

# Les caractéristiques du nouveau-né, les premiers examens, les soins d'hygiène et de confort



L'enfant tant désiré est enfin arrivé ! Peu à peu, il va faire connaissance avec son environnement, et, jour après jour, avec ses parents. Les tétées, le bain, le change deviennent des moments privilégiés de « tête à tête ». Ces moments intimes sont l'occasion pour les parents d'observer longuement leur enfant ; ses mimiques, son regard, ses postures, ses changements d'humeur. Tout est nouveau !

À la maternité, la maman ressent souvent des moments d'inquiétude, de doute. Cela est tout à fait normal, surtout lorsqu'il s'agit d'un premier bébé. Le personnel de santé va l'aider à mieux connaître les particularités du nouveau-né, et ainsi l'aider à surmonter les difficultés quotidiennes.

## ➔ Situation

*Céline (AP) et Mme R. (jeune maman)*

Céline est auxiliaire de puériculture à la maternité. Elle s'occupe de Célia, née il y a 2 jours. Hier, Céline a réalisé la démonstration du bain de Célia à Mme R. C'est son 1<sup>er</sup> enfant. Cette prise en soin a permis à Céline d'établir une relation de confiance avec Mme R. lors de la démonstration du bain ; Mme R. a posé beaucoup de questions... La professionnelle a su la rassurer. Aujourd'hui, c'est au tour de Mme R. de réaliser le bain de sa fille en présence de l'AP. Céline pourra évaluer et réajuster si besoin les gestes de cette maman. La professionnelle est dans une démarche d'éducation et de réassurance auprès des parents. C'est un des aspects essentiels du rôle de l'AP en maternité.

### Les questions que l'on se pose

- Pourquoi le visage de mon bébé est aussi rouge ? N'a-t-il pas trop chaud ?
- Qu'est-ce que ce petit duvet qui recouvre sa peau ? Va-t-il le conserver ?
- Et cet enduit gras ? Aura-t-il la peau grasse toute sa vie ?
- Pourquoi ces petits « points blancs » sur le nez ? Sont-ils habituels chez les nouveau-nés ?
- Pourquoi mon enfant écarte les « bras en croix » au moindre bruit ?
- Quel matériel faut-il prévoir pour le bain ?
- Combien de fois par jour dois-je changer mon bébé ?
- Quand pourrais-je lui couper les ongles ? Comment procéder ?





## Les caractéristiques physiques et physiologiques du nouveau-né

### LES CARACTÉRISTIQUES PHYSIQUES DU NOUVEAU-NÉ

Pendant 9 mois, la mère l'a senti bouger dans son ventre ; elle devinait sa forme, le touchait, connaissait les moments de la journée où il était le plus actif et ceux où il dormait. Auparavant, elle l'imaginait ; à présent, elle le découvre et l'observe.

#### L'ASPECT DE LA PEAU DU NOUVEAU-NÉ

##### → La coloration

La peau du visage du bébé est le plus souvent **rosée**, mais elle peut aussi être **très rouge** (érythrosique). Cette coloration s'accroît lorsqu'il pleure. Ceci s'explique par le fait qu'à la naissance, son taux de globules rouges est très élevé. Mais ces globules rouges fœtaux ont une vie courte et sont rapidement détruits dans l'organisme, ce qui entraîne l'apparition d'un **ictère physiologique** plus ou moins intense, vers la 48<sup>e</sup> heure de vie. Par ailleurs, le nouveau-né présente fréquemment une légère **cyanose** des extrémités (coloration bleu-tée), qui peut considérablement s'intensifier en cas d'hypothermie<sup>1</sup>.

##### → La texture

La peau du nouveau-né est souvent recouverte d'un **enduit blanchâtre gras (le vernix)**, qui protégeait sa peau dans l'utérus contre l'humidité du liquide amniotique. Après la naissance, cet enduit gras continue à protéger la peau du nouveau-né, lui évitant de desquamer ou de se fendiller.

Un fin duvet, appelé **lanugo**, peut recouvrir les épaules et le haut du dos du bébé ; cela se voit plus fréquemment chez le prématuré. Ce duvet disparaît de lui-même au cours des premiers mois de la vie.

Il est possible également de constater de petits **angiomes plans** au niveau de la nuque à la racine des cheveux, à la racine du nez entre les sourcils, sur les paupières. Ces angiomes inquiètent souvent la maman, car leur coloration s'intensifie au moment des cris du bébé. En général, ils disparaissent spontanément au cours de la première année, en ne laissant aucune trace.

Chez les nouveau-nés de couleur, ou qui ont des origines méditerranéennes, on peut voir des **taches mongoloïdes**, taches bleu ardoise, situées le plus souvent sur les fesses et le bas du dos, mais qui peuvent s'étendre sur tout le dos de l'enfant. Ces taches sont sans gravité mais elles sont parfois indélébiles.

Des **petits points blancs** (d'origine sébacée), appelés **milium**, se voient très souvent sur le nez, le menton, le front du bébé. Ce milium est dû à une imprégnation hormonale<sup>2</sup>. En effet, juste au moment de l'accouchement, la mère possède un taux élevé d'hormones qui traversent le placenta et atteignent le fœtus. C'est un phénomène sans gravité, qui disparaît lorsque l'organisme de l'enfant a éliminé ces hormones maternelles.

La peau peut également présenter quelques anomalies passagères ; par exemple l'**érythème toxiallergique du nouveau-né**. C'est une éruption papuleuse rosée, avec un centre punctiforme jaunâtre. Elle peut siéger à n'importe quel endroit du corps, et apparaître à des emplacements différents d'un moment à l'autre. Ce phénomène ne présente aucune gravité et est très fugace.

Il peut exister des **œdèmes**, principalement au niveau des paupières, qui régressent spontanément en quelques jours.

Des **pétéchies**, petits points rouges, peuvent se voir au niveau de la présentation (crâne, face, siège) et disparaissent rapidement.

L'**ictère physiologique** est fréquent les premiers jours de vie chez le nouveau-né, donnant à sa peau un aspect jaunâtre sans gravité ; il disparaît spontanément (cf. page 25).

(2) Des mini-règles (écoulement sanguin) peuvent se produire chez la fillette vers le 4<sup>e</sup> jour de vie. Elles sont provoquées également par la chute des hormones maternelles dans son sang, c'est la « crise génitale ».

(1) Hypothermie : température basse.



## Rôle de la professionnelle

La professionnelle de santé surveillera la couleur de la peau du nouveau-né, en particulier les premières 24 heures et signalera toute anomalie dans les meilleurs délais. Elle veillera à rassurer la maman sur les différentes imperfections de la peau de son bébé : elle lui dira que celle-ci retrouvera son aspect normal dès la fin du premier mois.

### L'ASPECT DE LA TÊTE

La tête du nouveau-né présente des caractéristiques bien particulières. Nous citons les plus fréquemment observées.

#### → La forme du crâne

La tête du nouveau-né a souvent été modelée au moment du passage de la filière génitale, entraînant un **chevauchement** des os du crâne, que l'on sent très aisément en passant les doigts le long des sutures osseuses (le crâne est souvent allongé ou déformé d'un côté). Outre un aspect inesthétique passager, cela peut entraîner une sous-estimation du périmètre crânien (PC) à la naissance.

Il est donc préférable de reprendre le PC au moment de l'examen de sortie de l'enfant.

#### → Les particularités

Parfois, on peut constater une **bosse sérosanguine**, épanchement sérohématique, située sous la peau, plus ou moins diffuse, et qui chevauche généralement les sutures des os crâniens. Cet hématome se résorbe au cours des semaines qui suivent la naissance.

Un **céphalhématome** peut également être observé. C'est un épanchement sérohématique<sup>3</sup> sous-périoste, et donc limité à un seul os du crâne, ce qui permet de le différencier de l'épanchement précédent. Cet hématome persiste plus longtemps (2-3 mois) que le précédent. La bosse sérosanguine et le céphal-

hématome sont douloureux. Le pédiatre peut être amené à prescrire des antalgiques en complément des moyens non médicamenteux tels que les coussins de gel placés sous la tête du nouveau-né et les gestes très doux lors des soins. Le shampoing ne sera pas réalisé tout de suite.

Seul le médecin est habilité à informer la mère du bébé de la nature de l'anomalie constatée au niveau du crâne.

#### → La présence des fontanelles

À la naissance, les os du crâne ne sont pas entièrement soudés. Ils sont séparés par des sutures et des espaces membraneux appelés « fontanelles » (fig. 1.1) :

- la **fontanelle antérieure** ou « grande fontanelle » a la forme d'un losange. Elle se ferme entre 12 et 18 mois ;
- la **fontanelle postérieure** ou « petite fontanelle » est de forme triangulaire. Elle se ferme vers le 2<sup>e</sup> mois.

Les fontanelles facilitent la croissance du cerveau et aident à poser certains diagnostics (par exemple : la fontanelle bombante est un signe de syndrome méningé) mais elles rendent le crâne du bébé très fragile.



## Rôle de la professionnelle

La professionnelle de santé veillera à signaler toute anomalie observée et indiquera à la maman l'intérêt d'avoir des gestes très doux lors des soins.

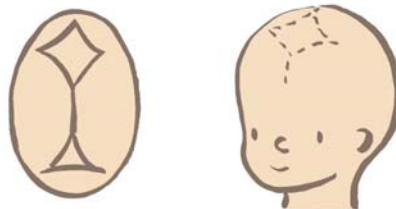


Fig. 1.1. Les fontanelles du nourrisson.

(3) Constitué de sérum et de sang.

## LES DIFFÉRENTES POSTURES

Chez le nouveau-né à terme, on observe une **hypertonie**<sup>4</sup> des membres et une **hypotonie**<sup>5</sup> de la tête et du tronc.

### → Les membres « hypertoniques »

Les membres du nouveau-né sont spontanément repliés sur le corps. Il a gardé la « **position fœtale** » (fig. 1.2), qu'il avait *in utero*. Cette hypertonie rend difficile l'extension de ses bras et de ses jambes lors de l'examen, de la toilette ou des changes.

Notons que l'enfant né par le siège présente une position particulière des membres inférieurs : ceux-ci ne sont pas repliés sur son corps, mais le plus souvent complètement étendus, et moins hypertoniques que chez l'enfant né avec une présentation céphalique<sup>6</sup>. Certains nouveau-nés peuvent avoir une anomalie de position des pieds acquise *in utero* : pieds rentrés en dedans par rapport à la jambe ou pieds repliés sur la jambe.

Ces anomalies régressent généralement assez rapidement, d'autant que dans de nombreuses maternités un kinésithérapeute montre aux mamans les manipulations à effectuer pour favoriser une récupération rapide.

### → Le tronc mou

Chez le nouveau-né tenu en position assise, on observe une cyphose<sup>7</sup> globale du dos (car il

y a une absence de contrôle des muscles vertébraux et lombaires).

### → La tête ballante

Chez le nouveau-né tenu ou tiré en position assise, la tête est ballante (car la musculature de la nuque est insuffisante pour lutter contre la pesanteur).

## MémoMémoMémo

### Le peau à peau, un premier « duo d'amour » avec le nouveau-né !

Le contact peau-à-peau précoce des mères avec leur nouveau-né en bonne santé peut se pratiquer dès les premières heures en salle de naissance.

Les professionnels<sup>8</sup> estiment que ce contact chaleureux a des effets bénéfiques sur les liens des deux partenaires. On a constaté qu'il épanouit le bébé et permet de réduire considérablement ses pleurs, qu'il le détend et qu'il favorise l'interaction mère-nourisson (stimulant le comportement maternant de la mère).

**Technique :** le peau-à-peau doit être si possible associé à l'allaitement, le contact se fait en face à face, il ne doit pas être interrompu. La peau du bébé doit être bien sèche et son dos couvert d'un linge chaud (si possible lui mettre un petit bonnet de coton). Mais le peau-à-peau peut aussi se faire sans allaitement et même avec le papa.

(4) Hypertonie : hyper (beaucoup) tonie (tonus).

(5) Hypotonie : hypo (peu) tonie (tonus).

(6) Céphalique : tête.

(7) Cyphose : dos rond (voûté).

(8) D'après G. Puig et Y. Sguessero, BSG (Bibliothèque santé de l'OMS).

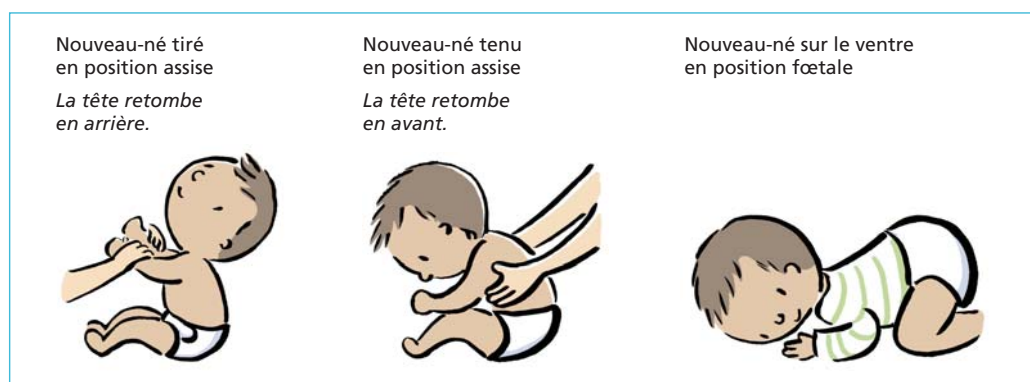


Fig. 1.2. Les différentes postures.

## LES SIGNES D'UNE BONNE SANTÉ PHYSIOLOGIQUE

Il existe certains paramètres caractéristiques d'une bonne adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine. Le personnel de soins est amené à les surveiller en maternité. La surveillance s'effectue plus particulièrement au moment de la toilette, des changes, des tétées, et grâce aux observations transmises par la maman au personnel du service de maternité.

### LA TEMPÉRATURE DU NOUVEAU-NÉ

Le nouveau-né n'ayant pas une **thermorégulation** très stable, il est nécessaire de contrôler sa température plusieurs fois par jour, les deux ou trois premiers jours, jusqu'à ce que l'on constate une **stabilisation** de celle-ci autour de 37 °C. Puis la température est prise en général le matin et le soir, en axillaire<sup>9</sup>, plutôt que rectale, de façon à éviter une irritation de la muqueuse anale très fragile. En cas d'anomalie, la prise de la température doit être effectuée à chaque change, jusqu'à normalisation.

- Une **hypothermie** (< 37 °C) peut avoir plusieurs causes : enfant laissé nu trop longtemps, pièce insuffisamment chauffée, etc.
- Une **hyperthermie** (> à 37,5 °C jusqu'à 6 semaines, > à 38 °C au-delà) peut être causée par une température trop élevée de la chambre ou par un excès de vêtements. Il faut l'éviter à tout prix.
- Ces variations de température peuvent aussi être le reflet d'une maladie de l'enfant et le médecin doit en être averti.



### Rôle de la professionnelle

Le personnel de soins veillera à informer la maman des risques d'hypo- ou d'hyperthermie (cf. fiches de soins habillage du bébé et préparation de la chambre en fin de chapitre).

(9) Axillaire : sous les bras.

### LA PRISE DE POIDS DU NOUVEAU-NÉ

C'est l'un des éléments permettant d'apprécier l'état de santé de l'enfant. À l'heure actuelle, l'alimentation de l'enfant étant précoce, le nouveau-né perd peu de poids, et il amorce une remontée de sa courbe pondérale dès le 3<sup>e</sup> jour de vie pour récupérer son poids de naissance aux environs du 7<sup>e</sup> jour, parfois un peu plus tard. Il est important de noter que le nouveau-né peut perdre jusqu'à 10 % de son poids de naissance.



### Rôle de la professionnelle

La pesée est quotidienne durant le séjour en maternité et, en général, elle est effectuée le matin, au moment de la toilette de l'enfant (cf. fiche pesée en fin de chapitre). La professionnelle précisera aux parents que, par la suite, la pesée ne devra plus être systématique et qu'il y a d'autres moyens d'apprécier la bonne santé du nourrisson.

### LES ÉLIMINATIONS DU NOUVEAU-NÉ

On entend par élimination, l'évacuation des selles et des urines.

#### → Les selles

Elles sont généralement éliminées au cours des 24 premières heures, mais certains nouveau-nés n'émettent leur première selle qu'au bout de 48 heures.

#### L'aspect du méconium

Les premières selles sont appelées **méconium** : de couleur brun verdâtre, presque noir, visqueux et collant, adhérant facilement à la peau de l'enfant, il est composé de bile et de débris cellulaires intestinaux. Ce méconium est progressivement remplacé par des selles normales de consistance semi-liquide.

#### L'aspect des selles

Chez le nouveau-né alimenté au lait maternel, les selles sont de **couleur jaune** (bouton

d'or !) et chez l'enfant nourri au lait artificiel, elles sont plus **moulées, grumeleuses, brunâtres, parfois vertes**, à cause de l'oxydation des selles à l'air (ce phénomène s'explique par la présence de fer dans les laits artificiels).

### Le nombre de selles

L'enfant peut avoir plusieurs selles par jour, du fait de la **rapidité de digestion** du lait maternel ou industriel (entre 1 h 30 et 2 h).

Certains nouveau-nés émettent une selle pendant la tétée ; il est donc préférable de les changer après celle-ci (s'ils ne sont pas sujets à des régurgitations).

### La fréquence des selles semi-liquides

Ce n'est pas un élément inquiétant s'il est isolé, surtout si l'enfant est en bonne santé. Cette liquidité s'explique par l'acidité du lait maternel, qui entraîne une **accélération du transit** intestinal.



### Rôle de la professionnelle

En service de maternité, la professionnelle de santé doit noter sur le cahier de surveillance du nouveau-né (dossier de soin) le nombre, la consistance et la couleur des selles. La professionnelle indiquera à la maman qu'elle doit, par la suite, surveiller l'aspect des selles de son enfant lors des changes très régulièrement. C'est l'un des éléments qui permet d'apprécier le bon fonctionnement intestinal et la bonne tolérance digestive du nouveau-né.

### → Les urines

La première miction survient généralement dans les 24 premières heures qui suivent la naissance. Le nouveau-né urine fréquemment, et lors des changes, les couches sont toujours humides.



### Rôle de la professionnelle

La professionnelle signalera à la maman que les premières urines peuvent être un peu rouges et troubles : cela est dû à un taux passagèrement élevé d'urates, qui ne persiste pas très longtemps. À la maternité, le personnel doit noter la première émission d'urines, ainsi que les mictions suivantes, afin de pouvoir éliminer une anomalie de l'appareil rénal.

### LA PRÉSENCE DES « RÉFLEXES ARCHAÏQUES » CHEZ LE NOUVEAU-NÉ (FIG. 1.3)

Il existe de nombreux réflexes, dits archaïques, chez le nouveau-né. Leur présence est non seulement normale mais révèle également le bon état de santé neurologique du nouveau-né. Le médecin contrôle leur présence lors du premier examen à la naissance.

Citons les plus connus :

- le **réflexe de succion** : l'excitation des lèvres du nouveau-né donne lieu à un mouvement de succion rythmique. On sait que le grand prématuré<sup>(10)</sup> en est souvent dépourvu, c'est pourquoi il faut recourir à la nutrition entérale discontinuée à l'aide d'une sonde gastrique ou grâce à une paille, à la seringue ou au verre pour l'alimenter ;
- le **réflexe de grasping** (appelé aussi d'agrippement) : l'excitation de la paume de la main du nouveau-né par un objet détermine une flexion des doigts très ferme sur cet objet (c'est un réflexe de préhension). Il existe aussi un *grasping* des orteils moins intense ;
- le **réflexe de redressement statique** : l'enfant a tendance à étendre ses membres inférieurs lorsque l'on exerce une pression sur les plantes des pieds (le talon en particulier). Cette réaction va disparaître vers le deuxième mois pour réapparaître plus tard dans sa forme active chez l'enfant capable de redressement ;
- le **réflexe de la marche automatique** : l'excitation de la plante des pieds du nouveau-

(10) On appelle GRAND prématuré, un prématuré très immature (né au terme de moins de 7 mois de gestation).

né (mis debout au contact d'une table, par exemple) détermine un mouvement des jambes qui rappelle la marche ;

- le **réflexe de Moro** (appelé aussi réflexe des bras en croix ou d'embrassement) : lorsqu'un bruit sec se produit (par exemple : taper dans les mains), l'enfant écarte brusquement les bras, puis les ramène dans un deuxième temps sur sa poitrine. Il peut être provoqué de diverses façons et se manifeste aussi lors de changements de postures ;

- le **réflexe des points cardinaux** : l'excitation de la commissure des lèvres détermine une rotation de la tête dans le sens de la stimulation.

D'autres réflexes présents chez le nouveau-né ne sont pas appelés à disparaître définitivement. Citons :

- le **hoquet**, réflexe qui s'accompagne de mouvements de la langue et de la mâchoire inférieure entrecoupés de pauses ;

- le **bâillement**, réflexe qui traduit la fatigue du nouveau-né ;

- l'**éternuement**, réflexe protecteur de l'appareil respiratoire.

Il existe bien d'autres réflexes (dits archaïques) qui intéressent uniquement les pédiatres qui observent l'enfant à la naissance, et qui sont des signes manifestes du bon état de santé du bébé.

## MémoMémoMémo

**Les réflexes archaïques : signes « d'immaturation » mais aussi de « bonne santé neurologique du nouveau-né » !**

Nous savons que la myélinisation, c'est-à-dire le développement d'une substance grasseuse (la myéline) autour des fibres nerveuses, marque le point de départ du système de conduction de l'influx nerveux. Ce développement se réalise par étapes. À la naissance, la myélinisation n'a atteint que les centres sous-corticaux, faisant du nouveau-né un être immature. Ses mouvements sont donc des réflexes dits « archaïques » (ou primaires). Il réagit aux stimulations par des mouvements qu'il ne peut contrôler mais qui sont la preuve que son système nerveux est normal. Les réflexes archaïques persistent jusqu'au deuxième mois (seul le réflexe de marche automatique ne dure environ qu'une semaine).



Le réflexe de marche automatique



Le réflexe de Moro (bras en croix)



Le réflexe de *grasping* (agrippement)



Le réflexe de redressement statique

Fig. 1.3. Les réflexes archaïques du nouveau-né.



## Les capacités sensorielles et émotionnelles du nouveau-né

Le nouveau-né montre des capacités remarquables d'assimilation et de réponse au monde environnant. Ses cinq sens sont déjà en action pour capter tout ce qui l'entoure. La professionnelle de santé saura informer les parents des capacités sensorielles et émotionnelles de leur bébé.

### LE « REGARD SORTILÈGE » DU NOUVEAU-NÉ

À la naissance, le bébé possède la capacité de traiter des informations visuelles et on peut dire qu'il est programmé pour rechercher le visage humain, de préférence aux autres objets, et pour y répondre avec enthousiasme. Quand il voit un visage humain, l'enfant semble en attendre une **interaction**<sup>11</sup>. Il peut le fixer intensément, de façon soutenue, presque interrogative... Ce regard provoque, chez l'adulte qui est regardé, une émotion intense. Surtout lorsqu'il s'agit des parents ! On appelle ce regard : « le regard sortilège »<sup>12</sup> mais le visage qui regarde le nouveau-né peut tout aussi bien le rebuter s'il ne lui donne pas la chaleur humaine qu'il attend.



Fig. 1.4. Regard du nouveau-né capté par l'adulte.

(11) Interaction : réponse en retour.

(12) *L'Aube des sens*, Cahiers du nouveau-né, éditions du Seuil.



### Rôle de la professionnelle

La professionnelle de santé sait que la capacité visuelle du nouveau-né entre dans les préoccupations prioritaires de la mère au moment de la naissance : « Mon bébé voit-il normalement ? » serait la question la plus fréquemment posée par les mamans au personnel de santé après la naissance du bébé !

La *couleur des yeux* est également très observée. Le personnel de soins explique souvent aux mamans de ne pas se réjouir trop vite s'il a les yeux bleus, car la coloration des yeux n'est pas définitive à la naissance et peut encore changer au cours des premiers mois de vie. Il faut savoir aussi que, quelquefois, le nouveau-né « louche » (il a un léger *strabisme*). Cette anomalie est banale du fait de son incapacité à accommoder (le système nerveux est encore immature). La professionnelle rassurera les parents à ce sujet.

## MémoMémoMémo

### Le nouveau-né sait « tirer la langue » !

Un célèbre pédiatre américain, le Docteur Brazelton<sup>13</sup> relate une expérience qui, même si elle ne mérite pas d'être vérifiée auprès de chaque nouveau-né, présente au moins l'intérêt de nous faire sourire ! Ce médecin raconte qu'il prit dans ses bras Laura (âgée de 3 jours) à son réveil, qu'il la berça, et que, pour captiver son attention, spontanément, il se mit à lui tirer la langue. L'enfant écarquilla alors les yeux et ouvrit progressivement la bouche pour, à son tour, lui tirer la langue. Il fut si surpris de la voir l'imiter qu'il lui tira à nouveau la langue, deux fois de suite. Laura ouvrit à nouveau la bouche et l'imita en tirant la langue deux fois de suite elle aussi.

### L'OREILLE AUX AGUETS !

Le comportement réactif du nouveau-né aux signaux auditifs (stimuli)<sup>14</sup> est tout aussi riche que

(13) T. Berry Brazelton, *La naissance d'une famille*, Stock.

(14) Stimulus : qui stimule (les oranges des sens), au pluriel on dit stimuli.

dans le cas des signaux visuels. Le nouveau-né entend bien. Ses réactions comportementales viennent le confirmer. Un test auditif sera pratiqué aux alentours du 3<sup>e</sup> jour de vie.

### UNE VOIX DOUCE

En salle de naissance, les premiers stimuli (le bruit, les manipulations, etc.) font sursauter le nouveau-né, mais très vite il se calme et ses rythmes cardiaque et respiratoire s'adaptent à l'environnement. Par ailleurs, les nerfs auditifs étant performants tout de suite, il est capable très tôt de tourner la tête vers la personne qui s'approche de son berceau en lui parlant doucement. Même lorsque le nouveau-né dort à poings fermés, si l'on chuchote près de lui, il remue légèrement.

Si un homme et une femme se placent chacun d'un côté, et lui parlent avec la même intensité, il se tourne invariablement du côté d'où vient la voix féminine. Cela reflète indubitablement l'habitude qu'il a acquise de la voix de sa mère quand il était dans l'utérus maternel. Des études montrent que les bébés préfèrent les voix douces aux voix aiguës.



#### Rôle de la professionnelle

Le personnel de soins fera remarquer que lorsque l'on gazouille avec un tout-petit, on a tendance d'instinct à adopter une voix plus douce et que le nourrisson l'apprécie. Il remercie du regard !

Autrement dit, cette capacité sélective de la voix existe vraisemblablement à la naissance, mais l'enfant a besoin d'informations de l'environnement pour être capable de manifester son aptitude discriminatoire.

### UNE MUSIQUE DOUCE

Autre exemple sur l'importance de l'audition dès la naissance : à l'occasion d'une expérience, on avait noué aux pieds d'un enfant prématuré un ruban solide d'un mobile musical suspendu au-dessus de l'incubateur. Et quand l'enfant

remuait le pied, le mobile bougeait. Le bébé semblait captivé par le son du jouet, qui agissait sur lui comme un « stimulus » et provoquait une accélération de la respiration. Ainsi on a mis à profit cette découverte pour le traitement de prématurés souffrant d'une insuffisance respiratoire chronique, dont l'état de santé stagnait depuis des semaines, et qui ne prenaient pas de poids en dépit des traitements.



#### Rôle de la professionnelle

La professionnelle fera remarquer aux parents que les « stimuli », selon leur nature, peuvent soit apaiser, soit exciter l'enfant, et que le mobile musical sera utilisé avec modération. Le nouveau-né a besoin de calme pour se structurer.

## MémoMémoMémo

### Les pleurs du nouveau-né et du nourrisson

Dès la naissance, le bébé pleure. C'est son seul moyen d'expression. Ces pleurs expriment une demande : la faim, la douleur, un inconfort, une couche sale, de la fièvre.

En grandissant, ses modes d'expressions évoluent et les parents apprennent à identifier les besoins de leur enfant en fonction des pleurs.

Pour soulager bébé, ne pas hésiter à le prendre dans les bras, le bercer afin de le rassurer. Il a souvent besoin de contact et un simple câlin peut l'apaiser. Une main posée sur le ventre peut également lui apporter du réconfort et calmer des douleurs abdominales passagères, fréquentes chez le tout petit.

S'il vous semble que les pleurs sont inadaptés, anormalement prolongés ou trop importants, il faudra conseiller aux parents de consulter le médecin.

### L'ODORAT « SÉLECTIF » !

Voilà un sens très développé. Les filles semblent en outre plus sensibles aux odeurs que les garçons. Mais les deux montrent du plaisir devant une odeur vanillée et un dégoût manifeste face à une senteur désagréable, telle que celle de l'acidité (par exemple : du vinaigre).

Juste après la naissance, le personnel de santé place le nouveau-né sur le ventre de sa maman et celui-ci presque immédiatement recherche le sein. Il est attiré par l'odeur du lait autant que par l'odeur du corps de sa mère.

### LE GOÛT « AFFINÉ » !

Le bébé est un fin gourmet, son goût est déjà très « affiné » à la naissance. Il sait d'emblée différencier les quatre saveurs : **sucré, salé, amer et acide**. Il les connaît car elles passent dans le liquide amniotique, puis le lait maternel, au gré des aliments consommés par la maman. Mais le sucré est la saveur préférée !

Des expériences réalisées auprès de nouveau-nés ont prouvé qu'ils tètent avec plus de vigueur un liquide sucré. À l'inverse, ils font une grimace aux goûts acides (le citron) ou salés<sup>15</sup>.

### LE TOUCHER À « FLEUR DE PEAU » !

Le sens du toucher est très aiguë chez le nouveau-né, c'est le sens le plus au point à sa naissance et celui qu'il sollicite le plus pour découvrir le monde. Regardez comme il adore le contact peau à peau avec sa maman qui le rassure, le réchauffe.

(15) Ce n'est que vers 4 à 5 mois qu'il peut apprécier le goût salé.







Postures	Le nouveau-né	
Tête/tronc	<p>L'hypotonie prédomine à la tête et au tronc.</p>  <p>La tête retombe en arrière.</p> <p>Nouveau-né tiré en position assise.</p>	<p>Le dos : cyphose globale, absence de tonus musculaire. La tête : retombe en avant.</p>  <p>Nouveau-né tenu en position assise.</p>
	<p>Membres</p> <p>Position dorsale</p>  <p>L'hypertonie prédomine aux muscles fléchisseurs des membres. Le nouveau-né ne peut étendre les membres inférieurs et supérieurs. Cette hypertonie ira en s'atténuant au cours des 1<sup>ers</sup> mois.</p>	<p>Position ventrale</p>  <p>Il retrouve la position fœtale. Les genoux sont ramenés sous le ventre, le bassin est surélevé, la tête tournée sur le côté (il ne peut la soulever).</p>
Vision/préhension	<p>Le nouveau-né fixe du regard soit un point lumineux, soit un visage mais la vision est floue.</p> 	 <p>Grasping (réflexe archaïque d'agrippement)</p>

Fig. 1.5. Développement psychomoteur du nouveau-né.



## Rôle de la professionnelle

La professionnelle expliquera à la maman qu'un bébé est extrêmement sensible à la façon dont on s'occupe de lui. Si on le touche doucement, en lui parlant, en le caressant, il se calme, s'apaise, cesse de pleurer. En revanche, une approche moins respectueuse aura un effet totalement inverse, le bébé ne sera pas en sécurité, il va pleurer et ne sera pas calmé. De plus en plus de professionnels de maternité proposent aux parents des ateliers massages pour leur bébé. Les parents sont initiés aux techniques et sont encouragés à masser leur bébé aux moments opportuns (par exemple, après le bain dans les 1<sup>res</sup> semaines de vie).

pratiqués par le médecin ou la sage-femme, d'autres sont confiés au personnel de soins (puéricultrice, auxiliaire de puériculture, etc.).

### LA PREMIÈRE « NOTE » OBTENUE PAR LE NOUVEAU-NÉ !

#### → « Le score d'Apgar »

Cet examen médical permet au médecin d'apprécier chez le nouveau-né le fonctionnement de ses organes et donc son adaptation à la vie extra-utérine. Cette appréciation est réalisée avec cinq critères notés de 0 à 10 (chaque paramètre étant noté de 0 à 2, les points totalisés donnent le score d'APGAR).

Cet examen se pratique aux 1<sup>res</sup>, 5<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> minutes de vie (cf. tableau 1.1).

### L'ÉVALUATION DES « PARAMÈTRES VITAUX »

#### → Surveillance de la fonction cardiorespiratoire

À la naissance, les alvéoles pulmonaires se remplissent d'air et le bébé pousse son premier cri (qui est une expiration et traduit la vitalité du nouveau-né), la circulation sanguine se met en route :

- le **rythme respiratoire** du nouveau-né est d'environ 40 à 50 mouvements par minute ;
- le **rythme cardiaque** est de 120 à 130 battements par minute.

## Les premières évaluations et le premier examen du nouveau-né

### L'ÉVALUATION DE L'ADAPTATION DU NOUVEAU-NÉ À LA VIE EXTRA-UTÉRINE

Certains examens sont effectués dès la naissance pour s'assurer de l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine. Ils sont

Tableau 1.1 – Le score d'APGAR.

Critères <sup>1</sup>		Notation		
		0	1	2
<b>A</b>	(Aspect) = coloration de la peau	Enfant blanc ou cyanosé	Cyanose des extrémités	Enfant rosé
<b>P</b>	(Pouls) = rythme cardiaque	0	< 100	> 100
<b>G</b>	(Grimaces) = réactivité	Aucune	Grimaces	Cris vifs
<b>A</b>	(Activité) = tonus	Hypotonie globale	Flexion des membres	Mouvements actifs
<b>R</b>	Respiration et cri	Absence de mouvements respiratoires	Cri faible	Cri vigoureux

<sup>1</sup> Les lettres de la colonne de gauche constituent le mot APGAR et facilitent la mémorisation des critères évalués.

### → Surveillance de la coloration cutanée

Un nouveau-né qui va bien a une coloration rosée. La pâleur et la cyanose évoquent un problème cardiaque et/ou respiratoire.

La peau du nouveau-né peut prendre une coloration jaune révélant, le plus souvent, un ictère physiologique.

### → L'ictère physiologique

L'ictère est une **coloration jaune** des téguments due à la présence d'un taux important de bilirubine dans le sang. La conjonctive (le blanc de l'œil) apparaît jaune et son reflet cutané est également jaunâtre.

L'ictère physiologique, très fréquent chez les nouveau-nés, est un ictère tardif qui apparaît vers le 3<sup>e</sup> jour de la vie. C'est un ictère bénin, il disparaît spontanément vers le 10<sup>e</sup> jour.

## L'ÉVALUATION DE L'ÉTAT DU CORDON OMBILICAL

Dans les premières 24 heures, la surveillance du cordon ombilical permet de dépister une **hémorragie**. Dans les jours suivants, elle vise à dépister une **infection ombilicale**, dont les signes sont la rougeur, puis le suintement malodorant.



### Rôle de la professionnelle

La professionnelle de santé doit observer attentivement le cordon et apprendre aux parents à le faire afin de signaler rapidement toute éventuelle anomalie (cf. fiche soin du cordon en fin de chapitre).

## L'ÉVALUATION DE LA PRISE ALIMENTAIRE

L'évaluation de la prise alimentaire les premières semaines a toute son importance.

Il s'agit principalement d'évaluer :

- la qualité de la succion du bébé ;
- la bonne position du nouveau-né ;
- l'absence de « régurgitation » ;
- le comportement de l'enfant (l'état de satiété se traduit par un apaisement du bébé) ;
- la courbe de poids sur plusieurs jours ;
- les selles (aspect et nombre).

## L'EXAMEN MÉDICAL DU NOUVEAU-NÉ AVANT LA SORTIE DE LA MATERNITÉ

Le jour de la sortie, le médecin refait au nouveau-né un examen identique à celui qui a été effectué dans les premières 24 heures. Il remplit à cette occasion le « certificat médical » (« 1<sup>er</sup> certificat de santé » se trouvant à l'intérieur du carnet de santé) qui sera envoyé, soit par le parent, soit par le médecin au médecin responsable du service de Protection maternelle et infantile (PMI), cf. chapitre 15. Cet examen peut se décomposer en quatre parties.

### L'INSPECTION GÉNÉRALE DU NOUVEAU-NÉ

Cet examen permet d'apprécier le tonus et la mobilité spontanée de l'enfant, sa coloration, son état cutané, et de rechercher toute anomalie apparente.

### LA PALPATION DES ORGANES

Divers organes vont être palpés par le médecin en vue de dépister une éventuelle anomalie :

- le **crâne** est palpé pour rechercher un épanchement. La taille des fontanelles est appréciée ;
- l'**abdomen** est palpé. Il est naturellement souple ;
- les **organes génitaux** sont méticuleusement observés par le médecin. Chez le petit garçon, il recherche la présence, ou l'absence, des testicules dans les bourses ;
- les **clavicules** sont palpées à la recherche d'une éventuelle fracture ;
- avec l'**examen des hanches**, le médecin recherche une luxation par le « test d'Ortolani »<sup>16</sup> ;
- enfin, les  **pieds** sont examinés afin de rechercher une malposition.



Fig. 1.6. Le test d'Ortolani.

(16) En effectuant la « manœuvre d'Ortolani », le médecin écarte les jambes du nouveau-né, attentif à un éventuel « ressaut » qui signalerait l'existence d'une luxation des hanches (jadis cette luxation était observée plus particulièrement en Bretagne, où une tradition de maillottage des nouveau-nés les prédisposait à cette pathologie).

### L'AUSCULTATION

L'auscultation permet d'apprécier :

- le **rythme cardiaque** (120 à 160 battements par minute à la naissance) et de rechercher la persistance d'un « souffle » ;
- le **rythme respiratoire** (50 à 80 mouvements par minute) et de rechercher des signes de lutte ou d'encombrement respiratoire.

### L'EXAMEN NEUROLOGIQUE

On apprécie l'état de santé neurologique par la présence des **réflexes archaïques** (cf. pages 19-20).



### Rôle de la professionnelle

La professionnelle de santé veillera à rappeler aux parents le calendrier des examens de santé pour l'enfant et l'intérêt des certificats de santé (cf. chapitre 15).