère peut examiner et évaluer son enfant et apprendre à s'en occuper. L'infirmière agit à titre de personne ressource auprès de la mère, lui fournissant des conseils et des suggestions, de l'aide, au besoin, et du renforcement positif. Le père (ou toute autre personne offrant du soutien) ainsi que les frères et sœurs ne sont jamais considérés comme des visiteurs et peuvent donc passer tout le temps voulu avec la mère et le bébé (Phillips, 1996).

Les mots clés de la mise en œuvre des soins infirmiers mère-enfant sont *attitude* et *souplesse*. La formation supplémentaire requise peut inquiéter certains membres du personnel qui craignent de perdre le contrôle. De fait, pour réussir à offrir des soins infirmiers mère-enfant, les membres du personnel doivent percevoir leurs rôles quelque peu différemment. Plutôt que de mettre l'accent sur les tâches à accomplir, l'infirmière doit comprendre l'importance de s'occuper de la famille comme une unité et doit favoriser une participation des parents qui leur permet de bien réussir à donner tous les soins (Phillips, 1996).

Les hôpitaux qui prodiguent des soins infirmiers mère-enfant ou qui ont une pouponnière pour les bébés qui ont des besoins spéciaux doivent s'assurer que les soins procèdent d'une politique et d'un plan écrits; cela permet d'assurer la sécurité du nouveau-né et de préciser les lignes de conduite du personnel en cas de problèmes.

Continuité de l'adaptation de la mère, de l'évaluation de son état et de la prestation des soins

Des chercheurs ont signalé que l'évolution des mères pendant la période postnatale suit des phases généralement prévisibles. En règle générale, ils reconnaissent volontiers que la période postnatale comprend, en réalité, les quatrième et cinquième trimestres de la périnatalité, et que le retrait précoce du soutien des professionnels de la santé peut contribuer à une multitude de problèmes psychologiques et physiques (Santé Canada, 1989; Hans, 1986; Rubin, 1975, 1961). La période postnatale constitue une période de transition importante pour la mère, son nouveau-né et l'ensemble de sa famille.

Le fait d'être attentif à la façon dont la mère réagit aux changements post-natals favorise son adaptation et celle des autres membres de la famille.

Au cours des deux ou trois premiers jours après la naissance, la mère traverse une phase de « passivité » pendant laquelle elle intègre son expérience et éprouve le besoin d'en discuter de façon détaillée. Une forte proportion de femmes disent ne pas se souvenir de certains événements survenus pendant le travail et l'accouchement; elles songent souvent à ce qui a pu se passer et souhaitent qu'on les aide à combler ces lacunes (Alfonso, 1977). Deux aspects de la naissance peuvent d'ailleurs rendre cette expérience traumatisante : des douleurs extrêmes et l'impression d'avoir perdu le contrôle. On commence à reconnaître la possibilité de séquelles à long terme de ces expériences, et il existe des preuves scientifiques convaincantes de l'existence d'un « état de stress post-traumatique » qui perdure après la naissance (Reynolds, 1997). Il est donc important que les intervenants de la santé évaluent la possibilité de difficultés d'adaptation de la mère à son nouveau rôle de mère, et qu'ils lui prodiguent le soutien et les soins dont elle a besoin, et la dirigent vers des services pertinents. (Consulter Reynolds, 1997, pour des directives précises à ce sujet.)

La mère passe de la phase de « passivité » à la phase de « prise en main » en l'espace de quelques semaines. Elle devient de plus en plus autonome et prend en main la nouvelle relation avec son bébé tout en s'occupant de lui. Au cours des mois suivants, la mère entre dans la phase du « partage des responsabilités » durant laquelle elle prend de plus en plus d'assurance et intègre à son quotidien son bébé et son nouveau rôle. L'annexe 2 décrit ces phases et les besoins de la mère au cours de son évolution.

À mesure que la mère et les membres de sa famille traversent les phases d'adaptation de la période postnatale, ils découvrent qu'ils ont bien des choses à apprendre. Il leur faut notamment acquérir un sentiment de compétence et de confiance en leur capacité d'effectuer les tâches de la période postnatale, apprendre de nouvelles façons de s'adapter au bébé et de perfectionner leurs compétences, faire l'apprentissage nécessaire à leur nouveau rôle parental et intégrer le « nouveau » bébé et la « nouvelle » mère au sein de la « nouvelle » cellule familiale.

Les intervenants de la santé peuvent faciliter l'apprentissage et le perfectionnement des compétences au moyen d'une approche axée sur l'apprenant. Une telle approche privilégie le rôle d'éducateur des intervenants. Le seul fait de reconnaître la validité du contexte et de l'expérience

de la mère et de la famille aide les diverses parties à prendre confiance en leurs capacités de gérer leur propre situation. L'accent est mis sur le partage du contrôle du contenu (ce que les clientes doivent savoir) et de la démarche (comment elles vont l'apprendre). Cette approche souligne l'importance de l'interdépendance dans le contexte de l'apprentissage. Les intervenants doivent être sensibles à la façon dont la mère se perçoit dans le contexte de son expérience postnatale. Ils doivent aussi déterminer comment travailler avec elle tout en satisfaisant ses besoins d'apprentissage, et faciliter ainsi sa formation.

Cinq principes servent d'ancrage à l'approche axée sur l'apprenant; ils sont résumés ci-après au tableau 6.1.

Tableau 6.1 Principes visant à faciliter l'apprentissage postnatal

Instaurer un climat propice à l'apprentissage

La période postnatale est une période de stress à la fois positif et négatif. Dans une approche axée sur l'apprenant, il est important de prendre tous les moyens possibles pour amener les clientes à se sentir à l'aise durant cette période intense.

Partager la responsabilité du contenu et de l'évolution de l'apprentissage

Les clientes ont besoin de participer aux décisions relatives au contenu de leur propre formation. D'autre part, l'infirmière qui perçoit chez une cliente un besoin spécifique dont la cliente ne lui a pas fait expressément part doit s'efforcer d'aider celle-ci à se renseigner.

Accroître l'estime de soi

Le progrès de la mère au cours des phases postnatales est étroitement lié à son estime de soi. Si elle se sent bien dans sa peau et capable de dominer la situation, elle sera plus en mesure de progresser et deviendra plus autonome. L'infirmière peut accroître l'estime de soi de tous les membres d'une famille en confirmant que leurs réactions à tout le processus de la naissance sont fondées et qu'ils ne sont pas les seuls à réagir ainsi.

S'assurer que l'apprentissage des parents s'applique à leur situation familiale

Pour intégrer tout renseignement nouveau à leur situation personnelle, les parents doivent pouvoir le mettre en pratique dans leur vie de tous les jours.

Encourager la responsabilité personnelle

À mesure que la mère traverse les différentes phases de la période postnatale, elle devient graduellement plus responsable de sa nouvelle situation, de celle de son bébé et du nouveau contexte familial. Une façon de l'aider à progresser, c'est de l'amener à se sentir à l'aise dans la phase où elle évolue. Une fois qu'elle aura constaté que ses réactions affectives et physiques sont normales, il lui sera beaucoup plus facile de songer à assumer de nouvelles tâches et responsabilités.

Source : Santé Canada, *Programme d'aide postnatale aux parents : Guide de mise en œuvre*, 1989.

On recommande aux intervenants de la santé de s'inspirer d'une approche de l'enseignement aux adultes pour évaluer les besoins d'apprentissage de la femme et pour intervenir en conséquence. Pour l'évaluation des besoins d'apprentissage, on suggère la lecture du document *Programme d'aide postnatale aux parents, Votre bébé et vous : une liste de questions* (Santé Canada, 1995). Quant au document *Manuel de référence, Programme d'aide postnatale aux parents*, il fournit des renseignements utiles au personnel soucieux de répondre aux questions d'une famille (Santé Canada, 1993). (Consulter les documents d'accompagnement.)

Continuité de l'adaptation du nouveau-né, de l'évaluation de son état et de la prestation des soins

Observation du nouveau-né

Les pouponnières de transition existent dans le milieu hospitalier depuis nombre d'années. Les nouveau-nés en santé n'ont toutefois pas besoin d'être placés sous observation dans ce genre de pouponnière. Il est possible d'atteindre les objectifs de la période de transition du nouveau-né, à savoir la stabilisation et l'évaluation, tout en gardant le bébé auprès de sa mère. Bien entendu, cela requiert du personnel avec une formation adéquate.

Jusqu'au moment du congé, la température du bébé, sa fréquence respiratoire et sa fréquence cardiaque devraient être notées au moins une fois par jour; dans certains cas, il faudra les vérifier plus souvent. Il faut également examiner l'évacuation de l'urine et des selles et consigner les résultats au dossier. Il serait bon d'encourager les parents à participer à ces observations et évaluations.

Il est important d'évaluer le bébé au moins à toutes les six heures : apparence et états de veille-sommeil/comportements; coloration de la peau, respiration, activité et alimentation. Ces observations doivent se faire en présence des parents pour leur donner l'occasion d'apprendre.

Le nouveau-né doit subir un examen complet dans les 24 heures qui suivent la naissance et dans les 24 heures qui précèdent son congé de l'hôpital. Certains bébés reçoivent leur congé très tôt après leur naissance, ce qui peut signifier qu'un seul examen est fait à l'hôpital. Un deuxième examen devra

néanmoins être effectué par un intervenant compétent au plus tard 48 heures après le congé de l'hôpital (SCP, 1996a). Les résultats de ces examens doivent être consignés au dossier de l'enfant. L'examen physique du nouveau-né doit inclure les mesures suivantes : le périmètre crânien, la taille, le poids et le mouvement des hanches. On recommande de procéder à ces examens du bébé en présence des parents. L'intervenant peut ainsi rassurer les parents en leur montrant que leur bébé est normal et leur expliquer tout besoin spécial ou tout problème nécessitant un suivi.

SOINS DE LA PEAU ET DU CORDON OMBILICAL

On donne un bain au nouveau-né surtout pour des raisons esthétiques. On ne doit toutefois pas donner un bain au bébé avant que sa température et sa fréquence cardiaque et respiratoire ne se soient stabilisées. L'intervenant doit baigner le bébé dans de l'eau tiède, de préférence sans savon (surtout pas de savons contenant de l'hexachlorophène), mais il peut se servir d'un savon doux non médicamenteux.

Les documents permettent de croire qu'il est possible de donner le bain dans une baignoire, plutôt que faire la toilette à l'éponge, sans abaisser de façon significative la température du bébé et sans accroître le risque d'infection du cordon (Anderson et coll., 1995; Henningsson et coll., 1981). Selon une étude, les bébés lavés dans une baignoire pleurent moins. (Ces études ont été faites avec des nouveau-nés dont la température corporelle était stabilisée depuis une heure.)

Un bain dans une baignoire devrait servir à enlever le sang. Le fait de sécher le bébé et d'enlever le sang après la naissance pourrait minimiser le risque d'infection causée par l'hépatite B, le virus de l'herpès et le virus de l'immunodéficience humaine. Les avantages spécifiques de cette pratique ne sont toutefois pas encore clairs. Tant et aussi longtemps que le nouveau-né n'a pas été lavé complètement, il faut prendre des précautions systématiques lorsqu'on le touche.

Les valeurs relatives d'une teinture, d'un onguent à la bacitracine, de l'alcool et du séchage naturel pour les soins du cordon ombilical ne sont pas encore assez claires pour que l'on puisse formuler une seule recommandation. De récentes études indiquent que les résultats restent les mêmes lorsqu'on nettoie le cordon avec de l'alcool ou qu'on le laisse sécher naturellement (Dore et coll., 1998). Cependant, il est essentiel que le cordon soit d'abord coupé à l'aide d'un instrument stérile; par la suite, on doit bien surveiller le cordon et la peau qui l'entoure afin de pouvoir déceler tout risque

d'infection de l'ombilic (omphalite). Les agents utilisés pour nettoyer la peau ou le cordon du bébé ne doivent servir qu'une seule fois, pour éviter la contamination croisée entre les bébés. Les politiques relatives aux soins du cordon doivent être passées en revue à la lumière des récents travaux de recherche.

CIRCONCISION

Les avis étant encore très partagés sur les avantages et les effets nocifs de la circoncision, la Société canadienne de pédiatrie (SCP) a décidé de ne pas recommander la circoncision systématique des garçons nouveau-nés (SCP, 1996b). Elle recommande plutôt aux parents de se renseigner sur les connaissances médicales actuelles à ce sujet, pour mieux en saisir les avantages et inconvénients. En bout de ligne, la décision des parents peut finalement reposer sur leurs croyances personnelles, religieuses ou culturelles.

La recherche fait état de la grande nécessité de soulager la douleur causée par la circoncision. Le soulagement de la douleur mérite donc une attention particulière (SCP, 1996b).

Après la circoncision, il est important que les parents sachent comment nettoyer et soigner le pénis de l'enfant. Ils doivent être en mesure de reconnaître les signes de guérison et les signes de complications, tel le saignement ou l'infection.

IMMUNISATION

Un bébé dont la mère est AgHBs positif (à l'antigène de surface de l'hépatite B) doit recevoir de l'immunoglobuline anti-hépatite B (0,5 ml par voie intramusculaire) aussitôt que possible après la naissance, de même que l'immunisation initiale contre l'hépatite B. Dans les cas où la mère est AgHBs négatif mais que d'autres membres de la famille sont AgHBs positif, on doit considérer la vaccination du bébé davantage à risque d'exposition. Bien que ce ne soit pas pratique courante au Canada, une immunisation initiale systématique contre l'hépatite B au cours des premiers jours après la naissance peut se révéler bénéfique. Il faut également considérer le BCG s'il y a risque d'exposition à la contagion de la tuberculose à la maison.

DÉPISTAGE DE CERTAINES CONDITIONS

Chaque nouveau-né doit participer à un programme de dépistage néonatal comprenant, au moins, le dépistage de l'hypothyroïdie et de la phénylcétonurie. Les parents doivent être informés, avant la naissance, du but de tous les tests de dépistage que l'on prévoit effectuer. Les programmes de dépistage

sont conçus pour assurer non seulement l'évaluation de tous les bébés conformément aux pratiques recommandées et aux lois actuelles, mais aussi la transmission adéquate des résultats normaux et, surtout, des résultats anormaux aux intervenants de la santé et aux parents. Cela permet de mettre en œuvre sans tarder le plan de soins au bébé et d'aide à la famille. Dans les cas de congé précoce, le dépistage doit se faire avant le congé, à moins d'avoir la certitude qu'il se fera dans les délais prescrits après le congé.

On estime que dans 1,5 à 6,0 sur 1 000 naissances vivantes, les nouveau-nés sont atteints de déficience auditive. Les bébés les plus à risque peuvent subir un examen de dépistage à l'hôpital ou au centre où ils sont nés. Sinon, des dispositions spéciales doivent être prises dans les trois premiers mois après la naissance. Parmi les facteurs associés au risque accru de déficience auditive, on retrouve les suivants :

- des antécédents familiaux de déficience auditive durant l'enfance;
- des infections congénitales, telles que le cytomégalovirus, la rubéole, la syphilis, l'herpès ou la toxoplasmose;
- des anomalies crâniennes et faciales, avec malformations du pavillon ou du conduit auditif;
- un poids à la naissance de moins de 1 500 g;
- l'hyperbilirubinémie exigeant une exsanguino-transfusion;
- une exposition à des médicaments ototoxiques, en particulier les glucosides aminés utilisés en cours de traitements répétitifs en association avec des diurétiques de l'anse;
- une méningite bactérienne;
- une asphyxie périnatale avec encéphalopathie hypoxémique.

L'information actuelle n'appuie pas l'idée de soumettre tous les nouveau-nés à des tests de dépistage systématiques de la pression sanguine, du glucose sanguin ou de l'hématocrite. Cependant, les bébés à risque accru d'anomalies devraient subir les tests de dépistage pertinents, dont un test de la pression sanguine peu après la naissance et du glucose sanguin ou de l'hématocrite trois à quatre heures après la naissance.

Parmi les bébés à risque, on retrouve :

- les bébés nés de mère diabétique et les bébés de grande taille pour leur âge gestationnel;
- les bébés de petite taille pour leur âge gestationnel;
- les bébés nés prématurément;

- les bébés atteints d'asphyxie périnatale ou présentant des signes d'encéphalopathie;
- les bébés atteints de détresse respiratoire;
- les bébés susceptibles d'avoir une septicémie;
- les bébés d'une grossesse multiple;
- les bébés nés de mères iso-immunisées.

Évaluation des complications affectant la mère

Syndrome du troisième jour, dépression et psychose postnatales

SYNDROME DU TROISIÈME JOUR

Le syndrome du troisième jour touche de 45 à 80 p. 100 des accouchées (Misri, 1993). Parmi les symptômes les plus communs, on retrouve l'insomnie, la tristesse, les sautes d'humeur, la tendance à pleurer constamment, la fatigue, les maux de tête, les difficultés de concentration et la confusion. Ces symptômes sont habituellement passagers. Ils se font sentir le troisième ou le quatrième jour après la naissance, durent d'une à deux semaines et se dissipent sans traitement.

Il arrive souvent que les femmes atteintes du syndrome du troisième jour ne sachent pas pourquoi elles se sentent déprimées; elles qualifient leurs réactions de « stupides » et elles ont tendance à rire et à pleurer en même temps. De plus, un bon nombre sont déçues de se sentir « grosses », fatiguées et généralement à l'opposé des mères parfaites présentées à la télévision ou au cinéma. Ces femmes perçoivent leurs imperfections comme un échec. Certaines sont déçues parce que leur expérience de la naissance ne s'est pas déroulée comme prévu. Un soutien affectif inadéquat de la part du conjoint ou un stress extrême découlant des nouvelles responsabilités du rôle maternel contribue également au symptôme du troisième jour.

Ces femmes ont besoin de parler, de pleurer et de démêler leurs sentiments. Les intervenants de la santé doivent expliquer les causes de ce « syndrome » et rassurer ces femmes. Il est essentiel que les femmes comprennent qu'elles ne sont pas seules à éprouver de tels sentiments et que les mères parfaites n'existent que dans les contes de fée. Les membres de la

famille peuvent aider la mère en lui accordant beaucoup d'attention. Malheureusement, il arrive souvent que tous admirent le bébé, mais qu'ils oublient la mère (Stewart et Robinson, 1993).

DÉPRESSION POSTNATALE

Dix à vingt pour cent des femmes vivent une dépression durant la première année après avoir donné naissance. D'habitude, cela commence de deux semaines à six mois après la naissance. Bien qu'il s'agisse d'une forme de dépression clinique, elle n'est pas de nature psychotique. Parmi les symptômes communs, on note les suivants : la mère est constamment au bord des larmes, lesquelles jaillissent souvent; elle manifeste des sentiments d'abattement et de culpabilité, une labilité émotionnelle, de l'anorexie, de l'insomnie, le sentiment de ne pas être à la hauteur; elle a une piètre image de soi, est incapable de s'adapter, effectue un retrait social et s'inquiète de « ne pas aimer le bébé ». Parmi les nombreux symptômes physiques, on constate une faiblesse de concentration, de l'irritabilité, une perte de mémoire et de la fatigue (Pearce, 1997; Stewart et Robinson, 1993; Robinson et Stewart, 1986).

Bien des femmes se donnent beaucoup de mal pour cacher leur dépression à leur famille et à leurs proches, parce qu'elles estiment que cela ne convient pas à une « vraie » mère ou n'est pas acceptable socialement. Jusqu'à présent, aucune anomalie hormonale n'a pu être déterminée, et ce même si l'on attribue depuis longtemps la responsabilité de cet état aux changements hormonaux. Les femmes les plus à risque sont celles qui ont déjà souffert d'une dépression ou qui ont connu une grossesse difficile accompagnée de problèmes affectifs. Des relations familiales ou conjugales difficiles et différentes épreuves peuvent également contribuer à la dépression. Les publications savantes font souvent état de l'utilité des instruments de dépistage pour aider à reconnaître les femmes qui risquent d'avoir ou qui font déjà une dépression postnatale (Beck, 1995b; Schaper et coll., 1994; McIntosh, 1993; Cox, 1989).

L'orientation vers un professionnel de la santé mentale et le traitement professionnel de la dépression postnatale sont des composantes importantes des soins. La dépression peut avoir des effets graves et prolongés sur la mère et sur le développement de sa relation avec son nouveau bébé (Beck, 1995a). Les traitements de soutien comprennent les groupes d'entraide, les services de relève, l'aide à domicile, le counseling et l'encadrement de la mère dans sa relation avec son enfant. En outre, la psychothérapie peut aider la femme

à résoudre ses conflits quant à son rôle de mère. Certaines femmes ont besoin d'information sur le rôle parental; d'autres, de counseling matrimonial et d'aide domestique. Souvent, une dépression grave qui ne se résout pas rapidement par la psychothérapie peut être soulagée par des antidépresseurs. Les nouveaux antidépresseurs ne causent habituellement pas de somnolence, permettant à la femme de participer pleinement aux soins de son bébé (Stewart et Robinson, 1993). Par contre, l'usage d'antidépresseurs chez la femme qui allaite fait l'objet de controverse, et la plupart des inscriptions avertissent de les « utiliser avec prudence ». (*Lignes directrice nationales sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants et intervenantes en soins de la santé*, ICSI, 1996.)

Le pronostic est bon pour la plupart des femmes qui sont traitées adéquatement pour une dépression postnatale : environ 65 p. 100 se rétablissent en moins d'un an. Les recherches indiquent qu'il arrive souvent que la dépression postnatale ne soit pas décelée en dépit des contacts fréquents des femmes avec les professionnels de la santé durant la première année postnatale (Beck 1995a et b; Misri 1993; Cox et coll., 1987). On recommande aux professionnels de la santé d'utiliser des instruments de dépistage, comme l'inventaire de dépression postnatale d'Edinbourg (Cox et coll., 1987), pour aider à repérer les femmes qui risquent d'avoir une dépression postnatale (Schaper et coll., 1994).

PSYCHOSE POSTNATALE

La psychose postnatale, aussi appelée psychose puerpérale, est la forme la plus grave des affections mentales de la période postnatale. Elle peut se manifester à n'importe quel moment à partir de la deuxième ou troisième semaine après la naissance jusqu'à six à douze mois plus tard. Cette psychose est relativement peu commune, l'incidence étant évaluée à 1 ou 2 femmes sur 1 000 qui ont donné naissance. Il s'agit toutefois d'une psychose très dangereuse, tant pour la mère que pour le bébé, compte tenu de la présence d'idées de suicide et d'infanticide. La mère perd contact avec la réalité; elle peut avoir des idées délirantes ou des hallucinations, accuser un sérieux désordre cognitif et éprouver de la difficulté à s'occuper de son bébé; elle peut également être confuse et distraite (Misri, 1993; Stewart et Robinson, 1993).

La maladie apparaît souvent de façon soudaine et peut se présenter sous forme de profonde dépression, de manie, de schizophrénie ou de confusion grave. Les femmes qui sont atteintes d'un désordre affectif bipolaire ou qui

ont un parent proche qui en est atteint courent un plus grand risque de développer une psychose postnatale. En dépit des nombreuses études, on n'a pas encore trouvé d'anomalie hormonale chez les femmes atteintes de psychose postnatale. Toutefois, comme ces femmes ont des problèmes de jugement, elles ne devraient pas être laissées seules avec leur bébé.

Les femmes atteintes de psychose postnatale doivent être placées sous surveillance étroite à l'hôpital, de préférence avec leur bébé. Une combinaison de soutien psychosocial et de thérapie psychopharmacologique se révèle habituellement le meilleur traitement. Lorsqu'elles sont bien traitées, les femmes atteintes de psychose postnatale ont de bonnes chances de se rétablir — 95 p. 100 d'entre elles s'améliorent en trois mois.

Hémorragie postnatale tardive

Bien qu'elle soit moins commune que l'hémorragie postnatale précoce, l'hémorragie postnatale tardive peut se produire chez jusqu'à 1 p. 100 des femmes qui donnent naissance. Elle se produit après les 24 premières heures suivant la naissance, habituellement entre les septième et quatorzième jours. L'hémorragie tardive est causée par la rétention de fragments du placenta ou des membranes, la subinvolution de l'utérus et une infection des parois de l'utérus. Les femmes devraient connaître les signes d'une hémorragie, et on devrait les avertir de communiquer avec leur intervenant de la santé si le saignement vaginal augmente de façon significative ou si elles remarquent la présence de gros caillots. On traite une hémorragie par le contrôle des saignements, habituellement à l'aide d'ocytocine et, au besoin, par le remplacement du sang et par une intervention chirurgicale.

Même une perte sanguine modérée durant la naissance peut causer de l'anémie, définie communément comme un taux d'hémoglobine de moins de 10 g. La plupart des cas d'anémie peuvent être corrigés par l'administration de fer par voie orale. Les femmes qui font de l'anémie doivent être suivies par un professionnel de la santé.

Infection puerpérale/Endométrite postnatale

Une infection puerpérale est une infection des voies génitales associée à la naissance; elle peut se produire à n'importe quel moment, depuis la naissance jusqu'à six semaines plus tard. L'endométrite, l'infection la plus commune, se limite à la cavité utérine, mais peut se propager. Dans les cas d'endométrite bénigne, une femme peut avoir des pertes légères ou abondantes,

sanglantes et malodorantes. Dans les cas plus graves, elle peut avoir de la fièvre, des frissons, des douleurs dans le bas du ventre ou une sensibilité de l'utérus, de l'anorexie, de la léthargie et un pouls rapide. Le traitement comprend le repos et la position de Fowler pour encourager le drainage, une hydratation abondante, l'administration d'antibiotiques, une analgésie au besoin et l'administration d'ocytociques pour garder l'utérus contracté (Phillips, 1996). Les mesures de confort sont importantes pour soulager les symptômes. Il faut avertir la femme de communiquer avec l'intervenant de la santé si elle remarque des symptômes d'infection puerpérale, tels que de la fièvre, des douleurs ou une sensibilité à la pression, des pertes vaginales malodorantes ou de la difficulté à uriner.

Évaluation des complications courantes affectant le nouveau-né

Détresse respiratoire

La détresse respiratoire du nouveau-né peut survenir dans la chambre de naissance ou plus tard durant le séjour à l'hôpital. Tout le personnel hospitalier qui s'occupe des nouveau-nés devrait être en mesure d'évaluer la détresse respiratoire, la cyanose (détection possible sur les muqueuses des lèvres et de la bouche) et effectuer le test de perfusion cutanée. Dans les cas d'urgence, n'importe quel intervenant devrait être en mesure d'améliorer l'oxygénation et d'assurer une ventilation adéquate. Les procédures spécifiques de réanimation peuvent suivre les lignes directrices du programme de réanimation néonatale après la naissance ou être modifiées en vue de servir à d'autres secteurs de l'hôpital. Chaque hôpital doit désigner une équipe d'intervention d'urgence capable d'initier ces interventions selon un protocole défini. (Le chapitre 2 traite de manière plus approfondie du rôle du médecin en matière d'évaluation et de soins.)

Les centres qui donnent un supplément d'oxygène aux bébés pour des périodes de plus de quatre heures doivent également pouvoir surveiller la concentration de l'oxygène ambiant et la consigner régulièrement au dossier, et évaluer l'oxygénation du bébé au moyen de l'oxymétrie de pouls, de la saturation transcutanée, de la saturation en oxygène ou de la gazométrie artérielle. Tous les centres doivent également avoir du personnel capable d'entreprendre une ventilation assistée, au moins avec les techniques de

ventilation manuelle. La capacité de prodiguer une ventilation assistée continue exige habituellement des services de niveau III. Chaque centre qui s'occupe des mères et des nouveau-nés doit avoir une politique écrite relative aux soins immédiats à prodiguer au bébé en cas de détresse respiratoire. S'il s'agit d'un centre de niveau I ou de niveau II, il doit établir une relation de travail avec un centre mieux équipé de façon à pouvoir y diriger le bébé pour qu'il reçoive des soins continus.

Hypoglycémie

L'hypoglycémie du nouveau-né se définit par une concentration de glucose sanguin de moins de 2,2 mMol/L durant les 72 premières heures de la vie et de moins de 2,5 mMol/L par la suite. Les bébés à risque (consulter l'annexe 1) devraient subir un test de dépistage de l'hypoglycémie pour mesurer le glucose sanguin avant une tétée ou selon les directives cliniques. Les nourrissons qui présentent des symptômes ou ceux qui sont atteints d'une hypoglycémie plus grave (glucose sanguin de moins de 1,7 mMol/L) devraient recevoir une infusion intraveineuse de 2 mL/kg D10W échelonnée sur cinq minutes, suivie d'une infusion intraveineuse de glucose de 6 à 8 mg/kg/min (p.ex., D10W à 90 mL/kg/24h). Comme les bandelettes réactives ne donnent qu'un niveau approximatif du glucose sanguin, il est important de confirmer les valeurs anormales déterminées à l'aide de ces bandelettes en mesurant le glucose sanguin en laboratoire au moyen de méthodes conventionnelles. Le traitement, cependant, devrait être amorcé pendant que l'on attend les résultats.

Déshydratation et équilibre hydro-électrolytique

Pour un bébé normal né à terme et en santé, la capacité de se nourrir au sein doit être évaluée selon les indications figurant au chapitre 7. Il n'est habituellement pas nécessaire d'utiliser des suppléments pour minimiser les risques de déshydratation. Quatre-vingt-dix-neuf pour cent des bébés auront une miction dans les 24 heures suivant la naissance. Si la miction n'est pas adéquate (au moins trois fois par jour au cours des deux premiers jours et six fois par jour par la suite), cela peut être signe de déshydratation, qui peut être confirmée par une perte de poids, l'examen de la fontanelle antérieure, le signe du pli cutané et le test de perfusion cutanée. Il est important que les parents apprennent à reconnaître les signes de déshydratation avant de quitter l'hôpital ou le centre de naissance. (Consulter le chapitre 7.)

Les bébés en santé nés à terme n'ont pas besoin d'être pesés tous les jours de façon systématique. Cependant, les nouveau-nés malades ou prématurés seront normalement placés dans une unité de soins intensifs néonataux où l'on surveillera le bilan hydrique par la mesure des ingestats et excréats (apport et élimination de liquides), la pesée quotidienne et des épreuves biochimiques.

Ictère

Pour obtenir de l'information sur l'exploration clinique et le traitement de l'ictère (jaunisse), il est recommandé de consulter les plus récentes directives (1999) de la Société canadienne de pédiatrie intitulées « Un mode de prise en charge de l'hyperbilirubinémie chez les nourrissons à terme ».

L'hyperbilirubinémie d'un nouveau-né qui, autrement, serait en bonne santé, continue de démontrer qu'il existe un risque d'encéphalopathie attribuable à la bilirubine. Toutefois, une évaluation attentive ainsi qu'une utilisation judicieuse de la photothérapie permettra d'obtenir des résultats optimaux. La photothérapie demeure une intervention thérapeutique efficace qui permet de réduire les concentrations de bilirubine, évitant ainsi les taux de bilirubine élevés qui entraînent des séquelles permanentes.

Le tableau 6.2 indique les épreuves qui permettent de déterminer si un nouveau-né est atteint d'ictère. La figure 1 montre les taux de bilirubine qui justifient le recours à la photothérapie pour les bébés en santé nés à terme et pour ceux présentant des facteurs de risque. S'il s'agit d'un bébé en santé né à terme, on devrait commencer la photothérapie au niveau indiqué par la courbe supérieure de la figure 1. Si le bébé présente un ou plusieurs facteurs de risque, on peut prendre la décision clinique d'entreprendre la photothérapie au niveau indiqué par la courbe inférieure du graphique.

Tableau 6.2 Épreuves de laboratoire pour déceler la présence d'hyperbilirubinémie chez les bébés nés à terme

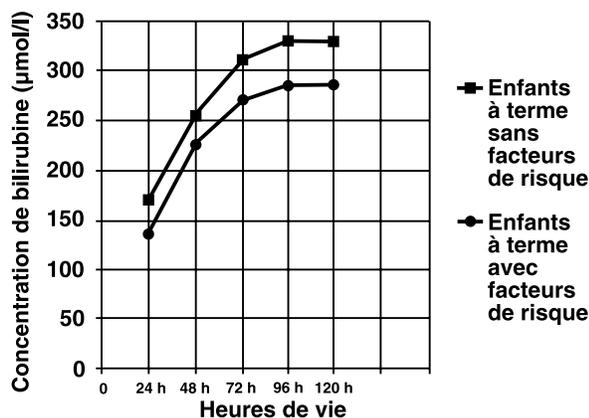
Tests indiqués (si les concentrations de bilirubine atteignent les niveaux pour lesquels la photothérapie est indiquée)

- Concentration de bilirubine sérique totale ou indirecte (non conjuguée)
- Concentration de bilirubine sérique directe (conjuguée)
- Détermination du groupe sanguin et test de Coombs direct
- Détermination de l'hémoglobine et de l'hématocrite

Tests facultatifs (dans des cas cliniques précis)

- Formule sanguine complète (FSC), y compris une formule leucocytaire (différentiel) manuelle
- Frottis de sang pour la morphologie des érythrocytes
- Numération des réticulocytes
- Dépistage de déficit en G6PD
- Concentrations des électrolytes, de l'albumine et des protéines sériques

Figure 1 Directives révisées pour entreprendre une photothérapie contre l'hyperbilirubinémie chez les nourrissons à terme, qu'ils présentent ou non des facteurs de risque



Parmi les facteurs de risque, on remarque un âge gestationnel de moins de 37 semaines, un poids à la naissance inférieur à 2 500 g, une hémolyse, une jaunisse moins de 24 h après la naissance, une septicémie et une réanimation à la naissance.

Source : Société canadienne de pédiatrie (SCP). « Un mode de prise en charge de l'hyperbilirubinémie chez les nourrissons à terme », *Paediatrics and Child Health*, 1999.

La déshydratation contribue de façon significative à l'augmentation du taux de bilirubine sérique et elle risque d'être exacerbée par la photothérapie. On devrait bien hydrater tous les nouveau-nés atteints d'ictère avant et pendant la photothérapie. La photothérapie n'est pas une contre-indication à l'allaitement. Dans plusieurs cas, on devrait encourager des tétées plus fréquentes.

On conseille aux intervenants de la santé de consulter les directives de la Société canadienne de pédiatrie sur d'autres aspects de la prestation des soins aux nouveau-nés soumis à la photothérapie. On y trouve aussi des indications relatives à la consultation ou à la possibilité d'une exsanguinotransfusion.

Si le nouveau-né obtient un congé précoce, il faut s'assurer d'effectuer un suivi adéquat pour surveiller les concentrations de bilirubine. Bien que certains centres offrent la possibilité de traitements de photothérapie à domicile, la réadmission à l'hôpital de bébés en santé nés à terme, et de leurs mères, est parfois nécessaire.

Risque de septicémie

Le streptocoque du groupe B est une des causes majeures d'infection néonatale. On recommande de consulter les plus récentes lignes directrices d'organismes nationaux, tels que la Société canadienne de pédiatrie (SCP), la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) et les Centres d'épidémiologie (CDC) au moment d'élaborer des politiques et des protocoles pour le traitement de la mère et du nouveau-né.

Pour des lignes directrices concernant d'autres infections, on recommande aux intervenants de la santé de consulter le *1994 Redbook: Report of the Committee of Infectious Diseases* de l'American Academy of Pediatrics. (Consulter les documents d'accompagnement.)

Effets de l'exposition à des substances intoxicantes

Il faut observer les nouveau-nés qui ont été exposés à des substances psychoactives, des produits chimiques et des solvants dans l'utérus pour déceler tout signe d'anomalie du développement et de syndrome de sevrage néonatal. On ne devrait pas séparer le bébé et la mère pour effectuer cette surveillance, bien que les nouveau-nés qui démontrent des signes de syndrome de sevrage puissent avoir besoin d'un traitement et de soins dans une unité néonatale spécialisée. Ces signes sont souvent présents à la naissance ou peu après,

mais il se peut qu'on ne les remarque pas avant plusieurs jours. Il faut utiliser des outils d'évaluation pour déterminer les signes courants de sevrage néonatal : transpiration, tremblement, irritabilité et cris aigus. Les professionnels de la santé devraient rechercher la collaboration des organismes communautaires, des centres de santé communautaires, des CLSC et d'organismes de services à l'enfance pour prodiguer des soins appropriés en toute sécurité et effectuer un suivi auprès des parents et des nouveau-nés après le congé de l'hôpital.

Évaluation postnatale et soins après une césarienne

Les mères qui ont eu une césarienne d'urgence et celles qui ont eu un travail particulièrement long et difficile ont des besoins spéciaux, de même que leur famille. Elles peuvent être déprimées, anxieuses ou ressentir de la culpabilité, avoir l'impression de perdre contrôle, être moins satisfaites de l'expérience de la naissance et même perdre toute estime de soi. Par contre, les mères et les familles dont la césarienne est planifiée peuvent parfois employer des mécanismes d'adaptation pour se préparer à l'intervention. Les femmes qui doivent subir une césarienne non planifiée n'ont toutefois pas ce temps de préparation (Phillips, 1996).

Les intervenants de la santé peuvent aider la nouvelle maman et sa famille à essayer de comprendre les sentiments associés à une naissance à l'aide d'instruments, surtout si cela n'avait pas été planifié, et à les accepter. Les hôpitaux et autres organismes doivent élaborer des systèmes de soutien ou former des groupes d'entraide pour les femmes qui ont dû subir une césarienne d'urgence.

Durant tout le séjour à l'hôpital, en plus des soins post-chirurgicaux réguliers, il est nécessaire d'effectuer une évaluation postnatale quotidienne. Cela comprend l'évaluation de l'état des seins et des mamelons de la femme, la quantité et la nature de ses lochies, de même que la hauteur et la consistance du fond utérin; l'inspection de l'incision abdominale et des extrémités; l'évaluation de sa capacité d'uriner. Une naissance par césarienne n'exclut pas les soins mère-enfant. Les mères qui ressentent de l'inconfort ont besoin d'aide supplémentaire pour allaiter, surtout durant les premiers jours. Le soutien de la famille est essentiel après l'opération. Si le bébé est gardé dans

une unité néonatale de soins spéciaux, la mère et le père devraient s'y rendre aussi souvent que possible. Les frères et sœurs qui demeurent à la maison peuvent vivre une séparation non prévue traumatisante; il faudrait donc les encourager à se rendre à l'hôpital pour être avec le nouveau-né et leurs parents. Il est essentiel que les femmes et les familles sachent à quoi s'attendre au cours de la convalescence. Elles doivent comprendre l'importance du repos, des liquides et d'une diète adéquate pour le rétablissement. La plupart des femmes auront besoin de plus d'aide à la maison.

Transition : retour à la maison et dans la collectivité

Introduction

Les mères affrontent bien des problèmes communs durant les premiers jours après la naissance : l'isolement, la peur ou l'insécurité au sujet des soins au bébé et de l'allaitement, l'inquiétude de ne pas savoir où s'adresser pour de l'aide, l'adaptation à leur nouveau rôle, la fatigue, les réactions du conjoint et des frères et sœurs, l'image corporelle, la nutrition et le besoin d'être appuyées par leurs pairs.

Les programmes, les protocoles et les procédures en matière de soins à la mère et au nouveau-né dans les hôpitaux et les collectivités s'organisent généralement en fonction de ces besoins fondamentaux. Il en existe plusieurs variantes selon la participation des parents au processus de planification, les préférences des intervenants, la situation géographique (zone urbaine ou rurale, régions du Nord ou du Sud, régions isolées), les variables uniques de la population et les ressources accessibles. La collaboration des consommateurs, des hôpitaux et des organismes communautaires est essentielle au succès de la transition des parents et du nouveau-né vers la vie de famille.

Certains programmes prénatals de préparation traitent de la période postnatale; cependant, ce ne sont pas toutes les mères qui suivent ces programmes ou qui y ont accès. Étant donné que la période prénatale est habituellement centrée sur la naissance elle-même, les parents ont souvent de la difficulté à absorber l'information sur la période postnatale. Par conséquent, il arrive que les nouveaux parents vivent une certaine anxiété à mesure qu'ils s'adaptent à leur rôle parental. La planification de la période postnatale devrait néanmoins débiter pendant la période prénatale. Les

documents écrits, les discussions avec les soignants et les cours prénatals doivent inclure l'information suivante :

- une explication de la philosophie des soins communautaires;
- une description des installations et des pratiques de l'hôpital;
- la détermination de la durée du séjour à l'hôpital;
- une liste des ressources communautaires pour les nouveaux parents : professionnels des organismes de soins à domicile, services d'écoute téléphonique (lignes de réconfort, lignes de dépannage) pour les nouveaux parents, programmes de soutien à l'allaitement, groupes d'entraide parentale, ressources des bibliothèques et des centres récréatifs, refuges, banques d'alimentation;
- une explication de la façon dont les proches et les amis peuvent aider la nouvelle famille : préparation de mets, contact par téléphone, aide aux soins des autres enfants de la famille, don de moments de répit;
- une description des services spéciaux offerts aux familles à risque (problèmes sociaux ou de santé);
- un sommaire des ressources financières et du soutien accessible en cas d'urgence;
- des directives sur la façon d'accéder aux ressources existantes.

Les services de soutien communautaire offerts par les professionnels et par les pairs varient d'une région à l'autre. Bien qu'elle soit typiquement tributaire des ressources allouées, des valeurs et des mandats des services communautaires, la tendance à réduire la durée du séjour à l'hôpital a eu un effet positif sur les professionnels et les consommateurs. C'est ainsi que des stratégies de programmes de soutien communautaire ont vu le jour — leur but étant d'aider à prévenir les problèmes de la période postnatale et de favoriser l'adaptation de la mère et du nouveau-né.

Indicateurs d'adaptation postnatale

Les professionnels ont mis au point un certain nombre de méthodes — normes de soins écrites, plans d'intervention, cheminements critiques et gestion des soins/de cas, etc. — pour veiller à ce que les critères de santé et d'adaptation de la mère et du nouveau-né soient respectés durant les premiers jours de la période postnatale, et ce tant à l'hôpital qu'à la maison. Les critères, aussi appelés « indicateurs » ou « effets prévus », comprennent des données spécifiques sur la mère, le nouveau-né et le système de soutien à domicile ou social de la famille. Certains effets prévus peuvent être atteints pendant le séjour à l'hôpital, d'autres le seront à la maison.

MÈRE

Deux séries de critères — physiologiques et affectifs — sont utilisés pour juger les progrès de la mère. Les résultats physiologiques comprennent les indicateurs suivants :

- taux d'hémoglobine normal, absence d'évanouissements et d'étourdissements;
- capacités ambulatoires satisfaisantes;
- lochies moins abondantes et de couleur moins prononcée à partir du troisième au cinquième jour, absence d'odeur désagréable et de démangeaisons;
- fond utérin ferme, en position médiane et contracté;
- au moins une miction complète avant le congé de l'hôpital, sensation de vessie vide après la miction et absence de douleur à la miction;
- rétablissement de l'évacuation intestinale normale : défécation à partir du deuxième ou du troisième jour (naissance vaginale) ou entre le troisième et le cinquième jour (naissance par césarienne);
- signes vitaux normaux;
- guérison du périnée, c'est-à-dire absence de rougeur, de douleur, d'induration ou d'enflure excessives;
- rapprochement adéquat des lèvres de la plaie (épisiotomie, déchirure ou incision);
- mamelons souples et mous;
- seins souples (entre le premier et le deuxième jour) et gonflés (entre le troisième et le quatrième jour), évidence de montée laiteuse, engorgement contrôlé;
- lactation établie;
- douleur contrôlée par des médicaments oraux.

L'adaptation affective comporte les indicateurs suivants :

- la mère montre qu'elle sait qui appeler en cas de doute ou de besoin (amis, famille, ressources communautaires, professionnels de la santé);
- elle a discuté du déroulement de son accouchement;
- elle commence à avoir confiance en sa capacité de donner les soins essentiels à son bébé;
- elle démontre de l'attachement à son bébé;
- elle n'exprime pas de tristesse profonde à la suite de la naissance ni à l'égard de son rôle (c'est du moins ce qu'on peut observer);
- elle affirme se sentir en sécurité à la maison;
- elle est capable de dormir ou de se reposer entre les boires ou les tétées.

NOUVEAU-NÉ

Deux séries de critères — physiologiques et de sécurité — sont utilisés pour évaluer les progrès du nouveau-né. Les effets physiologiques prévus comprennent les suivants :

- signes vitaux stables et normaux;
- rythme d'allaitement établi — le bébé se nourrit au moins huit fois en 24 heures et dort, repu, entre la plupart des périodes d'allaitement. Avant de recevoir leur congé de l'hôpital, la mère et le bébé auront réussi au moins deux boires sans aide (le bébé prend bien le sein ou le biberon et tête bien) ou des mesures ont été prises pour obtenir des ressources adéquates de soutien et de suivi;
- aucun signe d'ictère dans les 24 premières heures;
- évacuation de selles de méconium dans les 24 heures suivant la naissance;
- évacuation intestinale — deux à six selles par jour;
- miction régulière — le bébé mouille une ou deux couches en tissu par jour pendant les trois premiers jours (la présence occasionnelle de taches rougeâtres est normale), six couches en tissu ou plus par jour de la quatrième à la sixième journée; urine d'un jaune pâle sans odeur;
- évaluation métabolique terminée, ou mesures prises pour qu'elle le soit; mécanisme en place pour l'examen des résultats;
- en cas de circoncision, la mère sait qui appeler si le nouveau-né n'a pas éliminé dans les huit heures suivant l'intervention, ou en présence de saignement ou de signes et de symptômes d'infection;
- pas plus de 7 p. 100 de perte de poids durant la première semaine.

Les effets prévus relatifs à la sécurité comprennent les suivants :

- confirmation par le parent qu'il s'est procuré un lit d'enfant et un siège d'auto réglementaires. (Consulter Santé Canada, 1998; *Normes de sécurité des véhicules automobiles du Canada* [NSVAC], Association canadienne des automobilistes, CAA, 1999.) L'inspection des sièges d'auto au moment où l'enfant et la mère reçoivent leur congé de l'hôpital donne droit à un autocollant NSVAC, lequel confirme que les normes de sécurité ont été respectées. (Il faudrait diriger les parents vers des associations d'automobilistes locales pour obtenir de plus amples renseignements.) On vérifie si l'enfant est habillé convenablement et s'il est bien installé et attaché dans le siège d'auto;
- démonstration par le parent de sa capacité de nourrir, habiller et prendre soin de l'enfant;

- indication que l'orientation vers un service approprié ou le suivi permettra de vérifier les préoccupations des professionnels de la santé en ce qui concerne l'isolement possible des parents, leur manque de compétences parentales ou de confiance, la violence familiale ou la négligence.

EFFETS DU SOUTIEN À LA MÈRE ET AU NOUVEAU-NÉ

Les indicateurs suivants sont utilisés pour évaluer le soutien accessible :

- preuve que le parent a un domicile ou une adresse « fixe » ou preuve de l'adresse où la mère ira vivre après avoir reçu son congé de l'hôpital;
- preuve d'une orientation vers les services communautaires appropriés pour les besoins liés à l'allaitement, à la formation aux compétences parentales, aux questions de sécurité à la maison, aux cas possibles de violence familiale et au soutien social des parents;
- preuve que des démarches ont été entreprises en vue d'un contact téléphonique ou d'une visite à domicile par un professionnel si la durée du séjour à l'hôpital a été de moins de 48 heures;
- preuve que la mère a fait les démarches nécessaires auprès d'un professionnel compétent en vue d'un suivi de son nouveau-né (dans la semaine qui suit la naissance) et d'elle-même (dans les six semaines suivant la naissance);
- preuve que la mère sait comment obtenir de l'aide, du soutien et de l'information parentale en cas d'urgence (Cela peut comprendre des renseignements écrits; l'annexe 3 en donne un exemple. Le chapitre 7 présente des renseignements sur l'allaitement à l'intention des mères);
- preuve que la famille, les amis et les autres ressources ont été désignés comme sources de soutien de la mère;
- preuve attestant que l'on a décelé des antécédents de problèmes de santé mentale, de violence contre les enfants et de consommation de substances psychoactives, et qu'un suivi a été effectué.

Stratégies de soutien communautaire

De plus en plus, les soins postnatals et une transition réussie vers la collectivité sont considérés comme des éléments essentiels pour aider la famille à partir du bon pied et pour prévenir la morbidité maternelle et infantile précoce. Des stratégies novatrices ont été élaborées pour aider la mère à préparer sa famille et à se préparer elle-même aux stress inévitables qui suivent la naissance. Bien que les stratégies varient, l'on y aborde habituellement les points suivants :

- alimentation du nouveau-né;
- protection et soins du nouveau-né;
- repos adéquat;
- obtention d'aide au besoin;
- formation et apprentissage;
- besoins sociaux et financiers.

Voici une explication détaillée de différentes stratégies maintenant prises en considération par les collectivités pour que la transition de la mère et du nouveau-né vers la collectivité se fasse avec succès.

Programmes de « visites » prénatales des hôpitaux. Fondés sur le modèle des unités de soins ambulatoires préopératoires, ces programmes s'appuient sur l'idée que des rencontres avec les mères durant la période prénatale peuvent les aider à planifier la naissance et la période immédiatement après celle-ci. La visite prénatale peut être l'occasion de donner de l'information sur les ressources communautaires; de cerner et de documenter les besoins en matière de soutien à l'allaitement, d'interventions des travailleurs sociaux ou d'options de soins durant la naissance et la période postnatale; de préparer différents articles pour le nouveau-né (sièges d'auto et lits d'enfants réglementaires); de se familiariser avec l'environnement hospitalier; d'élaborer un plan de formation postnatale. Les documents sont conservés à l'hôpital avec le dossier prénatal et utilisés au moment de l'admission et lorsque les mères et les nouveau-nés sont dirigés vers les ressources communautaires; cela réduit le chevauchement et s'inscrit dans la philosophie de la continuité des soins. La mère devrait posséder une copie de cette information et des formulaires de planification qu'elle peut montrer aux intervenants de la santé et consulter au besoin.

Services d'écoute téléphonique. Plusieurs collectivités ont mis sur pied des services d'écoute téléphonique (appelés aussi lignes d'écoute et lignes de dépannage) réservés uniquement aux nouveaux parents. Ceux-ci peuvent ainsi poser des questions, à toute heure du jour et de la nuit, sur leur santé personnelle ou celle de leur enfant. Les questions portent habituellement sur l'allaitement, les pleurs du bébé, l'adaptation familiale et les ressources communautaires. En règle générale, les parents ont souvent besoin d'être rassurés. Les services d'écoute téléphonique peuvent être reliés aux services postnatals des hôpitaux ou fonctionner sous l'égide de services de santé publique, d'organisations de parents, de la Ligue La Leche ou de centres médicaux.

Visites professionnelles à domicile. Les visites à domicile par une infirmière ou une sage-femme sont un volet habituel du suivi de la mère et du nouveau-né. Les professionnels organisent généralement leurs observations de la mère, du nouveau-né et de la famille en fonction des besoins postnataux fondamentaux. La durée et la fréquence des visites varient selon les besoins de la famille et les spécifications du programme. La planification des visites à domicile peut être faite par le personnel des hôpitaux, le personnel de liaison avec la collectivité ou par la mère elle-même; souvent, ces visites sont faites en fonction de l'« urgence » des besoins relevés. Dans certaines régions, les visites à domicile ont été abandonnées ou remplacées par un choix de moyens requérant, par exemple, que la mère se déplace pour obtenir un service professionnel. Des hôpitaux ont également amorcé un programme de suivi à domicile par leur personnel en périnatalité à l'intention des mères qui en ont besoin, en vertu de critères de risques et d'un besoin de soutien supplémentaire. Pour les mères qui n'ont pas le téléphone, on suggère une visite dans les 48 heures suivant le congé de l'hôpital. On recommande également que les mères et les nouveau-nés qui reçoivent leur congé de l'hôpital dans les 48 heures suivant la naissance reçoivent la visite d'un professionnel de la santé compétent dans les 48 heures suivant le congé (SCP, 1996a).

Suivi téléphonique peu après le congé. Un appel téléphonique d'une infirmière en santé publique ou communautaire ou d'une infirmière de l'hôpital, de 24 à 48 heures après le congé de l'hôpital, peut permettre de vérifier si le plan postnatal est en place et s'il fonctionne bien. Des aspects bien précis de l'état de l'enfant et de la mère peuvent alors être passés en revue, notamment ce qui touche à l'allaitement et au bien-être du bébé et de la mère. L'entrevue téléphonique peut aider à diriger les parents vers un service communautaire en vue d'organiser une intervention, par exemple, une visite à domicile.

Cliniques de suivi postnatal. Les cliniques de suivi postnatal, dont le personnel est habituellement composé d'infirmières, offrent des consultations avec ou sans rendez-vous pour les mères et les bébés. Le programme clinique peut être structuré pour évaluer l'état de santé, résoudre des problèmes épisodiques, diriger vers le service approprié, appuyer les clients et leur offrir des conseils. Toutes les cliniques doivent prévoir un stationnement facile d'accès et aménagé pour les personnes handicapées. Les cliniques

doivent aussi être aménagées de façon à respecter l'intimité des familles et la vie privée lors des entrevues.

Suivi du médecin. On recommande que le médecin, ou tout autre intervenant de la santé compétent, fasse le suivi du nouveau-né dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital, et le suivi de la mère dans les six semaines après le congé. Toutefois, l'état de santé de la mère ou du nouveau-né pourrait justifier que l'on devance les visites, tout comme des complications survenues lors de la grossesse, de la naissance et de la période postnatale, et le manque d'accès au soutien familial et communautaire.

Carte routière de la collectivité. En tant que parents, les gens ont besoin de porter un regard neuf sur leur collectivité. Une carte routière de la ville — affichée en évidence dans les aires de soins postnatals et dans les bureaux des intervenants de la santé, et sur laquelle les ressources pour les parents sont clairement indiquées — constitue une forme conviviale d'aide populaire. La carte devrait être entourée de numéros de téléphone, regroupés sous différents domaines, tels que les services à l'allaitement, les services juridiques, les banques d'alimentation, les bibliothèques, les groupes d'entraide parentale, les ressources documentaires, les services aux immigrants, les centres d'échange de vêtements, les services de santé publique et les CLSC, les organismes de soins à domicile et les services d'écoute téléphonique. D'autres services propres à la région devraient également être affichés.

Centres ou cliniques d'allaitement. L'un des besoins majeurs de la nouvelle mère concerne l'allaitement. Des cliniques offrent les services d'un personnel qualifié, souvent des consultantes en lactation agréées, pour aider à régler les problèmes et à répondre aux questions.

Ligue La Leche. La Ligue La Leche (LLL) est un groupe de soutien formé de mères qui aident les femmes qui allaitent. Ces mères ont une bonne expérience personnelle de l'allaitement et elles souhaitent aider les nouvelles mères à apprendre l'art de l'allaitement. Le numéro du chapitre local de cet organisme se trouve dans la plupart des annuaires téléphoniques. Dans certaines collectivités, une représentante de la LLL fait des visites à l'hôpital sur demande.

Groupes liés au rôle parental et cours de compétences parentales. Comme c'est le cas pour les cours prénatals, certains parents tirent profit des groupes de discussion qui traitent des préoccupations des parents

immédiatement après la naissance. En effet, certains cours prénatals organisent des « réunions d'anciens » pour rassembler à nouveau les parents qui, cette fois, y viennent avec leurs bébés.

Une autre initiative réussie est celle des programmes d'entraide entre parents dont le personnel est rémunéré ou bénévole, ou est partagé entre ces deux catégories. Ces programmes sont particulièrement valables pour les nouveaux immigrants ou les personnes pour qui le français ou l'anglais est une langue seconde et qui peuvent avoir besoin d'aide pour avoir accès au système de santé.

Information et communications électroniques. Le télécopieur et les communications électroniques (tel le courriel) sont des outils utiles pour transmettre l'information relative à l'orientation d'un client d'un organisme à un autre. Il est également important que les organismes collaborent à la préparation de trousse d'information pour les parents et les rendent accessibles par Internet ou le libritel local. Ces trousse sont utiles tant pour les professionnels que pour les parents. Certaines collectivités annoncent largement l'accès à des enregistrements téléphoniques à sélection directe à l'usage des parents et concernant des questions fréquemment posées ou des problèmes éprouvés au début de la période postnatale. Toutes les ressources doivent être conçues selon le niveau d'alphabétisation approprié et rédigées dans la langue, ou les langues, de la collectivité.

Autres stratégies. Pour aider les mères à se reposer, certains services de suivi communautaire ont choisi d'inclure des services d'entretien ménager et de popote roulante dans leur programme. Selon les besoins de la mère, ces services prévoient ou non la participation de professionnels. Lorsque des services d'entretien ménager sont offerts, environ 10 p. 100 des mères s'en servent.

Certains services de santé publique ou certains organismes offrant des services de soins à domicile ont des technologistes médicaux/technologues de laboratoire médical ou des infirmières qui effectuent des analyses de sang à domicile (bilirubine, phénylcétonurie [PCU] et hypothyroïdie [TSH], hémoglobine). Une telle stratégie est particulièrement efficace lorsque les hôpitaux appliquent une politique de congé précoce. Par exemple, des programmes de photothérapie à domicile peuvent éviter une réadmission à l'hôpital dans les cas d'hyperbilirubinémie. De nombreuses collectivités ont lancé avec succès des projets de location de certains articles, comme les sièges d'auto ou les tire-lait.

Durée du séjour à l'hôpital

Depuis vingt ans, on observe une réduction marquée du séjour des mères et de leur nouveau-né en milieu hospitalier : il est passé de quatre à cinq jours dans les années 1970 à la norme actuelle de un ou deux jours. Les rapports faisant état des programmes de congé précoce attribuent cette évolution à la philosophie des soins périnataux dans une perspective familiale et au souhait des mères de quitter l'hôpital plus tôt. Une gamme de services à domicile destinés à remplacer les programmes hospitaliers d'évaluation, de soutien et de formation des parents vient maintenant en aide aux mères qui disposent chez elles d'un bon encadrement, qui satisfont à des critères précis (généralement une grossesse normale et une naissance à terme) et qui préfèrent un court séjour à l'hôpital. Aujourd'hui, de tels programmes de collaboration entre les hôpitaux et les collectivités incluent un aide-mémoire sur les critères, des plans de soins, de suivi et d'effets recherchés, des cheminements critiques, des formulaires d'orientation vers des services communautaires et un éventail de stratégies de soutien communautaire et d'évaluations parentales.

Les résultats des « programmes de congé précoce » communautaires démontrent qu'ils procurent de la sécurité, qu'ils sont efficaces et économiques, et que les consommateurs en sont satisfaits. On a enregistré des résultats positifs au niveau de variables comme la santé physique et l'adaptation de la mère et du nouveau-né, le taux de réadmission à l'hôpital et l'allaitement (SOGC, 1996a; SCP, 1996a; Dalby et coll., 1996; ICSI 1996; PEPEO, 1996). Le succès de ces programmes repose sur les facteurs suivants :

- le choix et la participation des parents aux décisions concernant la durée du séjour à l'hôpital;
- un dépistage approprié d'après des critères de santé prédéterminés pour évaluer la mère, le nouveau-né et le réseau de soutien familial;
- une solide composante de soutien communautaire pour les contacts et les suivis, la formation, la résolution de problèmes et l'évaluation;
- un personnel professionnel expérimenté dans les soins à la mère et au nouveau-né et en santé communautaire, qui prodigue des soins de santé de périnatalité dans une perspective familiale.

Les mandats administratifs peuvent entraîner de courts séjours involontaires, ce qui soulève d'autres sujets de préoccupations : réadmission de nouveau-nés, expériences d'allaitement infructueuses, inquiétudes des

parents sur leur capacité d'adaptation, insatisfaction des mères. De toute évidence, il est important d'insister sur la nécessité que les courts séjours soient assortis de stratégies et de programmes de soutien communautaire, tels qu'ils sont définis plus haut.

C'est la mère qui devrait décider de la durée de son séjour à l'hôpital en fonction de ses propres besoins. Comme « on n'est vraiment bien que chez soi », le programme de soins devrait être souple pour satisfaire les besoins et les préférences des nouvelles familles.

Il est essentiel d'établir une collaboration entre les comités des hôpitaux abordant des questions relatives aux mères et aux nouveau-nés, les organismes communautaires et les consommateurs pour l'élaboration de programmes associés à la durée du séjour et au suivi. Les directives actuelles en matière de congés vont au-delà des paramètres de la santé physique : il est nécessaire d'obtenir des preuves que les ressources personnelles des familles sont adéquates pour le soutien postnatal ou d'orienter les familles vers des ressources communautaires qui pourront satisfaire leurs besoins. (Consulter SOGC [1996a] et SCP [1996a] pour des critères de congé dans les 48 heures suivant la naissance.) Un programme de congé précoce et de soutien communautaire exhaustif doit inclure de l'information écrite pour les parents qui précise les signes de problèmes de santé ou de problèmes postnatals, les endroits où ils peuvent trouver de l'aide et qui prévoit la surveillance des réadmissions à l'hôpital. La documentation doit toujours tenir compte des niveaux d'alphabétisation de la clientèle et démontrer par l'image le plus possible. Elle doit également être publiée dans les langues parlées dans la collectivité. Si les programmes prévoient le congé des mères et de leur nouveau-né moins de 48 heures après la naissance, on recommande qu'ils fassent l'objet d'une évaluation par un professionnel compétent dans les 24 à 48 heures après leur congé. L'évaluation de toutes les mères et des bébés doit se faire de préférence à leur domicile puisque les familles peuvent avoir de la difficulté à se rendre à une clinique ou à un cabinet (SOGC, 1996a; SCP, 1996a).

Les hôpitaux et les organismes de santé communautaire devraient évaluer leurs services postnatals. Le contrôle des réadmissions à l'hôpital, la satisfaction de la clientèle et les données sur l'allaitement constituent des paramètres utiles pour mesurer l'efficacité des programmes.

Orientation faite par l'hôpital vers une ressource communautaire

Pour assurer la continuité et l'uniformité des soins, on devrait exiger que le personnel hospitalier ou celui qui assure la liaison adopte un aide-mémoire où cocher l'information qui permettra de faire le suivi communautaire. La mère devrait en recevoir une copie à l'intention du professionnel ou de l'organisme de la collectivité qui l'évaluera; on peut aussi faire parvenir une copie à l'organisme par télécopieur. Le tableau 6.3 décrit les éléments essentiels de l'aide-mémoire.

Tableau 6.3 Éléments essentiels d'un aide-mémoire servant au suivi communautaire

Données d'identification

- nom au complet de la mère, son âge, son adresse, et son numéro de téléphone; nom du conjoint (expliciter sa relation avec la mère); adresse temporaire, s'il y a lieu
- nom de famille du nouveau-né, s'il diffère de celui de la mère
- noms de famille du conjoint, des enfants ou des autres personnes vivant à la maison
- langue parlée et, au besoin, nom de la personne qui, à la maison, est en mesure de traduire
- croyances culturelles particulières relatives aux soins de la mère et du nouveau-né

Données concernant la grossesse et la naissance

- grossesses antérieures
- complications durant la grossesse, le travail ou la naissance
- type de naissance
- état du périnée et de l'incision abdominale

Renseignements sur la mère et ses besoins

- immunoglobine anti-D, au besoin
- tests sérologiques anormaux (hépatite B, VIH)
- recours actuel aux organismes communautaires
- mode d'alimentation (antécédents d'allaitement de la multipare)
- besoins financiers
- dépression postnatale antérieure
- observation de la façon dont les parents s'occupent du nouveau-né; préoccupations en ce qui concerne leur compétence et leur confiance
- nécessité d'un traitement infirmier ou médical (changement des pansements, évaluation de la plaie, analyses sanguines, administration d'une intraveineuse)
- besoins en matière de soutien (entretien domestique, visite d'une infirmière, repas, groupes communautaires, ligne téléphonique)
- titrage des anticorps antizostériens, vaccin antirubéoleux, au besoin
- information écrite
- besoin de services linguistiques (d'interprétation ou de traduction)

Information sur le nouveau-né et ses besoins

- sexe, âge gestationnel, poids à la naissance, indices d'Apgar
 - résultats des tests de dépistage et interventions spécifiques indiquées : test de dépistage de la phénylcétonurie (PKU) et de l'hypothyroïdie (TSH), et, si cela est indiqué, vaccin contre l'hépatite B/immunoglobuline anti-hépatite B, épreuve de Coombs
 - alimentation : au sein ou au biberon (préparations lactées pour nourrissons); dans le cas de l'allaitement, toute préoccupation relative à la prise du sein, à la succion, à la léthargie
 - coloration de la peau, apparence d'ictère
 - anomalies congénitales ou fonctionnelles
 - traitements requis (p. ex., soins de la circoncision, enlèvement du clamp ombilical)
 - planification du suivi avec le médecin
 - poids au moment du congé
 - questions de sécurité (lit d'enfant, siège d'auto, contexte familial violent ou potentiellement violent)
-

Besoins spéciaux de certains nouveau-nés

Tous les nouveau-nés, qu'ils aient ou non des besoins spéciaux, vivent à peu près les mêmes problèmes au moment de leur transition vers la collectivité. Les bébés ayant des besoins spéciaux peuvent, en plus, présenter d'autres difficultés :

- multiples problèmes dus à un poids à la naissance faible et très faible (dysplasie bronchopulmonaire, rétinopathie du prématuré, déficience auditive, tonus musculaire anormal, pathologie intracrânienne connue);
- graves anomalies congénitales simples ou multiples, troubles métaboliques et maladies génétiques;
- retour à la maison pour y recevoir des soins palliatifs;
- le fait d'être un jumeau, un triplé, un quadruplé, etc. (surtout si l'un des jumeaux, triplés, etc. est décédé);
- le fait d'être l'enfant d'une mère séropositive.

Des lignes directrices précises doivent être établies pour ces situations. Les nouveau-nés de ces catégories peuvent recevoir leur congé et rentrer à la maison même s'ils ont besoin de soins spécialisés continus (p. ex., oxygène à domicile, alimentation spéciale, gestion de la douleur aiguë ou chronique, monitoring à domicile, médicaments spécifiques et appareils orthopédiques). Un suivi peut demander que l'on accorde une attention particulière aux tests

qui ont été faits à la naissance et qui requièrent beaucoup de temps avant d'être complétés. De nombreux nouveau-nés ont besoin d'une attention spéciale en ce qui a trait aux facteurs psycho-socioéconomiques, au logement, au soutien familial et communautaire; il faut aussi parfois prendre des mesures spéciales pour le transport de ces nouveau-nés.

Certaines familles ont besoin d'évaluation et d'aide en rapport avec la violence familiale, les mauvais traitements infligés aux enfants et l'usage de substances psychoactives. D'autres peuvent avoir les besoins suivants : counseling génétique; suivi après un deuil; information ou orientation vers des groupes de soutien communautaire pour les nouveau-nés ayant des besoins spéciaux (syndrome de Down, streptocoque du groupe B, fibrose kystique, et autres); accès à des programmes de stimulation précoce des bébés.

Les parents auront besoin de formation sur les besoins spécifiques (bio-psycho-sociaux) de leur enfant et de leur famille, et les répercussions possibles sur les enfants à venir. Dans la plupart des cas, le médecin de famille en tant que principal intervenant est le mieux en mesure de coordonner les soins. Il devra travailler en collaboration avec le personnel des programmes de suivi spécialisé et avec d'autres organismes communautaires.

Conclusion

L'adaptation à l'arrivée d'un nouveau-né dans une famille est un long processus. À mesure que les membres de la famille s'adaptent, tant au point de vue physique que psychosocial, il est essentiel qu'ils reçoivent toute l'information nécessaire sur les services de soutien offerts par la collectivité.

Bibliographie

ALFONSO, D.D. « Missing pieces — a study of postpartum feelings », *Birth and the Family Journal*, vol. 4, no 4 (1977), p. 159.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES. *1994 Redbook: Report of the Committee of Infectious Diseases, 23rd ed.*, Elk Grove (IL), chez l'auteur, 1994.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP) et AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). *Guidelines for Perinatal Care*, Washington, chez les auteurs, 1997.

ANDERSON, G.C., A.E. LANE et H.P. CHANG. « Axillary temperature in transitional newborn infants before and after tub bath », *Applied Nursing Research*, vol. 8, no 3 (1995), p. 123-128.

ASSOCIATION CANADIENNE DES AUTOMOBILISTES. *Choisir un siège-auto d'occasion*, Ottawa, chez l'auteur, 1999.

ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH, OBSTETRIC, AND NEONATAL NURSES (AWHONN). *Standards and Guidelines, 5th ed.*, Washington, chez l'auteur, 1997.

ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH, OBSTETRIC, AND NEONATAL NURSES (AWHONN). *Postpartum Nursing Care: Vaginal Delivery*, Washington, chez l'auteur, 1991.

ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH, OBSTETRIC, AND NEONATAL NURSES (AWHONN). *Mother-Baby Care*, Washington, chez l'auteur, 1989.

ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH, OBSTETRIC, AND NEONATAL NURSES (AWHONN). *Postpartum Follow-up: A Nursing Practice Guide*, Washington, chez l'auteur, 1986.

BECK, C.T. « The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis », *Nursing Research*, vol. 44, no 5 (1995b), p. 293-304.

BECK, C.T. « Screening methods for postpartum depression », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 24 (1995a), p. 308-312.

BENNETT, V.R., et L.K. BROWN. *Myles Textbook for Midwives*, 11^e éd., New York, Churchill Livingstone, 1989.

BLOOM, R., et C. CROPLEY, *Réanimation néonatale*, Washington, American Heart Association, 1994. Aussi publié en anglais sous le titre *Textbook of Neonatal Resuscitation*.

BROUSSON, M.A., et M.C. KLEIN. « Controversies surrounding the administration of vitamin K to newborns: a review », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 154 (1996), p. 307-315.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « The prevention of early-onset Group B streptococcal infection in the newborn » *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 45 (1996), p. 1-24.

CENTRE HOSPITALIER AFFILIÉ UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC – PAVILLON SAINT-SACREMENT. *Cliniques de périnatalité — Renseignements personnels/généraux : 1^{re} et 2^e entrevues*, formulaires, chez l'auteur, Québec, s.d.

COX, J.L. « Can postnatal depression be prevented? », *Midwife Health Visitor Community Nurse*, vol. 25 (1989), p. 326-329.

COX, J.L., J.M. HOLDEN et R. SAGOVSKY. « Detection of postnatal depression: development of the Edinburgh Postnatal Depression Scale », *British Journal of Psychiatry*, vol. 150 (1987), p. 782-786.

DALBY, D.M., J.I. WILLIAMS, E. HODNETT et J. RUSH. « Postpartum safety and satisfaction following early discharge », *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, vol. 87, no 2 (1996), p. 90-94.

DORE, S, D. DUCHAN, S.COULAS, L. HAMBER, M. STEWART, D. COWAN et coll. « Alcohol versus natural drying for newborn cord care », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 27 (1998), p. 621-628.

HANS, A. « Postpartum assessment: the psychological component », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 15, no 1 (1986), p. 46-51.

HARRIS, B., P.HUCKLE, R. THOMAS, S. JOHNS et H. FUNG. « The use of rating scales to identify postnatal depression », *British Journal of Psychiatry*, vol. 154 (1989), p. 813-817.

HENNINGSSON, A., B. NYSTROM et R. TUNNELL. « Bathing or washing babies after birth? » *Lancet*, vol. 2, no 8260-1 (1981), p. 1401-1403.

HÔPITAL SAINTE-JUSTINE. *Examen objectif du nouveau-né*, formulaire, chez l'auteur, Montréal, s.d.

HÔPITAL SAINTE-JUSTINE. *Signes vitaux — soins intensifs/néonatalogie*, formulaire, chez l'auteur, Montréal, s.d.

INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE (ICSI). *Lignes directrices nationales sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants et intervenantes en soins de la santé*, Ottawa, chez l'auteur, 1996. Publié aussi en anglais, sous le titre : *National Breastfeeding Guidelines for Health Care Providers*, Canadian Institute of Child Health (CICH).

KOREAN, G. *Maternal-Fetal Toxicology: A Clinician's Guide*, 2^e éd., New York, Marcel Dekker Inc., 1994.

LACY, J.B., L. BARTLETT et A. OHLSSON. « A standardized perinatal record in Canada. Justification, acceptability and feasibility », *The SOGC Journal/Le Journal SOGC*, vol. 20, n° 6 (1998), p. 557-566.

LUNDH, W., et C. GYLLANG. « Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in some Swedish child health care centres », *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 7 (1993), p. 149-154.

McINTOSH, J. « Postpartum depression: women's help-seeking behaviour and perceptions of cause », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 18 (1993), p.178-184.

MISRI, S. « Postpartum mood disorders: how to spot the clues », *Canadian Journal of Continuing Medical Education*, vol. 5, n° 6 (1993), p. 63-68.

PEARCE, P. « Postpartum depression more than 'the blues' », *Canadian Journal of Continuing Medical Education*, vol. 9, n° 2 (1997), p.31-35.

PERINATAL EDUCATION PROGRAM OF EASTERN ONTARIO (PEPEO). « Regional guidelines for hospital discharge of mothers and newborns », *Perinatal Education Program of Eastern Ontario Newsletter*, Programme de formation périnatale de l'Est de l'Ontario, vol. 13, n° 2 (1996).

PHILLIPS, C. *Family-Centered Maternity and Newborn Care*, 4^e éd., St Louis (MO), Mosby, 1996.

PHILLIPS, C.R. *Mother-Baby Nursing*, Washington, Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, 1997.

REYNOLDS, J.L. « Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 156 (1997), p. 831-835.

ROBINSON, G.E., et D.E. STEWART. « Postpartum psychiatric disorders », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 134, no 1 (1986), p. 31-37.

RUBIN, R. « Maternity nursing stops too soon », *American Journal of Nursing*, vol. 10 (1975), p. 1680-1685.

RUBIN, R. « Puerperal change », *Nursing Outlook*, n° 9 (1961), p. 753-755.

RUSH, J. « Congé hâtif de la mère et du nouveau-né », *Série Enfant Action*, vol. 2, n° 1 (1996), Ottawa, Institut canadien de la santé infantile (ICSI). Publié aussi en anglais, sous le titre : « Early discharge of mothers and newborns », *Child Action Series*, Canadian Institute of Child Health.

RUSH, J.P., et T.L.KITCH. « A randomized, controlled trial to measure the frequency of use of a hospital telephone line for new parents », *Birth*, vol. 18, n° 4 (1991), p. 193-197.

SANTÉ CANADA, *La sécurité des lits d'enfant*, Ottawa, chez l'auteur, 1998.

SANTÉ CANADA. *Programme d'aide postnatale aux parents, Votre bébé et vous : une liste de questions*, Ottawa, ministère des Approvisionnement et Services Canada, Groupe Communication Canada — édition de 1995. Publié aussi en anglais sous le titre *Postpartum Parent Support Program, You and Your Baby: A List of Questions*.

SANTÉ CANADA. *Programme d'aide postnatale aux parents, Manuel de référence*, Ottawa, ministère des Approvisionnement et Services Canada, Groupe Communication Canada, 1993. Publié aussi en anglais sous le titre : *Postpartum Parent Support Program, Reference Manual*.

SANTÉ CANADA. *Programme d'aide postnatale aux parents, Guide de mise en œuvre*, Ottawa, ministère des Approvisionnement et Services Canada, Groupe Communication Canada, 1989. Publié aussi en anglais sous le titre *Postpartum Parent Support Program, Implementation Handbook*.

SCHAPER, A.M., B.L. ROONEY, N.R. KAY et P.D. SILVA. « Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in clinical setting », *Journal of Reproductive Medicine*, vol. 39 (1994), p. 620-624.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (SCP). « Un mode de prise en charge de l'hyperbilirubinémie chez les nourrissons à terme. Une déclaration conjointe avec le Collège des médecins de famille du Canada », n° de référence FN98-02, 1999, publié en anglais sous le titre « Approach to the Management of Hyperbilirubinemia in Term Newborn Infants », *Paediatrics & Child Health*, vol. 4, n° 2, p.167-170, 1999.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (SCP). « Énoncé sur la vitamine K »; « Statement on vitamin K », Canadian Paediatric Society (CPS), *Paediatrics and Child Health*, vol. 2, n° 6 (1997), p. 429-431.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (SCP). « La circoncision néonatale revisitée », *Journal de l'Association médicale canadienne/Canadian Medical Association Journal*, vol.154, n° 6 (1996b); publié en anglais sous le titre « Neonatal Circumcision Revisited », Canadian Paediatric Society (CPS), p. 769-780.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (SCP). *La facilitation du congé à domicile après une naissance normale à terme. Un énoncé conjoint avec la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, énoncé de la SCP : FN96-02, Ottawa, chez l'auteur, 1996a. Publié aussi en anglais sous le titre *Facilitating Discharge Home Following a Normal Term Birth. A Joint Statement with the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*, CPS statement: FN96-02, Canadian Paediatric Society (CPS).

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (SCP) (Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né) et le COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA (CMFC) (Comité pour la santé des enfants et des adolescents). « L'administration systématique de vitamine K aux nouveau-nés », *Médecin de famille canadien/Canadian Family Physician*, vol. 44 (1998), p. 1087-1090, publié en anglais sous le titre « Routine administration of vitamin K to newborns », Canadian Paediatric Society (Fetus and Newborn Committee), College of Family Physicians of Canada (Committee on Child and Adolescent Health) p. 1083-1086.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). *Partir du bon pied : directives sur les soins pendant la grossesse et l'accouchement*. Ottawa, chez l'auteur, 1998. Publié aussi en anglais sous le titre *Healthy Beginnings: Guidelines for Care During Pregnancy and Childbirth*.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). *Durée du séjour pour les accouchements obstétricaux*, énoncé n° 20, Ottawa, chez l'auteur, 1996b. Publié aussi en anglais sous le titre *Length of Stay for Obstetrical Deliveries*.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET DES GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). *Congé hâtif et durée du séjour pour les naissances à terme*, énoncé n° 56, Ottawa, chez l'auteur, 1996a. Publié aussi en anglais sous le titre : *Early Discharge and Length of Stay for Term Birth*.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET DES GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). « Surveillance de la santé du fœtus pendant le travail », *Le Journal SOGC*, vol. 9 (1995), p. 859-901. Publié aussi en anglais sous le titre « Fetal health surveillance in labour », *J Soc Obstet Gynaecol Can*.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA et SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. « Énoncé sur la prévention des infections à streptocoque de type B à début précoce chez les nouveau-nés », *Directives cliniques*

de la SOGC, Ottawa, chez les auteurs, 1994. Publié aussi en anglais sous le titre « Statement on the prevention of early-onset Group B streptococcal infections in the newborn », *SOGC Clinical Practice Guidelines*.

STEWART, D.E., G.E. ROBINSON. « Postpartum psychiatric disorders », *Psychological Aspects of Women's Health Care: The Interface Between Psychiatry and Obstetrics and Gynecology*, Washington, American Psychiatric Press Inc., 1993.

TADDIO, A., J. KATZ, A.L. ILERSICH et G. KOREN. « Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination », *Lancet*, vol. 349 (1997), p. 599-603.

ANNEXE 1

Facteurs de risque pour le nouveau-né

Nota : On ne saurait considérer la liste de facteurs de risque et de problèmes potentiels comme étant exhaustive, pas plus qu'il ne faudrait conclure à une relation de cause à effet. Comme les nombres précis peuvent prêter à discussion, ils ont été omis; c'est le cas, par exemple, de l'âge gestationnel précoce ou avancé.

Facteur	Problèmes potentiels
Grossesse < 37 semaines	Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né, problèmes de contrôle de la température, problèmes d'alimentation, hypoglycémie, infections, hémorragie intracrânienne, leucomalacie périventriculaire
Après terme ≥ 42 semaines	Syndrome d'aspiration de méconium
Petit pour l'âge gestationnel	Syndrome d'aspiration du méconium, hypoglycémie, ictère, polycythémie/syndrome d'hyperviscosité, infections congénitales, anomalies du développement
Grand pour l'âge gestationnel	Hypoglycémie, polycythémie/syndrome d'hyperviscosité
Nécessité de réanimation prolongée	Encéphalopathie hypoxique ischémique, convulsions, hypoglycémie
Hypertension gravidique	Petit pour l'âge gestationnel, thrombocytopenie, hypoglycémie, leucopénie
Facteurs de risque d'infection <i>(voir section sur le nouveau-né à risque de contracter la septicémie)</i>	Septicémie, méningite, pneumonie
Hydramnios	Problèmes de déglutition, p.ex., atésie congénitale de l'œsophage
Oligoamnios	Dysplasie et agénésie rénales, hypoplasie pulmonaire
Iso-immunisation	Ictère néonatal, anémie, anasarque, thrombopénie
Sédation de la mère	Dépression respiratoire et neurologique après la naissance, difficultés d'allaitement
Consommation maternelle de tabac, d'alcool ou autre substance psychoactive	Petit pour l'âge gestationnel, prématurité, syndromes de sevrage de substances psychoactives, syndrome d'alcoolisme fœtal, anomalies neurologiques
Médicaments pris par la mère	Dépression neurologique à la naissance, hypoglycémie, anomalies du développement
Diabète maternel	Grand pour l'âge gestationnel, traumatisme de naissance, hypoglycémie, polycythémie/syndrome d'hyperviscosité, anomalies du développement, détresse respiratoire, ictère
Manque de soins prénatals désavantage social	Voir chapitre 4

ANNEXE 2

Les trois phases du post-partum

Phase	1. Passivité	2. Prise en main	3. Partage des responsabilités*
Durée moyenne	2-3 jours	3-14 jours	15 jours-6 mois
évolution sur le plan de la dépendance	Dépendance : « Aide-moi, serre-moi »	Indépendance : « Je dois me débrouiller seule »	Interdépendance : « Nous sommes tous concernés »
Image corporelle	Transformation physique énorme en peu de temps : dépassée par les événements ou incapable d'assimiler les nombreux changements physiques qui se produisent	L'image corporelle est en transition; les sentiments oscillent de l'incrédulité à un doute d'acceptation; l'intresse est préoccupée par la question de la sexualité	Adaptation à la réalité d'un nouveau moi physique; acceptation accrue d'un corps modifié; image corporelle encore en mutation
nergie	Très faible, a besoin de plus de sommeil et de nourriture; peut également vivre une période d'euphorie « artificielle » pendant cette période	Fatiguée mais plus alerte, impatiente de commencer à assumer le rôle de mère; désir plus intense de veiller aux soins du nouveau-né	Encore fatiguée mais prête à accepter les nouvelles exigences familiales; redéfinition de priorités pour tenir compte de la nouvelle situation
Pouvoir et maîtrise	Besoin de s'appuyer sur des experts et d'autres personnes qui ont de l'expérience et du savoir-faire; besoin intense d'être maternée	Besoin de prendre en main la nouvelle relation; prise de conscience de la dépendance du bébé et de son besoin d'être maternée; besoin d'être maternée encore fort	Début d'un sentiment d'emprise, plus grande assurance et maîtrise; besoin d'être rassurée par d'autres mères quant à la façon d'assumer le rôle de mère
Communication	Très bavarde : a besoin de discuter de l'expérience de l'accouchement de façon détaillée; souvent vague au sujet de certains aspects de l'accouchement; a besoin de combler ces lacunes	prouve le besoin de discuter de ses attentes par rapport à l'accouchement et au bébé et de les confronter avec la réalité; a besoin de discuter de questions telles que les fonctions du corps, le soin du nouveau-né, la rivalité entre frères et sœurs, etc.	A besoin d'une discussion nuancée au sujet de son nouveau rôle, de ses attentes face au travail à la maison et en dehors du foyer; a besoin de renseignements quant à la reprise de l'activité sexuelle et la modification des sentiments et des besoins sur ce plan
État affectif	Vulnérable, a l'impression d'être victime de son corps, de l'évolution de l'ordre des choses et des relations	Sensible aux rejets, sujette de fréquentes sautes d'humeur; importants changements hormonaux	Intégration de la nouvelle expérience à la vie quotidienne; plus grande acceptation et meilleure évaluation du nouvel ordre des choses; impression de pouvoir s'adapter à la situation; plus grande estime de soi

* On est à redéfinir la durée de la troisième phase. Il est maintenant généralement admis que la période de récupération physique de six semaines n'est plus valide. Les ouvrages spécialisés font plutôt allusion au « quatrième » trimestre ou à un minimum de trois mois pour la récupération physique et psychosociale. Bon nombre d'auteurs estiment que la Phase 3 dure une année, soit le temps nécessaire à l'intégration du nouveau venu dans la famille.

Source : Santé Canada. *Programme d'aide postnatale aux parents, Guide de mise en œuvre*, 1989.

ANNEXE 3

Quand demander de l'aide

Appelez le 911 (ou le numéro de téléphone d'urgence de votre région) ou encore rendez-vous TOUT DE SUITE au service d'urgence le plus près si :

- **Vous saignez beaucoup du vagin.** Le sang qui coule entre vos jambes est très rouge et il mouille complètement une ou plusieurs maxi-serviettes hygiéniques en deux heures. Le saignement ne diminue pas ou ne s'arrête pas lorsque vous vous reposez.
- **Vous avez de la difficulté à respirer ou vous avez une douleur à la poitrine.**
- **Votre bébé a de la difficulté à respirer.** Votre bébé manque de souffle; il a de la difficulté à retrouver son souffle; il s'étouffe; ou il a cessé de respirer.
- **La peau de votre bébé est bleue.** Si vous n'en êtes pas certaine, regardez dans la bouche de votre bébé pour voir si la langue, les lèvres et les gencives ont une couleur qui semble être bleue.

Appelez votre médecin tout de suite si :

- **Vous passez beaucoup de caillots** qui sont plus gros qu'une pièce d'un dollar (un « huard ») et votre saignement vaginal augmente. Le saignement ne diminue pas ou ne s'arrête pas lorsque vous vous reposez.
- **Vos pertes vaginales ne sentent pas bon.**
- **Vos seins sont rouges et ils font mal.** Vos seins sont rouges et enflés, et ils font mal. Vous avez peut-être de la température. Vous avez l'impression d'avoir la grippe. Vous pouvez quand même continuer d'allaiter votre bébé.
- **Vous avez mal aux jambes et elles sont enflées.**
- **Vous avez mal lorsque vous urinez.** Vous avez une sensation de brûlure chaque fois que vous urinez. Vous avez de la difficulté à uriner. Vous avez peut-être de la température.
- **Vous voyez des changements autour de la plaie de votre césarienne.** Vous voyez que c'est rouge sur la cicatrice et autour de la plaie, au bas de votre ventre. Il y a peut-être un liquide qui coule de la plaie. Vous avez peut-être de la température.

- **Votre bébé a une température de plus de 37,5° Celsius** (99,5° Fahrenheit) quand vous la prenez avec un thermomètre, car sa peau vous semble être chaude.
- **Votre bébé vomit.** Votre bébé ne peut pas téter ou boire et il vomit.
- **Les habitudes de votre bébé changent.** Votre bébé ne se réveille pas tout seul. Quand vous le réveillez, il a très peu d'énergie; il ne bouge pas beaucoup et il veut se rendormir.
- **Le cordon ombilical de votre bébé ne sent pas bon.**

