



HAL
open science

Étude analytique des motifs de consultations néonatales non programmées : élaboration d'un outil de prévention et d'orientation des parents au sein du réseau ville-hôpital

Alice Verhaaren

► To cite this version:

Alice Verhaaren. Étude analytique des motifs de consultations néonatales non programmées : élaboration d'un outil de prévention et d'orientation des parents au sein du réseau ville-hôpital. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03339149

HAL Id: dumas-03339149

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03339149>

Submitted on 9 Sep 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2021

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 9 juin 2021

par

VERHAAREN Alice

Née le 21 décembre 1992 à Cherbourg (Manche)

TITRE DE LA THÈSE :

**Etude analytique des motifs
de consultations néonatales non programmées.**

**Elaboration d'un outil
de prévention et d'orientation des parents
au sein du réseau ville-hôpital.**

Président : Madame le Professeur BELLOT Anne

Membres : Monsieur le Docteur BANSARD Mathieu

Monsieur le Docteur CAUVIN Jean-Charles, directeur de thèse

Année Universitaire 2020/2021**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes

Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et
	prévention	
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-
	opératoire	
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-
	faciale	
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et
	traumatologique	
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-
	vasculaire	
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et
	prévention	
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie

M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	----------------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

Année Universitaire 2020/2021**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS
HOSPITALIERS**

Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie

M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M.	HUMBERT Xavier	Médecine générale
----	----------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	BANSARD Mathieu	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	NOEL DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

REMERCIEMENTS

À mon jury de thèse,

Madame le Professeur Anne BELLOT,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse, soyez assurée de ma profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Mathieu BANSARD,

Merci pour l'attention que tu as accordée à ce travail en acceptant de participer à ce jury de thèse. Je te remercie sincèrement.

Monsieur le Docteur Jean-Charles CAUVIN,

Merci infiniment d'avoir été mon directeur de thèse, ton investissement et tes conseils ont été précieux tout au long de mon travail. Tu exerces la plus belle des spécialités, merci pour tout ce que tu m'apprends en pédiatrie, et pour ton soutien dans mon projet professionnel.

À mes collègues,

Docteur Pascal THIBON,

Merci de l'intérêt que vous avez porté à ma thèse, et pour vos conseils concernant les statistiques.

Chefs des services de Pédiatrie de Cherbourg et de Saint-Lô, Docteur Thierry MAUGARD, et Docteur Norbert LAISNEY.

Docteur Sophie LE MARCHAND, de m'avoir proposé ce sujet il y a un an, tu avais vu juste, ce sujet me correspondait tellement !

L'équipe de Pédiatrie d'Avranches,

Merci aux équipes médicales et paramédicales, pour ce semestre inoubliable ! J'ai beaucoup appris auprès de vous.

Mes co-internes, cherbourgeois, caennais, et avranchinai, pour tous les bons moments passés dans les services et en dehors !

À mes amies,

Émilie, depuis l'école maternelle, nous avons passé tellement de bons moments ensemble (et d'anniversaires ensemble !). L'avenir nous en réserve encore avec Théo, mon filleul, dont je suis si fier.

Mathilde, pour ces stages d'externat partagés, mais surtout pour ces longues années d'amitié.

Solène, pour m'accompagner depuis le premier jour de l'internat, pour l'écoute de mes confidences, et pour les voyages passés et à venir.

Margaux, pour ton enthousiasme communicatif. Nos virées granvillaises et lilloises sont toujours de très bons moments garantis.

À ma famille,

Mes parents,

Merci maman pour toutes tes relectures, à toute heure !

Merci papa pour ton aide pour les statistiques, et leur compréhension !

Merci pour vos encouragements.

Paul et Cécile, ma fratrie à laquelle je suis si attachée.

Abréviations :

AA	Allaitement artificiel
AM	Allaitement maternel
APLV	Allergie aux protéines de lait de vache
ASP	Abdomen sans préparation
AVB	Accouchement voie basse
BS	Bilirubine sanguine
BTC	Bilirubine transcutanée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPP	Centre périnatal de proximité
CRP	Protéine C réactive
ECBU	Examen cyto bactériologique des urines
ECR	Enregistrement cardio-respiratoire
HAS	Haute Autorité de Santé
HC	Hémoculture
INBP	Infection néonatale bactérienne précoce
INT	Infection néonatale tardive
J	Jour
MCAD	Medium-Chain-Acyl-CoA Déshydrogénase
MIN	Mort inattendue du nourrisson
N	Nombre
NFS	Numération formule sanguine
OEAA	Otoémissions acoustiques automatisées
P	Pare
PC	Perte de connaissance
PCT	Procalcitonine
PEAA	Potentiels évoqués acoustiques automatisés
PL	Ponction lombaire
PMI	Protection maternelle et infantile
PRADO	Programme d'accompagnement de retour à domicile
RCIU	Retard de croissance intra-utérin
RGO	Reflux gastro-œsophagien

RP	Radiographie pulmonaire
SA	Semaines d'aménorrhée
SAE	Statistique annuelle des établissements
SAUP	Service d'accueil des urgences pédiatriques
SGB	Streptocoque du groupe B
TISF	Technicien de l'intervention sociale et familiale
UP	Urgences pédiatriques
VRS	Virus Respiratoire Syncytial
WE	Week-end

INDEX :

Tableaux :

- Tableau 1 : Horaires d'admission des consultations non programmées des nouveau-nés aux urgences pédiatriques
- Tableau 2 : Les dix principaux motifs des consultations non programmées des nouveau-nés aux urgences pédiatriques
- Tableau 3 : Examens complémentaires réalisés lors d'une consultation d'un nouveau-né pour hyperthermie
- Tableau 4 : Diagnostic retenu au décours d'une consultation pour hyperthermie
- Tableau 5 : Répartition des motifs de consultation par système d'organes
- Tableau 6 : Diagnostics retenus au décours de la consultation aux urgences pédiatriques, par ordre de fréquence
- Tableau 7 : Les dix principaux motifs ayant nécessité une hospitalisation
- Tableau 8 : Comparaison des caractéristiques des nouveau-nés pour les consultations simples et pour les autres consultations
- Tableau 9 : Comparaison de l'heure d'admission aux urgences pédiatriques pour les consultations simples et pour les autres consultations
- Tableau 10 : Principaux motifs des consultations simples
- Tableau 11 : Comparaison des caractéristiques des nouveau-nés consultant pour pleurs (motif principal) et pour un autre motif principal.
- Tableau 12 : Comparaison des caractéristiques de la consultation pour les consultations pour pleurs (motif principal) et pour un autre motif principal
- Tableau 13 : Comparaison du taux de consultations dites « simples » pour les consultations pour pleurs (motif principal) et pour un autre motif principal
- Tableau 14 : Comparaison des caractéristiques des nouveau-nés consultant pour un motif digestif (motif principal) et pour un autre motif principal
- Tableau 15 : Comparaison des caractéristiques de la consultation pour les consultations pour un motif digestif (motif principal) et pour un autre motif principal
- Tableau 16 : Comparaison du taux de consultations dites « simples » pour les consultations pour un motif digestif (motif principal) et pour un autre motif principal

Figures :

- Figure 1 : Temps d'accès à une maternité en Normandie, selon l'ARS Normandie en octobre 2016
- Figure 2 : Diagramme de population
- Figure 3 : Répartition des nouveau-nés selon l'âge (en jours) lors de la consultation
- Figure 4 : Mode de venue aux urgences pédiatriques
- Figure 5 : Répartition hebdomadaire des consultations non programmées des nouveau-nés aux urgences pédiatriques
- Figure 6 : Répartition mensuelle des consultations non programmées des nouveau-nés aux urgences pédiatriques
- Figure 7: Motifs des consultations non programmées des nouveau-nés aux urgences pédiatriques selon les systèmes d'organes
- Figure 8 : Examens complémentaires réalisés aux urgences pédiatriques
- Figure 9 : Réalisation d'examens complémentaires en fonction du mode de venue aux urgences pédiatriques
- Figure 10 : Taux d'hospitalisation en fonction du mode de venue aux urgences pédiatriques

Sommaire :

I. INTRODUCTION	1
II. CONTEXTE DE L'ÉTUDE	3
A. Prise en charge du nouveau-né sain à terme	3
1. Le séjour en maternité	3
a. Durée du séjour en France	3
b. Sortie précoce de maternité	4
c. Programme national de dépistage biologique néonatal	5
d. Le dépistage précoce de la surdité permanente néonatale	6
e. Le PRADO	6
f. Exemples à l'étranger	7
i. Les États-Unis	7
ii. La Suède	7
2. Parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie	8
a. Les recommandations de la HAS	8
b. Les professionnels impliqués dans les soins pédiatriques à la maternité	8
i. Les sages-femmes	8
ii. Les auxiliaires de puériculture	9
iii. Les pédiatres	9
c. Les professionnels impliqués dans les soins pédiatriques après la sortie de maternité	10
i. Les sages-femmes libérales	10
ii. Les professionnels de PMI	11
iii. Les professionnels des CPP	11
iv. Les médecins libéraux	11
v. Les urgences pédiatriques	12
d. Les données démographiques médicales et paramédicales dans la Manche en 2019	12
B. Les principales pathologies du nouveau-né à terme	14
1. Les infections néonatales	14
a. Les infections bactériennes	14
b. Les infections virales postnatales	15
2. L'ictère néonatal	16
3. La perte de poids, la déshydratation	16
4. La bronchiolite	17
5. Les pathologies digestives	17
a. La sténose hypertrophique du pylore	17
b. Les coliques du nourrisson	18
c. Le reflux gastro-œsophagien simple ou régurgitations	18
d. L'allergie aux protéines de lait de vache	19
6. Les malformations congénitales	20
C. Conseils de puériculture	21
1. Les soins du cordon	21
2. Les dermatoses « physiologiques » et transitoires :	21
3. La crise génitale :	22
4. Prévention de la mort inattendue du nourrisson	22
5. Prévention du traumatisme crânien non accidentel par secouement ou syndrome du bébé secoué	23

III. MATRIELS ET MÉTHODE	24
A. Type d'étude	24
B. Population étudiée	24
C. Recueil des données	24
1. Les données concernant le nouveau-né	25
2. Les données concernant la consultation	25
D. Définitions	26
E. Analyse statistique	26
IV. RESULTATS	27
A. Analyse descriptive	27
1. Population	27
a. Diagramme de population	27
b. Caractéristiques des nouveau-nés	28
2. Caractéristiques des consultations non programmées	30
a. Mode de venue	30
b. Répartition horaire	31
c. Répartition hebdomadaire	31
d. Répartition sur l'année	32
e. Motifs de consultation	33
i. Répartition générale	33
ii. Répartition selon les systèmes d'organes	35
f. Examens complémentaires	38
g. Diagnostics retenus	40
h. Hospitalisations	41
i. Consultations itératives	42
B. Analyse comparative	43
1. Les consultations « simples »	43
a. Facteurs liés au nouveau-né	43
b. Admission	44
c. Motifs	44
2. Les consultations pour pleurs	45
a. Facteurs liés au nouveau-né	45
b. Facteurs liés à la consultation	45
c. Les consultations « simples »	46
3. Les consultations pour motif digestif	47
a. Facteurs liés au nouveau-né	47
b. Facteurs liés à la consultation	48
c. Les consultations « simples »	49
V. DISCUSSION	50
A. Les consultations néonatales non programmées	50
1. Caractéristiques des nouveau-nés	50
2. L'admission aux urgences pédiatriques	51
3. Les motifs des consultations	52
4. Les diagnostics retenus	54
5. Le taux d'hospitalisation	54
6. Les consultations « simples »	55

B.	Améliorer l'orientation des parents au sein du réseau ville-hôpital	57
1.	La formation des soignants	57
2.	Accompagnement des parents : les conseils donnés à la sortie de maternité comme outil de prévention	57
C.	Forces et limites de l'étude	59
D.	Perspectives	60
VI.	CONCLUSION	61
VII.	BIBLIOGRAPHIE	62
VIII.	ANNEXES	66

« Les mères, les nouveau-nés et les enfants représentent le bien-être d'une société et son potentiel à venir. Si leurs besoins en matière de santé ne sont pas satisfaits, toute la société en souffrira. »

Lee Jong-Wook, Directeur de l'OMS de 2003 à 2006.

I. INTRODUCTION

Les nouveau-nés, enfants âgés de 0 à 28 jours, constituent une population vulnérable au sein de la population pédiatrique. Le risque d'évolution rapidement défavorable à cet âge impose une prise en charge précoce et adaptée. L'urgence vitale chez le nouveau-né à terme après sortie de maternité est rare (1% des cas), mais potentiellement grave (1).

La France compte 753 000 naissances vivantes en 2019, dont 4 403 dans le département de la Manche. L'offre de soins pour les parents de nouveau-nés est très inégale selon les départements en France. Dans la Manche, un nombre non négligeable de femmes en âge de procréer habitent à plus de 45 minutes d'une maternité (2), et la densité de pédiatres libéraux y est très faible.

La fréquentation des urgences pédiatriques par les nouveau-nés est en constante augmentation en France comme à l'étranger. Les nouveau-nés représentent dorénavant selon les études de 0,9 à 2,3% des consultations aux urgences pédiatriques (3).

Au début des années 1990, surtout aux États-Unis, la diminution de la durée du séjour en maternité était dénoncée, et le terme « boomerang babies » était utilisé (4). Le séjour en maternité est un moment privilégié pour dépister et prendre en charge les pathologies néonatales, mais aussi pour former les parents aux soins de puériculture, favoriser le lien mère-enfant, et initier l'allaitement maternel ou artificiel.

Initialement attribuée au raccourcissement des séjours en maternité, l'augmentation de la fréquentation des services d'urgences pédiatriques est également liée à des facteurs socio-économiques, et à l'anxiété des parents souhaitant une consultation rapide, de jour comme de nuit (3).

D'après la littérature, le motif de consultation est lié à une affection dite « bénigne » dans 43 à 60% des cas (5–7). De telles consultations contribuent à l'augmentation du temps d'attente aux urgences, et majorent le risque d'infection liée aux soins, surtout en période épidémique automno-hivernale.

Pour proposer les soins les plus adaptés, il semble important de définir les besoins de santé des nouveau-nés.

L'objectif principal de l'étude est donc de dresser un état des lieux des motifs des consultations non programmées des nouveau-nés.

Les objectifs secondaires de l'étude sont quant à eux de déterminer les caractéristiques des nouveau-nés ainsi que des consultations non programmées et de proposer des conseils à donner aux parents lors de la sortie de maternité pour améliorer l'orientation des parents dans le réseau de soins ville-hôpital.

II. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

A. Prise en charge du nouveau-né sain à terme

1. Le séjour en maternité

a. Durée du séjour en France

En 2017, la durée moyenne de séjour pour un accouchement normal était de 3,9 jours en France, contre 2,9 jours en moyenne dans les autres pays (8).

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de mars 2014 (9), la durée de séjour standard pour un nouveau-né à bas risque, est :

- de 72 heures à 96 heures après un accouchement par voie basse
- de 96 heures à 120 heures après un accouchement par césarienne.

Les critères pour définir le bas risque chez le nouveau-né, pour une sortie après une durée de séjour en maternité standard:

- Nouveau-né à terme ≥ 37 semaines d'aménorrhée (SA) singleton et eutrophe
- Examen clinique normal réalisé impérativement 48 heures après la naissance et avant la sortie
- Température axillaire entre 36 et 37°C ou centrale entre 36,5 et 37,5°C
- Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), mictions et selles émises, transit établi
- Perte de poids $< 8\%$ par rapport au poids de naissance
- Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (groupes à bas risque d'ictère sévère et risque intermédiaire bas)
- Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; et en cas de facteur de risque d'infection, les prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés doivent être négatifs
- Dépistage néonatal réalisé à la maternité

- Suivi post-partum après la sortie planifié : un rendez-vous avec le professionnel référent du suivi doit être organisé dans les 48 heures suivant la sortie.

b. Sortie précoce de maternité

Selon les recommandations de la HAS de mars 2014 (9), une sortie précoce est définie comme toute sortie de maternité :

- au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse;
- au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne.

Une sortie précoce nécessite l'anticipation d'un suivi post-partum. Une première visite d'une sage-femme doit donc être prévue dans les 24 heures qui suivent la fin du séjour en maternité.

Les critères indispensables pour pouvoir proposer une sortie précoce sont bien définis:

- Nouveau-né à terme ≥ 38 SA, singleton et eutrophe
- Apgar ≥ 7 à 5 minutes
- Examen clinique normal le jour de la sortie
- Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de colostrum ou de lait reconnu par la mère), mictions et émissions spontanées des selles, transit établi
- Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (uniquement groupe à bas risque d'ictère sévère)
- Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; et en cas de facteur de risque d'infection, les prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés doivent être négatifs
- Vitamine K1 donnée
- Dépistage néonatal prévu
- Suivi post-partum organisé le lendemain de la sortie de maternité.

c. Programme national de dépistage biologique néonatal

Le programme national de dépistage néonatal, appelé « test de Guthrie », concerne tous les nouveau-nés qui naissent en France. Il vise à détecter et à prévenir des maladies rares et sévères. Depuis le 1^{er} décembre 2020, une sixième pathologie est dépistée : le déficit en MCAD.

Le dépistage néonatal est réalisé en prélevant des gouttes de sang sur un buvard, après une piqûre au talon du nouveau-né. Il est systématiquement proposé mais l'accord des parents est obligatoire. Réalisé gratuitement, le prélèvement est fait le plus souvent en maternité (parfois au domicile) au plus tôt 48 heures après la naissance, au mieux à 72 heures.

Les 6 pathologies dépistées sont :

- **La phénylcétonurie** : maladie génétique due au déficit d'une enzyme qui transforme la phénylalanine présente dans l'alimentation.
- **L'hypothyroïdie congénitale** : sécrétion insuffisante des hormones thyroïdiennes par la glande thyroïde.
- **L'hyperplasie congénitale des surrénales** : défaut génétique du fonctionnement des glandes surrénales.
- **La mucoviscidose** : maladie génétique qui entraîne des infections respiratoires sévères et répétées ainsi que des complications digestives ;
- **Le déficit en MCAD** (Medium-Chain-Acyl-CoA Déshydrogénase) : maladie qui entraîne une difficulté de l'organisme à utiliser les graisses comme source d'énergie.
- et éventuellement **la drépanocytose**, si le nouveau-né fait partie des populations exposées à cette maladie.

Les résultats ne sont communiqués aux parents qu'en cas de problème. Dans un délai très court, il est possible de confirmer le diagnostic définitif et de mettre en place, très tôt après la naissance, le traitement adapté en cas de dépistage anormal. (10)

d. Le dépistage précoce de la surdité permanente néonatale

La surdité est le déficit sensoriel néonatal le plus fréquent, il concerne 1 enfant pour 1000 naissances. Chaque maternité organise, pour les parents qui ont donné leur accord, le dépistage de la surdité néonatale. Il existe deux techniques pour assurer ce dépistage : les otoémissions acoustiques automatisées (OEAA) et les potentiels évoqués acoustiques automatisés (PEAA). Si le dépistage n'est pas concluant, un deuxième test selon le même protocole est proposé. Si ce deuxième test n'est à nouveau pas concluant, les parents sont orientés vers une structure spécialisée référencée par le protocole régional, dans un délai d'un mois. (11)

e. Le PRADO

Le programme d'accompagnement de retour à domicile (PRADO) est proposé par l'assurance maladie. Un agent de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) rencontre la mère à la maternité, et organise la première visite à domicile. Cette visite est réalisée par une sage-femme libérale choisie par la mère, et a lieu le lendemain de la sortie. Une deuxième visite est prévue 24 ou 48 heures après la première.

Si lors de ces deux visites, aucune anomalie n'est repérée, les visites dans le cadre du PRADO s'arrêtent. Des visites supplémentaires peuvent être programmées selon l'évaluation de la sage-femme et les besoins des parents.

Le suivi assuré par la sage-femme est pris en charge à 100% dans le cadre du régime maternité, jusqu'à douze jours après l'accouchement. (12)

f. Exemples à l'étranger

i. Les États-Unis

Aux États-Unis, une diminution des durées de séjour en maternité est observée depuis les années 1970, principalement pour des raisons financières. Entre 1970 et 1993, la durée moyenne de séjour est passée de 3,9 jours à 2,2 jours pour un accouchement par voie basse.

Au début des années 1990, plusieurs études rapportaient une augmentation du nombre de consultations aux urgences et de réhospitalisations des nouveau-nés, pour des pathologies graves (ictère nucléaire, déshydratation).

En 1995, l'État du Maryland a adopté une loi nommée « *Mothers and Infants Health Security Act* », imposant aux compagnies d'assurances de prendre en charge au minimum 48 heures de séjour après un accouchement par voie basse et 96 heures après une césarienne. Une loi fédérale, « *The newborn's and mothers' health protection* », a par la suite été promulguée en 1996. Cette loi prévoyait des mesures pour éviter toute pression des compagnies d'assurances à la fois sur la mère et sur les médecins. (9)

ii. La Suède

La mortalité périnatale est l'une des plus faibles au monde.

Après un accouchement normal, le retour à domicile se fait en moyenne à J2 pour les primipares et à J1 pour les multipares.

Plusieurs systèmes de prise en charge en post-partum existent et sont complémentaires :

- un service d'hospitalisation « classique », en maternité, plutôt réservé aux couples mère-enfant présentant des pathologies ;
- un système d'hospitalisation dans une structure type « hôtel » proche de l'hôpital (nord de la Suède) ;
- un programme de retour précoce à domicile (sortie entre la 6^{ème} et la 72^{ème} heure de vie), mis en place depuis 1998. La prise en charge est alors

effectuée par une sage-femme au domicile avec une première visite le lendemain de la sortie, et des appels téléphoniques quotidiens jusqu'au troisième ou cinquième jour post-partum, date à laquelle une dernière consultation est réalisée à la maternité afin d'évaluer l'état de santé de la mère et du nouveau-né et de réaliser le dépistage néonatal. Dans la région de Stockholm, la sortie précoce concerne deux tiers des nouveau-nés. (9)

2. Parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie

a. Les recommandations de la HAS

Le nouveau-né bénéficie de 2 examens à la maternité : un examen dans les deux heures suivant sa naissance réalisé par une sage-femme ou un pédiatre, et un examen avant toute sortie de la maternité. Pour ce dernier, il est recommandé que le nouveau-né soit examiné par un pédiatre et qu'il soit réalisé après 48 heures de vie.

Compte tenu du raccourcissement de la durée des séjours en maternité, il est recommandé qu'un nouvel examen soit réalisé entre le 6^{ème} et le 10^{ème} jour postnatal, de préférence par un pédiatre, ou par un médecin généraliste ayant l'expérience des pathologies du nouveau-né. Un autre examen du nouveau-né peut être organisé entre le 11^{ème} et le 28^{ème} jour postnatal, selon l'appréciation du médecin ayant réalisé l'examen pédiatrique précédent. (9)

b. Les professionnels impliqués dans les soins pédiatriques à la maternité

i. Les sages-femmes

Les sages-femmes ont reçu une formation de 5 ans.

A la maternité, les sages-femmes prennent en charge les accouchements physiologiques, réalisent le premier examen clinique du nouveau-né, et assurent la surveillance en salle de naissance pendant les deux heures qui suivent l'accouchement. Si un allaitement maternel est souhaité, les sages-femmes aident à l'initiation de celui-ci.

Durant le séjour en maternité, les sages-femmes poursuivent la surveillance du couple mère-enfant, et aident à préparer le retour à domicile. (13)

ii. Les auxiliaires de puériculture

Ils réalisent les soins aux nouveau-nés, tels que leur donner le bain, les changer, et prodiguer des conseils d'alimentation artificielle ou d'allaitement maternel. (13)

iii. Les pédiatres

Le pédiatre peut être amené à rencontrer les parents en anténatal lorsqu'une malformation est dépistée par exemple, ou en cas de menace d'accouchement prématuré, afin d'expliquer les prises en charge néonatales futures aux parents.

Il peut être appelé en salle de naissance en cas d'anomalie durant le travail ou en cas de mauvaise adaptation à la vie extra-utérine.

Par ailleurs il réalise durant le séjour en maternité les examens du nouveau-né, au cours desquels il dépiste notamment les malformations congénitales. (13)

Le premier certificat de santé de l'enfant est le plus souvent rempli par le pédiatre à la maternité. Il est adressé au service de protection maternelle et infantile (PMI) du département de domiciliation des parents. Ce premier certificat doit être établi dans les 8 jours suivant la naissance. Il renseigne les antécédents obstétricaux maternels, le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, l'état de l'enfant à la naissance, les pathologies de la première semaine et les anomalies congénitales. (14)

c. Les professionnels impliqués dans les soins pédiatriques après la sortie de maternité

i. Les sages-femmes libérales

Les sages-femmes libérales interviennent à domicile ou dans leur cabinet, qu'elles soient choisies par la femme enceinte, sollicitées dans le cadre d'une organisation définie par l'établissement ou identifiées dans le cadre du PRADO.

Les compétences des sages-femmes sont multiples :

- surveillance et suivi médical de la grossesse physiologique
- séances de préparation à l'accouchement et à la parentalité
- échographies obstétricales systématiques ou de dépistage
- soins à la mère et à l'enfant en post-partum
- consultation post-natale en cas d'accouchement physiologique
- rééducation périnéo-sphinctérienne liée à l'accouchement
- prescription et réalisation des vaccinations auprès de la mère, du nouveau-né et de leur entourage, dans les conditions définies par décret
- suivi de l'allaitement
- suivi gynécologique de toutes les femmes en bonne santé et prescription d'une contraception
- réalisation possible des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans les conditions définies par la loi
- prévention contre les addictions. Les sages-femmes peuvent assurer des consultations en tabacologie auprès des femmes dans le cadre de leur suivi de grossesse ou suivi gynécologique de prévention. Elles sont également habilitées à prescrire des substituts nicotiques aux femmes et à toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant jusqu'au terme de la période néonatale. (15)

ii. Les professionnels de PMI

Les centres de protection maternelle et infantile (PMI) sont des services départementaux. Chaque service de PMI comporte une équipe pluridisciplinaire constituée de médecins (pédiatres et/ou généralistes et/ou gynécologues), de sages-femmes, de puéricultrices, d'assistantes sociales, d'éducateurs, de psychologues, de kinésithérapeutes... Tous ces professionnels assurent des consultations ou des visites à domicile, gratuites pour les familles, destinées aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 6 ans, ainsi que des consultations de planning familial.

Il existe des liens étroits entre la PMI et les services hospitaliers de maternité et de pédiatrie. (16)

iii. Les professionnels des CPP

Un centre périnatal de proximité (CPP) permet un suivi gynécologique, obstétrical et pédiatrique. L'équipe du CPP se compose de sages-femmes et gynécologues, dans certains CPP, des pédiatres, diététiciens, psychologues, assistantes sociales, et anesthésistes complètent l'équipe pluridisciplinaire.

Au sein des CPP, peuvent être assurés le suivi médical de grossesse, l'entretien prénatal, la préparation à la naissance et à la parentalité, l'entretien postnatal, des consultations d'allaitement, la consultation médicale postnatale, la rééducation périnéale et le suivi médical du nouveau-né. (17)

iv. Les médecins libéraux

Les médecins libéraux, pédiatres ou généralistes, peuvent assurer le suivi du nouveau-né.

Le pédiatre est le médecin de l'enfant et de l'adolescent, de la naissance à 18 ans. Les champs d'exercice du pédiatre sont divers : du suivi d'un enfant sain à la prise en charge de troubles plus spécifiques.

Le médecin généraliste (médecin de famille) est le médecin de premier recours, chargé de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. (18)

D'après une étude de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en 2002, parmi les enfants de moins de 3 ans, 5% ont vu seulement un pédiatre, 40% ont vu seulement un généraliste et 55% ont été suivis conjointement par un généraliste et un pédiatre (19).

v. Les urgences pédiatriques

Certains hôpitaux, les CHU notamment, disposent d'un service d'accueil des urgences pédiatriques (SAUP) individualisé, et indépendant du service de pédiatrie. Autrement, il s'agit de services de pédiatrie accueillant des urgences pédiatriques. Les urgences pédiatriques sont accessibles 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, sans condition d'accès, et sont gratuites.

d. Les données démographiques médicales et paramédicales dans la Manche en 2019

Le département de la Manche compte 41 sages-femmes libérales selon le conseil national de l'Ordre (20).

Les centres de PMI sont au nombre de neuf : Avranches, Carentan, deux centres à Cherbourg, Coutances, Granville, Saint-Hilaire-du-Harcouët-Mortain, Saint-Lô et Valognes (21).

Seuls trois pédiatres libéraux sont installés dans le territoire de la Manche, l'une à Cherbourg, à Donville et à Avranches.

Les médecins généralistes installés sont 368 dans la Manche selon le conseil départemental de l'Ordre des médecins et des zones de désertification médicale persistent, notamment dans le centre Manche.

Concernant les services hospitaliers, le département compte trois maternités de niveaux différents, rattachées à trois services de néonatalogie et de pédiatrie. La maternité de Saint-Lô est de niveau 2a, celle d'Avranches de niveau 2b et Cherbourg est un niveau 3. Les trois services de pédiatrie de la Manche accueillent les urgences pédiatriques. Les enfants sont admis de 0 à 16 ans à Avranches, et de 0 à 18 ans à Cherbourg et Saint-Lô.

Dans le centre de la Manche, de nombreuses femmes en âge de procréer habitent à plus de 45 minutes d'une maternité.

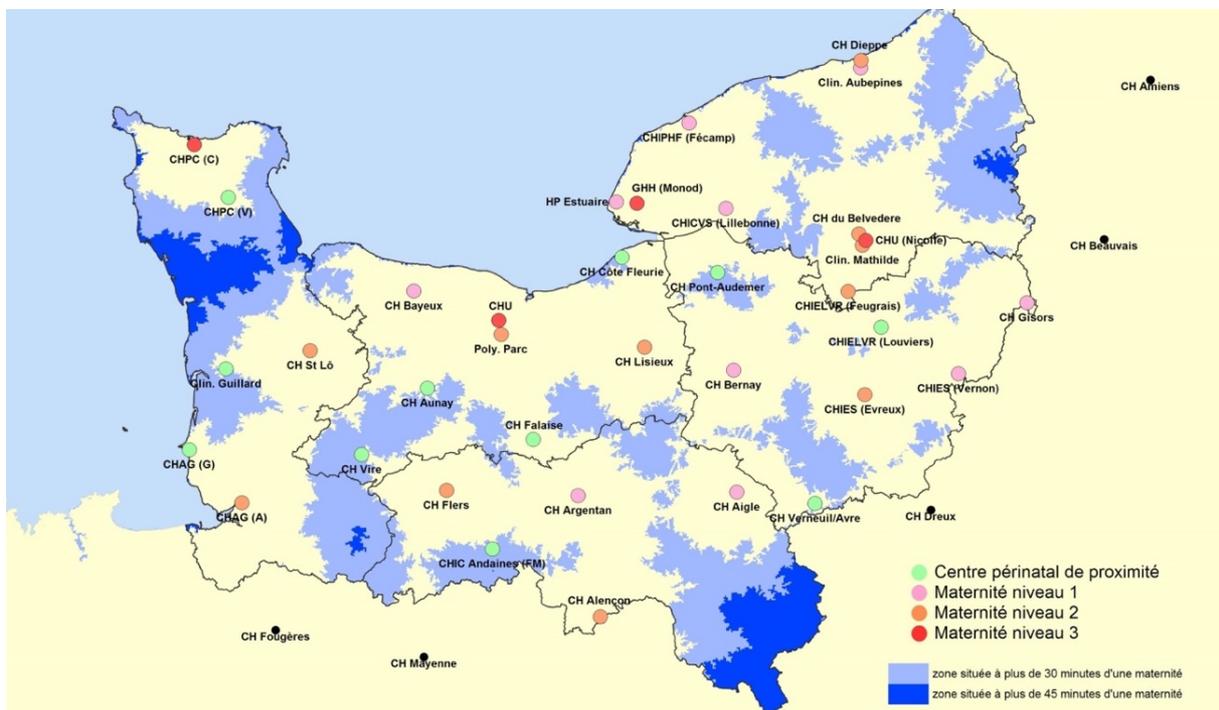


Figure 1 : Temps d'accès à une maternité en Normandie, selon l'ARS Normandie en octobre 2016. (2)

Les CPP sont au nombre de trois dans la Manche : à Coutances, Granville et Valognes. (17)

B. Les principales pathologies du nouveau-né à terme

1. Les infections néonatales

Une infection doit être évoquée devant toute hyperthermie chez un nouveau-né (c'est-à-dire une température rectale supérieure à 38°C), mais également devant une liste non exhaustive de signes dont une mauvaise prise alimentaire, un changement de teint, une éruption, un ictère persistant ou s'aggravant, une hyporéactivité, parfois une hypotonie.

Une suspicion d'infection chez un nouveau-né doit aboutir à une consultation hospitalière en urgence. Le bilan associe des hémocultures (HC), un examen cytobactériologique des urines (ECBU), une ponction lombaire (PL), une numération-formule sanguine (NFS), un dosage de la protéine C réactive (CRP) et/ou de la procalcitonine (PCT) et une radiographie pulmonaire (RP). (22)

a. Les infections bactériennes

Les infections néonatales bactériennes se divisent en deux catégories : les infections néonatales bactériennes précoces (INBP) et les infections néonatales tardives (INT). La limite de la période néonatale précoce est variable selon les auteurs et se définit par les 72 premières heures de vie ou les 7 premiers jours de vie.

Les infections néonatales bactériennes précoces :

Leur incidence est estimée à 0,2 pour 1000 naissances vivantes en France. Elles sont susceptibles d'entraîner décès et séquelles graves. La mortalité est de 2 à 3% des nouveau-nés à terme.

Les facteurs de risque anténataux démontrés d'INBP sont les suivants :

- Une colonisation maternelle à Streptocoque du groupe B (SGB) durant la grossesse actuelle
- Un antécédent d'infection néonatale à SGB lors d'une précédente grossesse
- Une durée de rupture des membranes supérieure à 12 heures
- Une prématurité spontanée et inexplicée < 37 SA
- Une fièvre maternelle > 38° C en per-partum (ou dans les 2 heures qui suivent l'accouchement).

Les principaux germes responsables sont :

- 40 à 50% de Streptocoque du groupe B
- 10 à 15% d'Escherichia coli
- 30 à 40% d'autres bactéries. (23)

Les infections néonatales tardives :

Elles sont associées à l'environnement nosocomial ou communautaire postnatal, avec un pic d'incidence entre le 10^{ème} et le 22^{ème} jour de vie. Les deux principaux facteurs de risque d'INT sont le petit poids de naissance et la prématurité.

Les staphylocoques à coagulase négative et les bacilles à Gram négatif (*Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp. et *Pseudomonas* spp.) sont les principaux responsables d'INT.

En raison des difficultés de diagnostic rapide, du risque élevé de mortalité et des séquelles neuro-développementales à long terme, un traitement antibiotique empirique est initié dès la suspicion d'infection néonatale. (24)

b. Les infections virales postnatales

Les virus respiratoires : le virus respiratoire syncytial (VRS) est retrouvé dans 60 à 70% des cas. Les adénovirus, les métapneumovirus, les rhinovirus, les coronavirus, les influenza et parainfluenza sont également des virus à tropisme respiratoire. Leur symptomatologie est dominée par le tableau de bronchiolite chez le nouveau-né.

Les virus digestifs : les rotavirus sont les plus fréquemment responsables de diarrhées aiguës dans les premiers jours ou premières semaines de vie, avec un risque de déshydratation aiguë non négligeable. Les norovirus et adénovirus peuvent également donner des tableaux de gastro-entérite aiguë chez le nouveau-né.

Les entérovirus peuvent être responsables de tableaux sévères, en particulier de méningo-encéphalites. (25)

2. L'ictère néonatal

L'ictère dit « physiologique » touche 40 à 60 % des nouveau-nés à terme. Il apparaît vers le 2^{ème} ou 3^{ème} jour, et est maximum vers le 4^{ème} jour. L'ictère est lié à une accumulation de bilirubine au niveau de la peau et des muqueuses secondaire à une élévation du taux de bilirubine libre circulante.

L'évolution est simple dans la grande majorité des cas, mais il existe un risque de complications et de séquelles graves en cas d'hyperbilirubinémie intense du fait de la neurotoxicité de la bilirubine libre non liée à l'albumine.

Les facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère sont :

- un âge gestationnel inférieur à 38 SA
- un ictère survenant dans les 24 premières heures de vie
- des antécédents, dans la fratrie, d'ictère traité par photothérapie
- une histoire familiale évocatrice de maladies hémolytiques (incompatibilité foëto-maternelle, déficit en G6PD, etc.)
- l'existence d'hématome et/ou de céphalhématome
- un enfant ayant une peau foncée, par méconnaissance de l'ictère.

La corrélation entre la bilirubine transcutanée (BTC) et le dosage de la bilirubine sanguine (BS) est correcte pour des valeurs inférieures à 250 µmoles/l et sur peau claire. (9)

En cas d'ictère persistant au-delà d'une semaine et accompagné d'une décoloration des selles, il est impératif d'évoquer un ictère à bilirubine conjuguée. Il peut être dû à une obstruction congénitale des voies biliaires (par exemple dans l'atrésie des voies biliaires), une infection grave, ou des maladies génétiques ou métaboliques. (26)

3. La perte de poids, la déshydratation

Une perte de poids physiologique existe pendant les premiers jours de vie de l'ordre de 8 %, l'objectif étant un rattrapage du poids de naissance vers J10.

En cas d'allaitement maternel, l'évaluation de la fréquence des tétées, de la succion, de la déglutition et du transfert de lait permet de reconnaître un allaitement efficace.

Les diarrhées aiguës, notamment lors de gastroentérites aiguës, sont la principale cause de déshydratation aiguë chez le nouveau-né. Le témoin clinique majeur est une perte de poids rapidement significative. (9)

4. La bronchiolite

Il s'agit d'un épisode aigu de gêne respiratoire, survenant à toute période de l'année. Il est important d'éliminer les autres causes de détresse respiratoire néonatale (infection néonatale bactérienne précoce et tardive, insuffisance cardiaque, etc.). Le virus respiratoire syncytial (VRS) est responsable de la plupart des bronchiolites. Cependant, d'autres virus peuvent donner ce même tableau clinique : l'influenza, le rhinovirus, l'adénovirus, le métapneumovirus, le parainfluenza.

Les critères de vulnérabilité sont :

- un âge inférieur à 2 mois (en tenant compte de l'âge corrigé)
- la prématurité
- l'existence de comorbidités : cardiopathie congénitale avec shunt, pathologie pulmonaire chronique, déficit immunitaire, pathologie neuromusculaire, polyhandicap
- un contexte social ou économique défavorable (27)

5. Les pathologies digestives

a. La sténose hypertrophique du pylore

Elle affecte principalement les garçons entre 2 et 8 semaines de vie. Son étiologie est peu précise, mais sa prise en charge est bien codifiée.

Elle correspond à une hypertrophie progressive de la portion pylorique de l'estomac, entraînant une obstruction à la vidange gastrique. Elle se manifeste par des vomissements alimentaires en jet, de lait caillé prédigéré, postprandiaux plutôt tardifs.

L'échographie permet de confirmer le diagnostic et le bilan biologique recherche les conséquences des vomissements et guide la réhydratation.

Le traitement curatif consiste en une pylorotomie longitudinale extramuqueuse. (28)

b. Les coliques du nourrisson

On les évoquera devant des périodes de pleurs, d'agitation ou d'irritabilité récurrentes ou prolongées, sans cause précise. Elles surviennent chez un enfant en bonne santé, sans trouble de la croissance, ni fièvre, ni maladie. Les crises se produisent en général aux mêmes moments de la journée, le plus souvent en fin d'après-midi ou en soirée.

Ces symptômes surviennent et disparaissent avant l'âge de 5 mois. Ils touchent 20 à 25% des nourrissons, avec un pic vers 6-8 semaines de vie. (29)

La prise en charge comporte avant tout des conseils pour calmer l'enfant (prise dans les bras, emmaillotage, trajet en voiture, massage abdominal), aucun traitement n'ayant fait la preuve de son efficacité. (30)

c. Le reflux gastro-œsophagien simple ou régurgitations

Selon les critères de ROME IV, le diagnostic peut être posé chez un nourrisson présentant 2 ou 3 régurgitations par jour pendant au moins trois semaines.

Le diagnostic est éliminé en cas de nausée, hématurie, apnée, retard staturo-pondéral, difficultés d'alimentation ou de déglutition ou posture anormale.

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) simple touche 40 à 65% des nourrissons de moins de un an, avec un pic à 3-4 mois. Il disparaît spontanément à l'âge de la marche, entre 12 et 18 mois. Il ne nécessite aucune exploration ni traitement médicamenteux.

S'il existe une dermatite atopique ou des antécédents allergiques familiaux, une allergie aux protéines de lait de vache (APLV) peut être suspectée. (29)

d. L'allergie aux protéines de lait de vache

L'APLV touche 2 à 3 % des nourrissons.

Elle débute dans les premiers mois de vie et les mécanismes immunologiques sont de deux types : soit médié par les IgE (APLV IgE-médiée), responsable de manifestations aiguës, soit à médiation cellulaire (APLV non IgE-médiée) provoquant des réactions retardées.

- **APLV IgE-médiée** : la réaction survient dans les deux heures suivant la prise de lait. Les signes peuvent être cutanés (urticaire aiguë, angio œdème), digestifs (diarrhée, vomissements) et/ou respiratoires (rhinite, conjonctivite voire crise d'asthme). Une réaction allergique sévère généralisée ou systémique (choc anaphylactique) peut survenir.
- **APLV non IgE-médiée** : elle se présente sous forme de symptômes digestifs chroniques. Les plus fréquents sont le reflux gastro-œsophagien, les pleurs et les douleurs abdominales. Il faut savoir évoquer une APLV lorsque ces symptômes sont sévères, anormalement durables et résistants aux traitements.

Le traitement de l'APLV repose sur un régime d'éviction des protéines lactées (lait, laitages, fromages et tous produits dérivés du lait ou contenant du lait) et la prescription d'une trousse d'urgence en cas d'APLV IgE-médiée. Chez le nourrisson, il est indispensable de prescrire un hydrolysât poussé de protéines afin d'assurer des apports nutritionnels corrects.

L'évolution de l'APLV se fait vers la guérison spontanée dans la majorité des cas. Un bilan allergique doit être envisagé avant la réalisation d'une réintroduction du lait, qui doit impérativement être faite en milieu hospitalier lors d'une APLV IgE-médiée.
(31,32)

6. Les malformations congénitales

Les malformations congénitales concernent 3 à 4% des nouveau-nés.

Les cardiopathies congénitales sont les malformations les plus fréquentes (1/4). Elles représentent 8 naissances pour 1 000. Elles peuvent être détectées en période anténatale, et la naissance est organisée dans une maternité de niveau 3 en cas de cardiopathie critique. En dehors de ces cas, les cardiopathies sont le plus souvent bien tolérées dans les premières heures de vie du fait de la persistance du canal artériel et de pressions droites encore élevées.

Les cardiopathies congénitales les plus fréquentes sont non cyanogènes et à shunt gauche-droit, il s'agit de la communication interventriculaire (30%), la communication interauriculaire (6 à 10%) et la persistance du canal artériel (5 à 10%). Elles se manifestent le plus souvent par des souffles cardiaques reconnaissables par leurs caractéristiques spécifiques. Elles peuvent également se manifester par une abolition des pouls fémoraux, d'où l'importance de rechercher systématiquement ces derniers. La coarctation de l'aorte représente 6 à 8% des cardiopathies congénitales. Il s'agit d'une cardiopathie non cyanogène, obstructive et ducto-dépendante. Il faut savoir expressément la diagnostiquer : elle se présente sous la forme d'un tableau de défaillance cardiaque à la fermeture du canal artériel, qui peut être retardée (latence de 7 à 15 jours). (33)

C. Conseils de puériculture

1. Les soins du cordon

Le cordon ombilical sèche puis tombe dans un délai de 5 à 21 jours.

Les soins de cordon sont réalisés, après antisepsie des mains, après le bain et chaque fois que le cordon est souillé. Ils consistent en une désinfection avec des compresses stériles, et un antiseptique dont l'innocuité a été prouvée. Ces soins sont poursuivis jusqu'à la chute du cordon, puis tant qu'il existe un suintement. (22)

2. Les dermatoses « physiologiques » et transitoires :

- **La desquamation** : elle est habituelle dans les premiers jours de vie. Elle est plus marquée chez l'enfant post-terme. Elle peut durer 10 à 15 jours et se termine par les mains.
- **Les miliaires sudorales** : elles sont fréquentes (10 % des enfants), mais rarement pendant les premiers jours de vie.
Elles peuvent être à contenu clair sur peau normale, touchant volontiers le front, ou plus inflammatoires, à type de papulovésicules ou pustules, touchant plutôt le tronc. Les miliaires sont plus fréquentes en période chaude et/ou en cas de fièvre.
- **Le milium** : il s'agit de petits kystes blanchâtres dérivant du follicule pilosébacé. Ils siègent essentiellement au niveau de la face, sur le nez, les joues. Ils disparaissent spontanément en quelques semaines.
- **L'érythème toxique** : il s'agit de macules érythémateuses avec un centre papulo-pustuleux. Les lésions apparaissent classiquement vers 48 heures de vie. Elles respectent les régions palmoplantaires.
- **L'angiome plan** : il s'agit de malformations capillaires, le plus souvent médiofaciales. Les angiomes plans sont très fréquents et disparaissent progressivement au cours des trois premières années.

- **L'hémangiome infantile** : il s'agit d'une tumeur vasculaire bénigne, présente chez 4 à 5% des nourrissons. Il apparaît dans les premiers jours ou les premières semaines de vie, se développe rapidement durant les premiers mois de vie, puis se stabilise et involue lentement spontanément. Il est le plus souvent localisé, mais peut aussi être segmentaire. La complication la plus fréquente est une ulcération douloureuse (16%). En cas d'hémangiome infantile compliqué, le traitement de première intention depuis 2015 est le Propranolol.
- **Les tâches ardoisées (ou méditerranéennes ou mongoloïdes)** : elles sont très fréquentes chez les sujets d'origine africaine (95 %) et asiatique (45 %). Elles correspondent à la présence de mélanocytes dans le derme. Ces lésions s'atténuent ou disparaissent progressivement en plusieurs années. Elles sont classiquement de localisation lombaire, mais peuvent être de localisation ectopique (membres, tronc, etc.). (34)

3. La crise génitale :

Dans les deux sexes, il peut y avoir une hypertrophie mammaire, avec parfois une sécrétion lactée, qui régresse spontanément en quelques jours ou quelques semaines. Cette mammite est en rapport avec le passage trans-placentaire de prolactine d'origine maternelle.

Chez la petite fille, on peut noter des sécrétions vaginales blanchâtres et parfois des pertes de sang, d'abondance variable, correspondant à des petites « règles » par privation d'hormones maternelles. (22)

4. Prévention de la mort inattendue du nourrisson

La mort inattendue du nourrisson (MIN), décès soudain d'un enfant âgé de moins de 2 ans et anciennement dénommée « mort subite du nourrisson », concerne « officiellement » 250 nourrissons chaque année en France mais probablement plus en réalité.

On estime que 150 MIN pourraient être évitées par an si tous les conseils de prévention étaient appliqués. (35)

- La température de la chambre doit être comprise entre 18 °C et 20 °C.
- Le nourrisson doit être sur le dos, à plat, dans son propre lit, dans une «turbulette » (ou « gigoteuse ») adaptée à sa taille. Ne pas le coucher sur le ventre, ni sur le côté, même s'il régurgite.
- Les lits à barreaux doivent être utilisés sans tour de lit, avec un matelas ferme recouvert d'un drap-housse bien fixé ; sans oreiller, ni couverture, ni couette.
- Il est préférable, si cela est possible, de placer le lit du nourrisson dans la chambre parentale pour les 6 premiers mois au minimum.
- Il est essentiel de ne pas exposer le nourrisson au tabac pendant et après la grossesse. (36)

5. Prévention du traumatisme crânien non accidentel par secouement ou syndrome du bébé secoué

Un nouveau-né s'exprime par des pleurs, dont les parents apprennent progressivement la signification. Si les parents ne supportent plus les pleurs, il est formellement interdit de secouer un nouveau-né. Des lésions graves intracrâniennes, médullaires, oculaires et/ou osseuses peuvent en effet survenir en cas de secouement et générer des séquelles à long terme.

En cas d'exaspération, il est recommandé de coucher le nouveau-né dans son lit, quitter la pièce, et demander l'aide d'un proche ou d'un professionnel. (36)

III. MATERIELS ET MÉTHODE

A. Type d'étude

L'étude réalisée était descriptive, rétrospective et multicentrique. L'étude concernait les dossiers sur une période d'un an (du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019), dans les trois services de pédiatrie du département de la Manche (Avranches, Cherbourg et Saint-Lô).

B. Population étudiée

La population de l'étude était les nouveau-nés ayant consulté dans l'un des trois services de pédiatrie de la Manche, durant l'année 2019.

Ont été inclus tous les enfants de 0 à 28 jours, ayant eu recours aux urgences pédiatriques d'Avranches, Cherbourg ou Saint-Lô, entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 décembre 2019 pour une consultation non programmée, et quelque que soit le motif de la consultation (médical ou chirurgical) et le mode de venue.

Les critères d'exclusion étaient :

- une reconvoction aux urgences pédiatriques demandée par un pédiatre
- une hospitalisation directe en service de néonatalogie ou de pédiatrie.

C. Recueil des données

Un questionnaire de recueil a été réalisé pour colliger les données concernant le nouveau-né et les données concernant la consultation non programmée.

Ce questionnaire était rempli à partir des informations notées par les puéricultrices et les médecins dans les dossiers des nouveau-nés. Les logiciels utilisés dans les services d'urgences pédiatriques sont Dopamine® à Avranches, Résurgences® à Cherbourg et le logiciel Orbis® à Saint-Lô.

1. Les données concernant le nouveau-né

- Âge lors de la consultation (en jours)
- Sexe (masculin/féminin)
- Fratrie
- Accouchement voie basse (AVB) ou césarienne
- Antécédents néonataux (prématurité < 37 SA, pathologie congénitale ou néonatale)
- Allaitement (maternel, artificiel, mixte)
- Durée du séjour en maternité (en jours)

2. Les données concernant la consultation

- Service de pédiatrie consulté (Avranches, Cherbourg ou Saint-Lô)
- Date d'admission
- Heure d'admission
- Mode de venue (du domicile, adressé par un médecin libéral ou la PMI, amené par les pompiers, etc.)
- Motif de la consultation
- Examens complémentaires (biologie, ECBU, hémocultures, ponction lombaire, échographie, biliflash, etc.)
- Diagnostic retenu
- Devenir (retour à domicile ou hospitalisation ou transfert au CHU)
- But de l'hospitalisation (surveillance ou instauration d'une thérapeutique)
- Durée d'hospitalisation (en jours)
- Nombre de consultations itératives aux urgences pédiatriques pour un même nouveau-né.

D. Définitions

Une consultation était considérée non programmée si le nouveau-né était amené dans l'un des services de pédiatrie pour une consultation, sans prise de rendez-vous au préalable, quel que soit le mode de venue. Et il ne s'agissait pas d'une reconvoction dans le service demandée par l'un des pédiatres.

Le motif de consultation principal était celui évoqué par les parents lors de l'admission aux urgences pédiatriques. Il pouvait s'agir d'un motif médical ou chirurgical.

Parmi les consultations non programmées, certaines avaient été considérées comme « simples » si les nouveau-nés n'avaient pas été adressés aux urgences pédiatriques par un professionnel de santé, et n'avaient nécessité ni examen complémentaire ni hospitalisation.

E. Analyse statistique

Les données ont été colligées dans un tableau Microsoft Excel®. L'analyse descriptive a été réalisée à partir de ce tableau Excel.

Les analyses comparatives ont été réalisées à l'aide du logiciel d'analyse statistique R version 4.0. Le test du Chi² était réalisé pour tester l'indépendance entre les variables qualitatives. Une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme significative.

IV. RESULTATS

A. Analyse descriptive

1. Population

a. Diagramme de population

Consultations non programmées dans les services de pédiatrie de la Manche en 2019 :

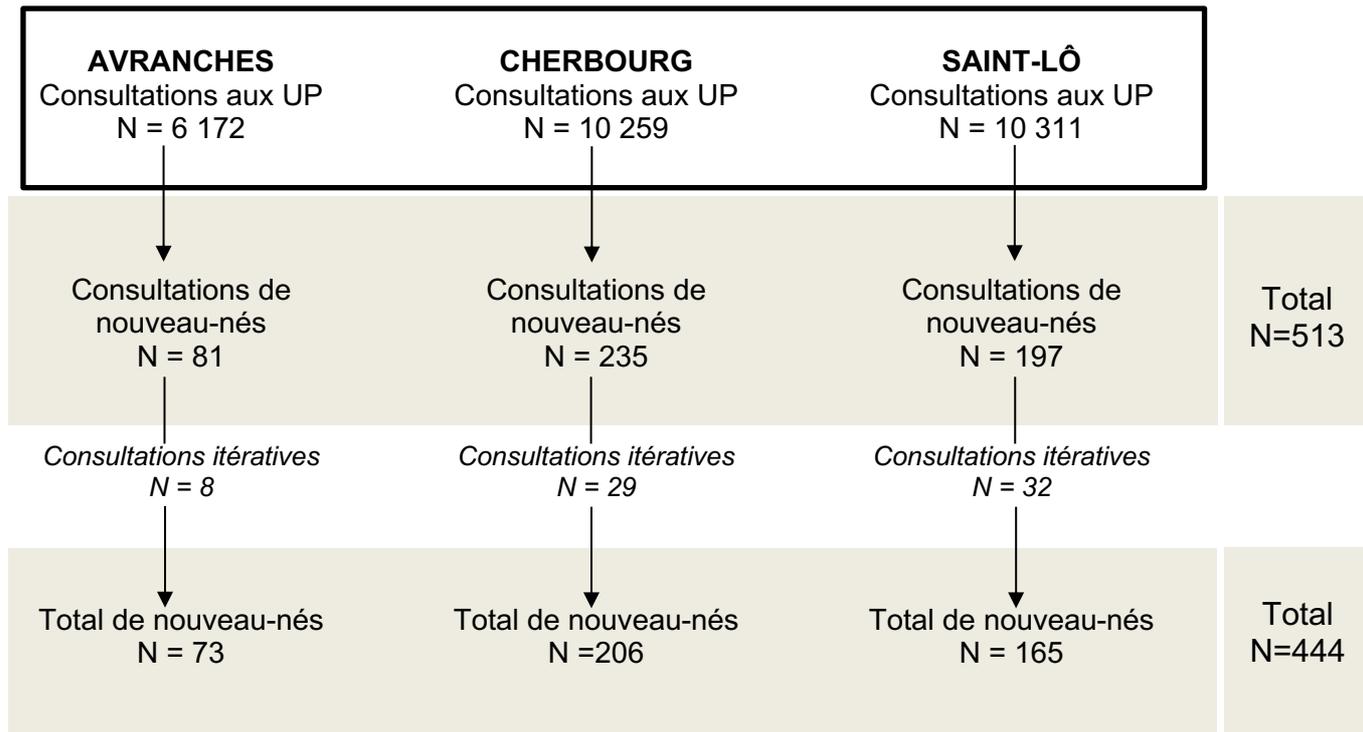


Figure 2 : Diagramme de population

L'étude a inclus 513 consultations non programmées de nouveau-nés aux urgences pédiatriques (UP), dans la Manche en 2019, soit une moyenne de 1,4 par jour.

Certains nouveau-nés ayant consulté à plusieurs reprises aux urgences pédiatriques, au total 444 nouveau-nés ont été inclus dans l'étude. Rapporté aux 4 403 naissances dans la Manche en 2019, 10% des nourrissons ont consulté aux urgences pédiatriques au moins une fois avant l'âge de 28 jours.

Les consultations non programmées des nouveau-nés représentaient à Avranches 1,3% des consultations non programmées aux urgences pédiatriques, 2,3% à Cherbourg et 1,9% à Saint-Lô.

b. Caractéristiques des nouveau-nés

L'âge moyen des nouveau-nés lors de la consultation était de 17 jours (écart-type : 6,6 jours).

La médiane d'âge des nouveau-nés était également de 17 jours (intervalle interquartile : 11-22).

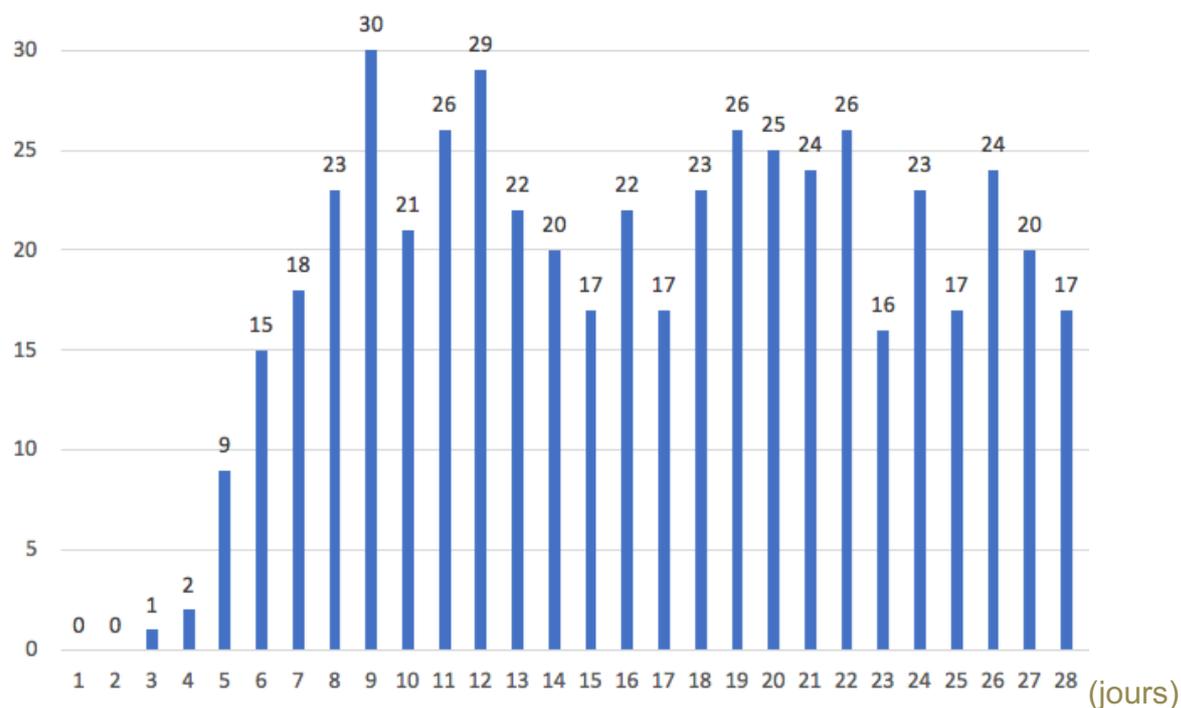


Figure 3 : Répartition des nouveau-nés selon l'âge (en jours) lors de la consultation

L'étude a inclus les consultations de 257 nouveau-nés de sexe masculin, et 256 de sexe féminin (sex-ratio garçon/fille : 1,0).

Sur les 444 nouveau-nés de l'étude, 49 étaient nés par césarienne, soit 11,0%. Vingt-trois nouveau-nés étaient prématurés (nés avant 37 SA), soit 5,2%. Et pour 51 (11,5%) nouveau-nés, une pathologie congénitale ou néonatale était connue (une tétralogie de Fallot, un omphalocèle, une fente palatine minime, 10 ictères ayant nécessité des séances de photothérapie...).

Le nombre d'enfants dans la fratrie était renseigné pour 333 dossiers. Parmi les dossiers renseignés, 169 nouveau-nés étaient le premier enfant du couple (soit 50,8%).

La durée de séjour en maternité était renseignée pour 331 dossiers, elle était en moyenne de 4,6 jours.

Les sorties précoces (définies comme une sortie ≤ 3 jours pour un AVB, et ≤ 4 jours pour une césarienne) concernaient 102 AVB et 9 césariennes. Au total, 33,5% des nouveau-nés avaient bénéficié d'une sortie précoce de maternité, quel que soit le mode d'accouchement.

Le mode d'allaitement lors de la venue aux urgences pédiatriques était renseigné pour 466 consultations. Il s'agissait d'un allaitement maternel exclusif pour 144 nouveau-nés (30,9%).

2. Caractéristiques des consultations non programmées

a. Mode de venue

Quatre-vingt-sept pour cent des nouveau-nés avaient été amenés par leurs parents depuis leur domicile.

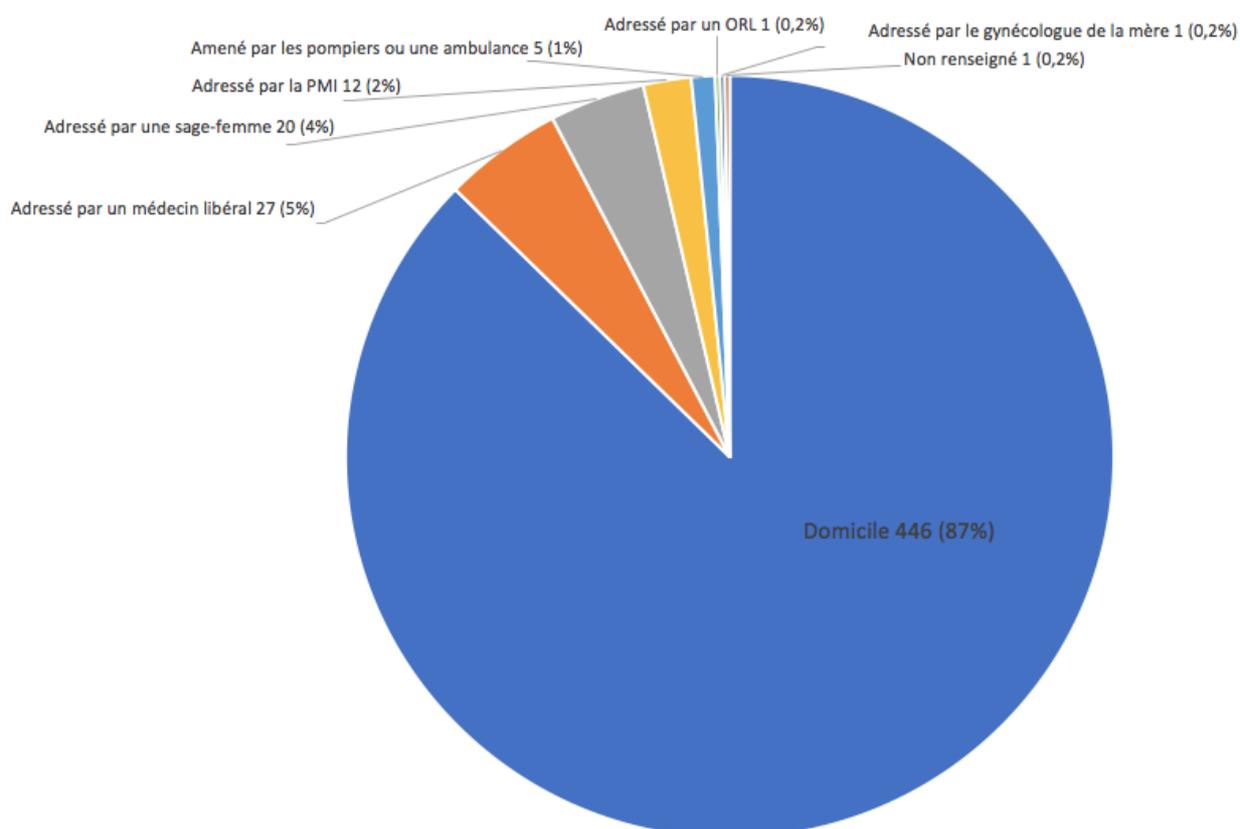


Figure 4 : Mode de venue aux urgences pédiatriques

Un nouveau-né avait été adressé par un ORL pour des régurgitations, et un avait été adressé par le gynécologue de sa mère devant une éruption d'herpès génital chez cette dernière en post-partum immédiat.

Les nouveau-nés adressés par des médecins libéraux ou une sage-femme ou par le centre de PMI représentaient 59 consultations, soit 11,5% des consultations non programmées aux urgences pédiatriques.

- 27 nouveau-nés avaient été adressés par des médecins libéraux (médecins généralistes, pédiatres ou SOS médecins). Les trois principaux motifs étaient la gêne respiratoire (N=5), l'ictère (N=3) et la diminution des prises alimentaires (N=3).

Parmi ces 27 nouveau-nés, 14 avaient eu au moins un examen complémentaire, et 8 avaient été hospitalisés.

- 20 nouveau-nés avaient été adressés par une sage-femme, et 12 par un professionnel de la PMI. Le principal motif était une mauvaise prise pondérale (N=21).

23 nouveau-nés adressés par une sage-femme ou la PMI avaient reçu au moins un examen complémentaire, et 13 avaient été hospitalisés.

Au total, parmi les nouveau-nés adressés, 62,7% recevaient au moins un examen complémentaire et 35,6% étaient hospitalisés au décours de la consultation.

b. Répartition horaire

Les gardes correspondaient à : la nuit entre 18h30 et 8h30 le lendemain en semaine, ainsi que le week-end et les jours fériés (jour et nuit).

277 consultations de nouveau-nés avaient lieu sur la garde, soit 54,0% des consultations non programmées des nouveau-nés.

Tableau 1 : Horaires d'admission des consultations non programmées des nouveau-nés aux urgences pédiatriques

	N (%)
Admissions sur la garde	277 (54,0)
Admissions la nuit (y compris le WE)	198 (38,6)
Admissions un WE (y compris la nuit)	134 (26,1)

c. Répartition hebdomadaire

Les consultations non programmées des nouveau-nés n'étaient pas plus fréquentes les week-ends : 73,8% avaient lieu au cours des 5 jours de semaine et 26,1% sur les 2 jours de week-end (p=0,15).

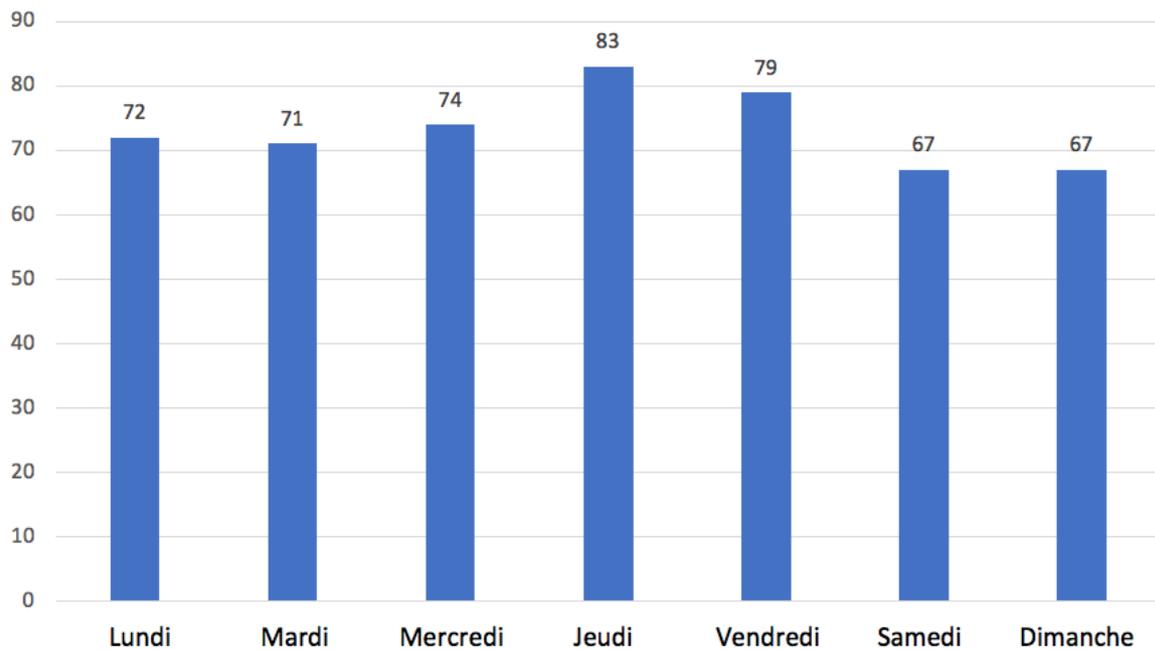


Figure 5 : Répartition hebdomadaire des consultations non programmées des nouveau-nés aux urgences pédiatriques

d. Répartition sur l'année

La fréquence des consultations n'était pas répartie de façon homogène selon les mois ($p < 0,01$). Ainsi, durant les mois de décembre et juillet 2019, les consultations non programmées de nouveau-nés étaient plus nombreuses, avec presque 2 consultations de nouveau-nés par jour.

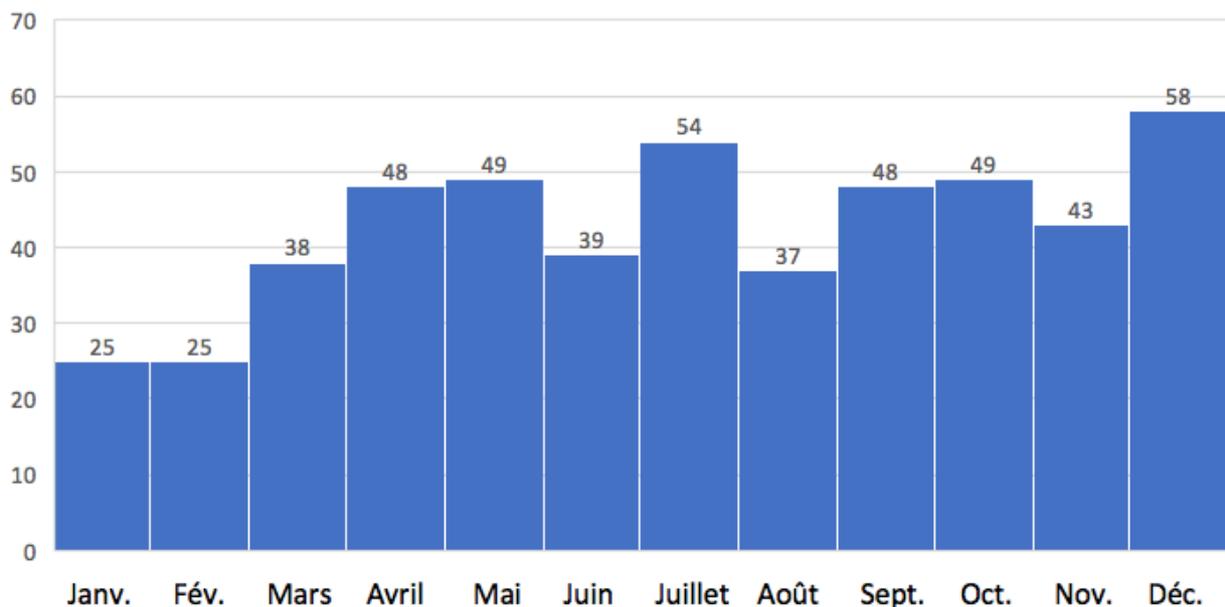


Figure 6 : Répartition mensuelle des consultations non programmées des nouveau-nés aux urgences pédiatriques

e. Motifs de consultation

i. Répartition générale

Parmi les 513 consultations non programmées, 10 nouveau-nés avaient consulté pour 2 motifs, portant le nombre de motifs étudiés à 523.

Tous les motifs des consultations non programmées des nouveau-nés aux urgences pédiatriques avaient été regroupés dans un tableau, par ordre de fréquence, en annexe 1.

Les pleurs étaient le premier motif de consultation par ordre de fréquence, il s'agissait du motif de 11,7% des consultations de nouveau-nés. La gêne respiratoire était le motif de 11,5% des consultations.

Tableau 2 : Les dix principaux motifs des consultations non programmées des nouveau-nés aux urgences pédiatriques

Rang	Motif de consultation	Nombre (N)
1	Pleurs	60
2	Gêne respiratoire	59
3	Vomissements	41
4	Mauvaise prise pondérale	36
5	Régurgitations	35
6	Diarrhées	30
7	Hyperthermie	29
8	Constipation	28
9	Diminution des prises alimentaires	23
10	Encombrement nasal	21

L'hyperthermie avait motivé 29 (5,7%) consultations aux urgences pédiatriques. Vingt-cinq nouveau-nés avaient été hospitalisés au décours de la consultation aux urgences pédiatriques, soit 86,2% des consultations pour hyperthermie.

Tous les nouveau-nés venant pour hyperthermie avaient reçu au moins un examen complémentaire.

Le principal diagnostic retenu au décours de ces consultations était une pyélonéphrite aiguë.

Tableau 3 : Examens complémentaires réalisés lors d'une consultation d'un nouveau-né pour hyperthermie

Examen complémentaire	N
Bilan biologique	25
ECBU	23
HC	17
PL	12
Virologie nasale	12
RP	3
Échographie rénale	1
Coproculture et virologie des selles	1

Tableau 4 : Diagnostic retenu au décours d'une consultation pour hyperthermie

Diagnostic	N
Pyélonéphrite aiguë	5
Rhinopharyngite	4
Grippe A	4
Méningite à entérovirus	3
INBP	2
Bronchiolite avec pneumopathie associée	2
Gastroentérite aiguë à Rotavirus	1
<i>Pas de diagnostic retrouvé</i>	8

ii. Répartition selon les systèmes d'organes

Les consultations pour un motif digestif représentaient plus d'un tiers des consultations non programmées des nouveau-nés.

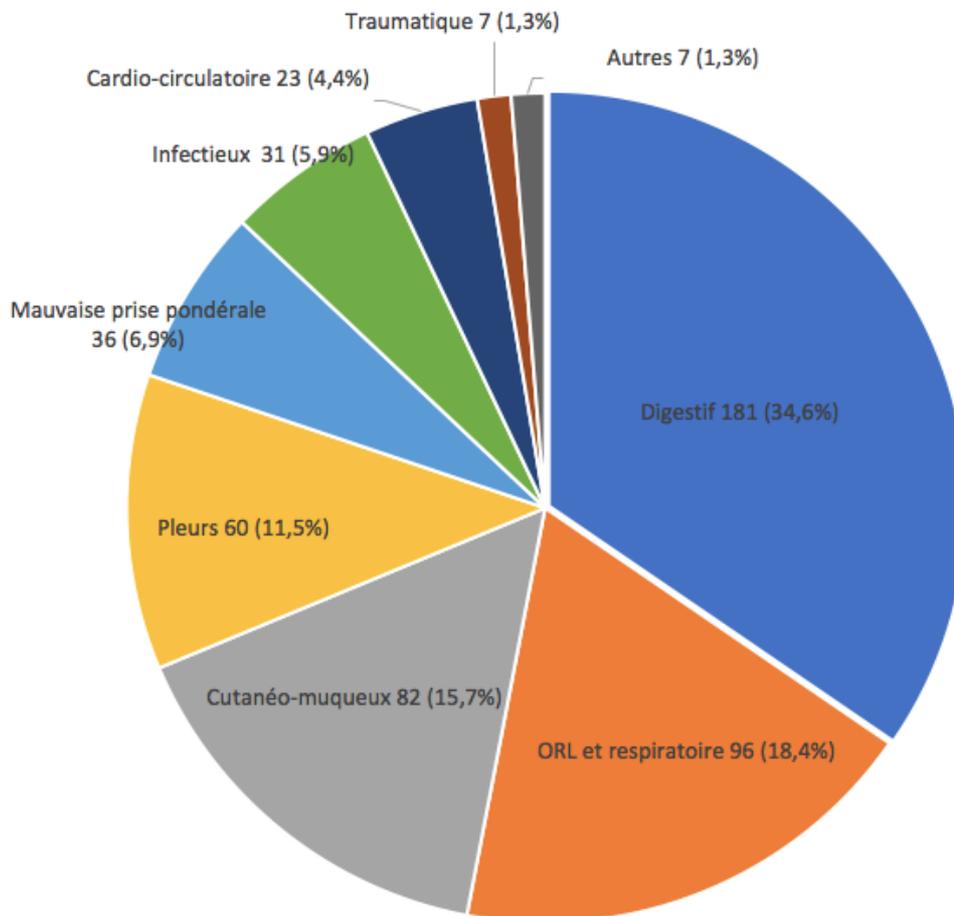


Figure 7: Motifs des consultations non programmées des nouveau-nés aux urgences pédiatriques selon les systèmes d'organes

Les vomissements et les régurgitations étaient responsables de 42% des consultations pour un motif digestif.

Les troubles du transit, à type de diarrhées ou constipation, représentaient 32% des consultations pour un motif digestif.

La diminution des prises alimentaires était le motif de 12,7% des consultations pour un motif digestif. (Tableau 5)

La gêne respiratoire était responsable de 61,5% des consultations pour un motif ORL ou respiratoire. (Tableau 5)

Les motifs traumatiques concernaient 7 consultations non programmées aux urgences pédiatriques, soit 1,4% de ces dernières. (Tableau 5)

Tableau 5 : Répartition des motifs de consultation par système d'organes

MOTIFS DIGESTIFS	N
Vomissements	41
Régurgitations	35
Diarrhées	30
Constipation	28
Diminution des prises alimentaires	23
Inconfort digestif	14
Suspicion rectorragies	7
Météorisme abdominal	1
Impression de faim après les biberons	1
Selles glaireuses	1

MOTIFS ORL ET RESPIRATOIRES	N
Gêne respiratoire	59
Encombrement nasal	21
Toux	13
A ingéré l'eau du bain	1
Apnées	1
N'a plus de réaction aux bruits	1

MOTIFS CUTANÉO-MUQUEUX	N
Éruption	21
Écoulement oculaire	14
Ictère	11
Éruption buccale	8
Cordon ombilical sale ou saignement	7
Ongle incarné	6
Irritation du siège	3
Tuméfaction mammaire	3
Tuméfaction cervicale	2
Œdème palpébral	2
Lésion du palais	1
Tuméfaction pli de l'aîne	1
Ecchymoses des pieds	1
Tuméfaction occipitale	1
Fissure anale	1

PLEURS	N
Pleurs inexpliqués	60

MOTIFS ASSOCIÉS AU POIDS	N
Mauvaise prise pondérale	36

MOTIFS INFECTIEUX	N
Hyperthermie	29
Éruption herpétique maternelle	2

MOTIFS CARDIO-CIRCULATOIRES	N
Malaise ou hypotonie sans perte de connaissance (PC)	17
Cyanose péri buccale	4
Marbrures des membres	2

MOTIFS TRAUMATIQUES	N
Chute	4
Traumatisme crânien sans PC	2
Suspicion fracture de clavicule	1

AUTRES MOTIFS	N
Mouvements anormaux	3
Hypothermie	2
Saignement vaginal	1
Polyurie	1

f. Examens complémentaires

Cent quatre-vingt-seize consultations de nouveau-nés avaient nécessité la réalisation d'au moins un examen complémentaire, soit 38,2% des consultations.

L'examen réalisé le plus fréquemment était un bilan sanguin : 101 nouveau-nés avaient eu un bilan sanguin, représentant 51,5% des nouveau-nés ayant eu au moins un examen complémentaire, et 19,7% des consultations de l'étude.

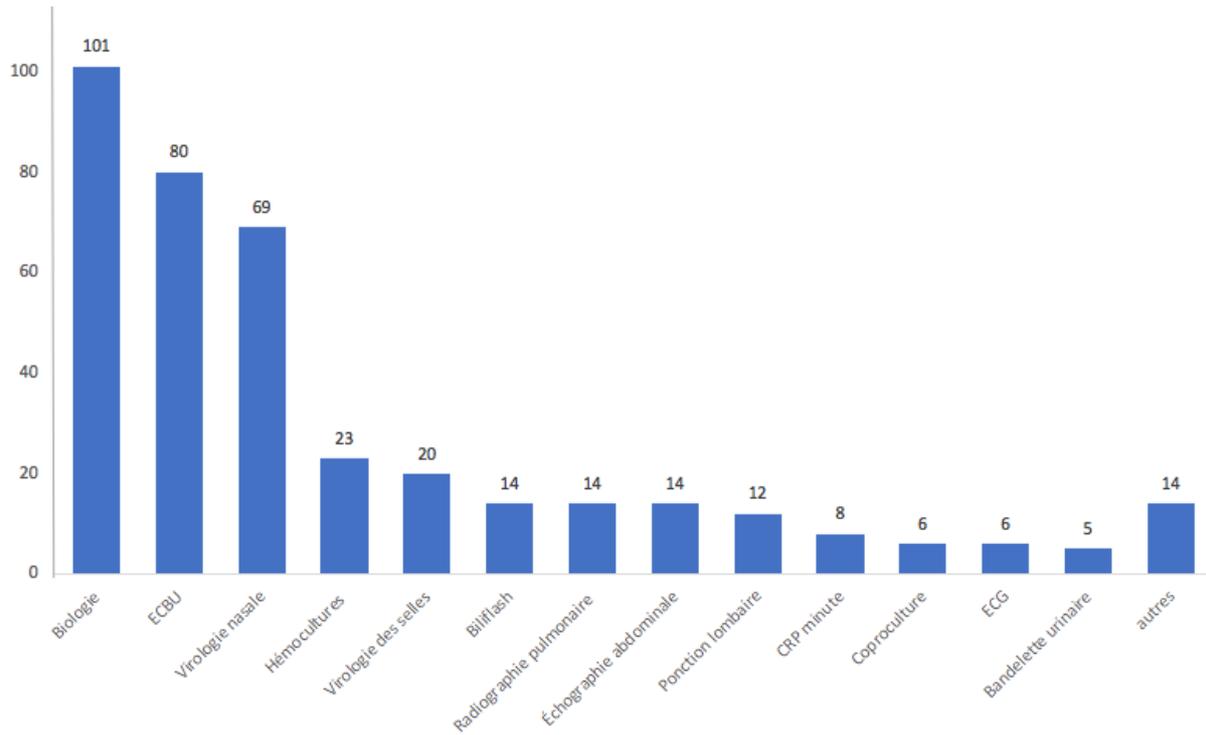


Figure 8 : Examens complémentaires réalisés aux urgences pédiatriques

Deux tiers des nouveau-nés consultant directement aux urgences pédiatriques sans avis médical préalable n'avaient pas reçu d'examen complémentaire. Pour les nouveau-nés adressés, la tendance s'inversait avec au moins un examen complémentaire chez deux tiers des nouveau-nés ($p < 0,01$).

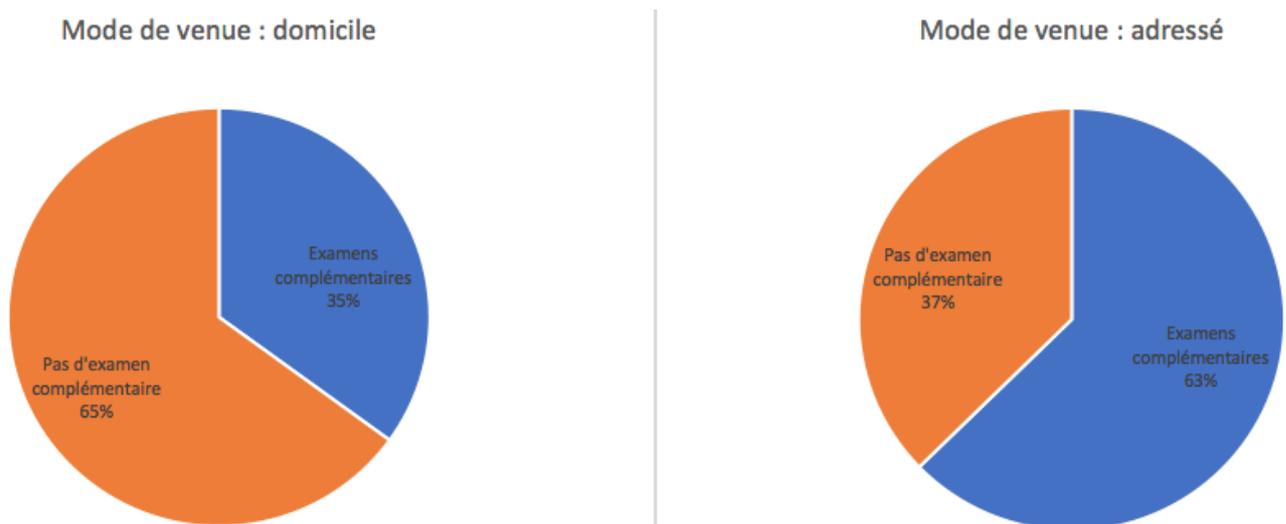


Figure 9 : Réalisation d'examens complémentaires en fonction du mode de venue aux urgences pédiatriques

g. Diagnostics retenus

Le principal diagnostic était un RGO sans signe de gravité, pour 13,8% des consultations.

Pour 140 consultations (soit 27,3%) il n'y avait pas de diagnostic retenu à l'issue de la consultation non programmée aux urgences pédiatriques. Une inquiétude parentale était mentionnée pour 24 dossiers.

Tableau 6 : Diagnostics retenus au décours de la consultation aux urgences pédiatriques par ordre de fréquence

Diagnostic retenu	N
RGO sans signe de gravité	71
Rhinite/ rhinopharyngite	54
Bronchiolite	27
Bronchiolite VRS négatif n= 17	
Bronchiolite VRS positif n= 10	
RGO compliqué	23
Œsophagite n= 10	
Malaise n= 8	
Autres n= 5	
Coliques	22
Muguet	21
Difficultés apports alimentaires	20
Insuffisance d'apports n= 16	
Mauvaise reconstitution des biberons n= 2	
Difficultés allaitement maternel (AM) n= 2	
Suralimentation	19
Constipation physiologique	17
Conjonctivite	16
Dermatose bénigne transitoire	13
Suspicion APLV	12
Ictère	8
Panaris	7
Pyélonéphrite aiguë	6
Sténose du pylore	6
Gastro-entérite aiguë	6
Crise génitale	5
Mycose siège	4
Grippe A	4
Méningite à entérovirus	3
Pneumopathie	3
Fibromatosis colli	1
Insuffisance cardiaque sur suspicion de myocardite virale	1
Fracture de clavicule liée à un traumatisme obstétrical	1
Hématome sous dural post traumatisme crânien	1
Canal artériel persistant retentissant	1
Imperforation du canal lacrymal	1

h. Hospitalisations

Cent-cinquante-cinq consultations avaient été suivies d'une hospitalisation, soit un tiers des consultations.

Quatorze nouveau-nés avaient été transférés au cours de l'hospitalisation:

- 13 avaient été transférés au CHU de Caen : 6 avaient été transférés pour prise en charge chirurgicale d'une sténose du pylore, 6 pour une détresse respiratoire (dont 3 dans un contexte de bronchiolite à VRS) et 1 pour un hématome sous-dural suite à un traumatisme crânien.
- 1 nouveau-né avait été transféré en réanimation néonatale au centre hospitalier de Cherbourg.

Pour 126 (81,3%) hospitalisations, une surveillance avait été requise, sans mise en place de thérapeutique particulière.

Le taux d'hospitalisation ne différait pas significativement selon le mode de venue ($p=0,25$).

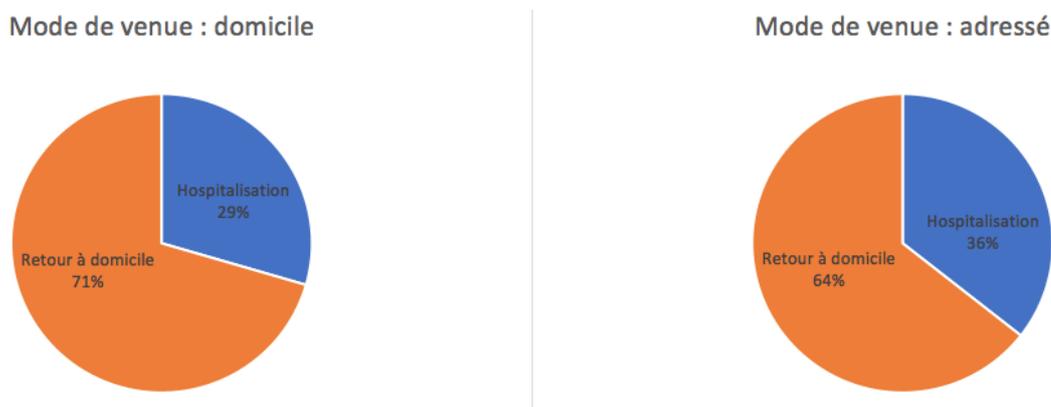


Figure 10 : Taux d'hospitalisation en fonction du mode de venue aux urgences pédiatriques

Soixante-seize hospitalisations, soit 49% des hospitalisations, avaient lieu sur des horaires de garde. Les hospitalisations n'étaient pas plus fréquentes lorsque les consultations avaient lieu sur les horaires de garde ($p=0,14$).

Le motif d'hospitalisation principal était une gêne respiratoire (19,4% des hospitalisations). Au total 30 consultations sur les 59 pour gêne respiratoire avaient entraîné une hospitalisation, soit 50,8%.

L'hyperthermie était le second motif d'hospitalisation (16,1% des hospitalisations).

Tableau 7 : Les dix principaux motifs ayant nécessité une hospitalisation

Motif d'hospitalisation	N
Gêne respiratoire	30
Hyperthermie	25
Vomissements	21
Mauvaise prise pondérale	16
Malaise sans PC	11
Diarrhées	8
Régurgitations	8
Diminution des prises alimentaires	7
Encombrement nasal	5
Pleurs	5

La durée moyenne d'hospitalisation était de 2,7 jours.

Les hospitalisations avaient concerné au total 150 nouveau-nés (5 avaient été hospitalisés à deux reprises avant l'âge de 28 jours). Ainsi, le taux de ré-hospitalisation des nouveau-nés dans la Manche était de 3,4% l'année de l'étude.

i. Consultations itératives

Cinquante-six nouveau-nés sur les 444 inclus dans l'étude avaient consulté au moins deux fois aux urgences pédiatriques avant l'âge de 28 jours, soit 12,6% des nouveau-nés.

Parmi les 56, 11 nouveau-nés avaient consulté à trois reprises, et parmi eux 2 avaient consulté une quatrième fois.

B. Analyse comparative

1. Les consultations « simples »

Les consultations dites « simples » étaient au nombre de 265 soit 51,7% des consultations totales.

a. Facteurs liés au nouveau-né

L'âge moyen pour les consultations simples était de 17 jours (écart-type : 6,6 jours).

Quarante-sept nouveau-nés admis pour une consultation simple avaient un antécédent néonatal connu. Seize étaient nés avant 37 SA, et 31 avaient une pathologie congénitale ou néonatale renseignée. Avoir un antécédent dans la période néonatale n'était pas un facteur de risque d'être admis aux urgences pédiatriques pour une consultation simple.

La primiparité chez la mère semblait plus fréquente dans le groupe des consultations simples, mais cette différence n'était pas significative ($p=0,54$).

L'allaitement maternel était moins fréquent pour les nouveau-nés avec une consultation simple ($p=0,03$).

Tableau 8 : Comparaison des caractéristiques des nouveau-nés pour les consultations simples et pour les autres consultations

	Groupe 1 : Consultations simples (N=265)	Groupe 2 : Autres consultations (N=248)	p
	N (%)	N (%)	
Antécédent néonatal :			0,67
-antécédent néonatal connu	47 (17,7)	27 (10,9)	
-pas d'antécédent	218 (82,3)	221 (89,1)	
Primiparité :			0,54
-mère primipare	86 (52,4)	83 (49,1)	
-mère multipare	78 (47,6)	86 (50,9)	
<i>np</i>	101	79	
Allaitement :			0,03
-allaitement maternel	62 (26,5)	82 (35,3)	
-allaitement artificiel ou mixte	172 (73,5)	150 (64,7)	
<i>np</i>	31	16	

np : non précisé

b. Admission

Les consultations simples avaient lieu sur la garde dans 60,8% des cas. Pour les autres consultations, jugées plus adaptées aux urgences pédiatriques, moins de la moitié (46,8%) avaient lieu sur la garde ($p < 0,01$).

Tableau 9 : Comparaison de l'heure d'admission aux urgences pédiatriques pour les consultations simples et pour les autres consultations

	Groupe 1 : Consultations simples (N=265)	Groupe 2 : Autres consultations (N=248)	p
	N (%)	N (%)	
Horaire d'admission			<0,01
-sur la garde	161 (60,8)	116 (46,8)	
-hors des horaires de garde	104 (39,2)	132 (53,2)	

c. Motifs

Les pleurs étaient le motif de consultation principal pour les consultations dites « simples ». Ils représentaient 16,6% des consultations de ce groupe.

Tous motifs digestifs confondus, ils représentaient 100 consultations simples, soit plus d'un tiers de ces consultations (37,7%).

Tableau 10 : Principaux motifs des consultations simples

Rang	Motifs principaux des consultations simples	N
1	Pleurs	44
2	Constipation	26
3	Régurgitations	25
4	Éruption	20
5	Diarrhées	17
6	Vomissements	15
7	Écoulement oculaire	14
8	Encombrement nasal	13
9	Inconfort digestif	11
10	Éruption buccale	8
11	Cordon ombilical sale ou saignement	7

2. Les consultations pour pleurs

a. Facteurs liés au nouveau-né

L'âge moyen des consultations dont le motif principal était des pleurs inexplicés était de 18,6 jours (écart-type : 6,7 jours). Seize nouveau-nés étaient âgés de moins de 15 jours, et 44 nouveau-nés avaient entre 15 et 28 jours (soit 73,3%).

Dans le groupe des consultations pour pleurs inexplicés, le taux de mères primipares était de 77,1%. La fréquence de la primiparité chez la mère était plus élevée pour les nouveau-nés amenés aux urgences pédiatriques pour des pleurs inexplicés ($p < 0,01$).

Tableau 11 : Comparaison des caractéristiques des nouveau-nés consultant pour pleurs (motif principal) et pour un autre motif principal

	Groupe 1 : Consultations pour pleurs (N=60)	Groupe 2 : Autres consultations (N=453)	p
	N (%)	N (%)	
Primiparité :			<0,01
-mère primipare	27 (77,1)	142 (47,7)	
-mère multipare	8 (22,9)	156 (52,3)	
<i>np</i>	25	155	
Allaitement :			0,46
-allaitement maternel	20 (35,1)	124 (30,3)	
-allaitement artificiel ou mixte	37 (64,9)	285 (69,7)	
<i>np</i>	3	44	

np : non précisé

b. Facteurs liés à la consultation

Seul 1 nouveau-né avait été adressé aux urgences pédiatriques par un médecin généraliste pour des pleurs inexplicés, les autres nouveau-nés avaient été amenés par leurs parents, sans avis médical préalable.

Treize consultations pour pleurs avaient motivé des examens complémentaires aux urgences pédiatriques, dont 9 bilans biologiques et 7 ECBU principalement. Lors d'une consultation pour des pleurs inexpliqués, les nouveau-nés recevaient significativement moins d'examens complémentaires.

Les nouveau-nés consultant pour des pleurs inexpliqués étaient significativement moins hospitalisés au décours de la consultation aux urgences pédiatriques que les autres motifs de consultation.

Tableau 12 : Comparaison des caractéristiques de la consultation pour les consultations pour pleurs (motif principal) et pour un autre motif principal

	Groupe 1 : Consultations pour pleurs (N=60)	Groupe 2 : Autres consultations (N=453)	p
	N (%)	N (%)	
Horaire d'admission :			0,47
-sur la garde	35 (58,3)	242 (53,4)	
-hors des horaires de garde	25 (41,7)	211 (46,6)	
Réalisation d'examens complémentaires :			0,01
-au moins 1 examen complémentaire	13 (21,7)	183 (40,4)	
-pas d'examen complémentaire	47 (78,3)	270 (59,6)	
Hospitalisation :			<0,01
-hospitalisation	5 (8,3)	150 (33,1)	
-retour à domicile	55 (91,7)	303 (66,9)	

c. Les consultations « simples »

Les consultations non programmées pour des pleurs inexpliqués étaient plus fréquemment des consultations dites « simples », c'est-à-dire non adressées, ne nécessitant pas d'examen complémentaire, ni d'hospitalisation (p<0,01).

Tableau 13 : Comparaison du taux de consultations dites « simples » pour les consultations pour pleurs (motif principal) et pour un autre motif principal

	Groupe 1 : Consultations pour pleurs (N=60)	Groupe 2 : Autres consultations (N=453)	p
	N (%)	N (%)	
-consultation simple	44 (73,3)	221 (48,8)	<0,01
-consultation plus adaptée aux urgences pédiatriques	16 (26,7)	232 (51,2)	

3. Les consultations pour motif digestif

a. Facteurs liés au nouveau-né

Le nombre total de motifs digestifs colligés était de 181, mais pour 2 consultations il ne s'agissait pas du motif principal de la consultation aux urgences pédiatriques. Ainsi, les consultations dont le motif principal était un motif digestif étaient de 179. Les motifs digestifs étaient les suivants, par ordre de fréquence : vomissements, régurgitations, diarrhées, constipation, diminution des prises alimentaires, inconfort digestif, suspicion de rectorragies, météorisme abdominal, impression de faim après les biberons, et selles glaireuses.

L'âge moyen des consultations dont le motif principal était un motif digestif était de 17,1 jours (écart-type : 6,6 jours).

La fréquence de la primiparité chez la mère n'était pas significativement différente pour les nouveau-nés avec une consultation pour un motif digestif que pour ceux avec une consultation pour un autre motif principal.

L'allaitement maternel était moins fréquent pour les nouveau-nés avec une consultation pour un motif digestif ($p < 0,01$).

Tableau 14 : Comparaison des caractéristiques des nouveau-nés consultant pour un motif digestif (motif principal) et pour un autre motif principal

	Groupe 1 : Consultations pour motif digestif (N=179)	Groupe 2 : Autres consultations (N=334)	p
	N (%)	N (%)	
Primiparité :			0,42
-mère primipare	66 (53,7)	103 (49)	
-mère multipare	57 (46,3)	107 (51)	
<i>np</i>	56	124	
Allaitement :			<0,01
-allaitement maternel	35 (20,2)	109 (37,2)	
-allaitement artificiel ou mixte	138 (79,8)	184 (62,8)	
<i>np</i>	6	41	

np : non précisé

b. Facteurs liés à la consultation

Cent soixante-quatre (91,6%) nouveau-nés ayant consulté pour un motif digestif comme motif principal avaient été amenés par leurs parents, sans avis médical préalable.

Les consultations pour un motif digestif ayant lieu sur des horaires de garde étaient de 107, soit 59,8%, alors qu'elles étaient de 50,9% pour les consultations pour un autre motif. La fréquence des consultations sur les horaires de garde n'était pas significativement différente pour les nouveau-nés consultant pour un motif digestif en comparaison à ceux consultant pour un autre motif ($p=0,05$).

Pour 73,2% des consultations pour un motif digestif, aucun examen complémentaire n'avait été réalisé aux urgences pédiatriques. Lors d'une consultation pour un motif digestif, les nouveau-nés recevaient significativement moins d'examens complémentaires ($p<0,01$).

Les hospitalisations avaient concerné 25,1% des nouveau-nés ayant consulté pour un motif digestif. La fréquence des hospitalisations au décours de la consultation aux

urgences pédiatriques n'était pas significativement différente qu'il s'agissait d'un motif digestif ou d'un autre motif principal de consultation (p=0,06).

Tableau 15 : Comparaison des caractéristiques de la consultation pour les consultations pour un motif digestif (motif principal) et pour un autre motif principal

	Groupe 1 : Consultations pour motif digestif (N=179)	Groupe 2 : Autres consultations (N=334)	p
	N (%)	N (%)	
Mode de venue :			0,02
-domicile	164 (91,6)	282 (84,4)	
-adressé	15 (8,4)	52 (15,6)	
Horaire d'admission :			0,05
-sur la garde	107 (59,8)	170 (50,9)	
-hors des horaires de garde	72 (40,2)	164 (49,1)	
Réalisation d'examens complémentaires :			<0,01
-au moins 1 examen complémentaire	48 (26,8)	148 (44,3)	
-pas d'examen complémentaire	131 (73,2)	186 (55,7)	
Hospitalisation :			0,06
-hospitalisation	45 (25,1)	110 (33,1)	
-retour à domicile	134 (74,9)	222 (66,9)	

c. Les consultations « simples »

Les consultations non programmées pour un motif digestif étaient plus fréquemment des consultations dites « simples » (p<0,01).

Tableau 16 : Comparaison du taux de consultations dites « simples » pour les consultations pour un motif digestif (motif principal) et pour un autre motif principal

	Groupe 1 : Consultations pour motif digestif (N=179)	Groupe 2 : Autres consultations (N=334)	p
	N (%)	N (%)	
-consultation simple	111 (62)	154 (46,1)	<0,01
-consultation plus adaptée aux urgences pédiatriques	68 (38)	180 (53,9)	

V. DISCUSSION

A. Les consultations néonatales non programmées

Les 513 consultations non programmées de nouveau-nés dans les services de pédiatrie de la Manche en 2019 représentaient entre 1,3 et 2,3% de l'activité aux urgences pédiatriques. Ces chiffres sont comparables à ceux de la littérature, compris entre 1,4 et 2% (3,7,37,38), alors que cette tranche d'âge ne constitue que 0,5% de toute la population pédiatrique. Les nouveau-nés sont donc surreprésentés parmi les enfants admis en urgence dans les services de pédiatrie.

Les services de pédiatrie accueillant des consultations urgentes ne sont pas toujours l'endroit le plus adapté pour les consultations des nouveau-nés, compte tenu du risque majeur d'infections nosocomiales virales, surtout en période hivernale. De plus, les consultations non programmées évitables risquent d'encombrer les services, et de « diluer » les vraies urgences néonatales dans le flot des consultations (39).

1. Caractéristiques des nouveau-nés

L'âge moyen des nouveau-nés dans notre étude était de 17 jours, comparable à ceux cités dans la littérature (3,37,38,40).

Les nouveau-nés prématurés n'y étaient quant à eux pas surreprésentés. En effet, 5,2% des nouveau-nés ayant consulté aux urgences pédiatriques étaient nés avant 37 SA, alors que selon les indicateurs de santé périnatale sur le site Audipog, ces enfants nés avant 37 SA représentaient 7,2% des naissances en 2016 (41).

Les enfants prématurés bénéficient d'un suivi spécifique par un médecin référent, le plus souvent un pédiatre du service de néonatalogie, dès la sortie de la maternité, et ne consultent pas plus aux urgences pédiatriques. Ils sont la preuve que des circuits adaptés à leur prise en charge et leur suivi fonctionnent (3).

Dans notre étude, 50,8% des mères étaient primipares. Dans la littérature, les primipares représentent également la moitié des mères consultant aux urgences pédiatriques pour un nouveau-né (3,38).

2. L'admission aux urgences pédiatriques

La grande majorité des nouveau-nés étaient amenés aux urgences pédiatriques directement par leurs parents, sans avis médical préalable (87%).

Dans la Manche, la densité médicale est faible, voire extrêmement faible concernant les pédiatres libéraux. Cependant, cela n'est probablement pas la seule raison de l'accès direct aux urgences pédiatriques pour les parents, car le taux est comparable aux études menées dans d'autres régions et dans d'autres pays (3,7,42,43).

Ainsi, en France, Claudet retrouvait que la majorité (78%) des nouveau-nés étaient amenés par leurs parents aux urgences pédiatriques (3). Lors d'une étude réalisée en 2011 au sein des urgences pédiatriques de Saint-Etienne, Richier constatait que 81,4% des nouveau-nés étaient amenés directement par leurs parents (40).

Les parents consultant directement aux urgences, sans avis médical préalable, avancent souvent les mêmes arguments :

- la notion d'urgence ressentie notamment par les parents d'enfant de moins de un an,
- la facilité d'accès, la nuit et les week-ends, et sans avance de frais pour les plus défavorisés,
- le plateau technique et la compétence du pédiatre,
- le manque de confiance vis-à-vis du médecin traitant ou son manque de disponibilité. (40,44)

Les horaires de garde impliquent un personnel médical réduit, pourtant plus de la moitié des consultations néonatales avaient lieu à ce moment (54%). Ce même constat était fait à Caen sur une thèse de 2011 (42), ou encore en Irlande du Nord, sur une étude des consultations non programmées des enfants de moins de 14 jours (43).

Dans notre étude, 38,6% des admissions de nouveau-nés aux urgences pédiatriques avaient lieu la nuit.

Selon une étude prospective réalisée au CHU de Grenoble en 2012 (45), à l'aide d'un questionnaire remis aux parents à l'arrivée aux urgences pédiatriques, la venue en horaire de garde pouvait s'expliquer par plusieurs facteurs. La nuit est souvent source d'inquiétude pour les parents qui se retrouvent seuls avec leur nouveau-né, ils n'ont plus recours aux conseils de leurs familles ou de leurs amis, et cette inquiétude est d'autant plus forte qu'il s'agit de leur premier enfant. De plus, les structures de soins en ville sont peu nombreuses et souvent méconnues pendant ces horaires de garde. Enfin, certains parents rapportaient qu'ils ne parviennent pas à se libérer pour rencontrer un professionnel de santé en horaire de journée du fait du travail du père notamment.

La répartition hebdomadaire des consultations non programmées de nouveau-nés ne montrait pas de pic de fréquentation pendant les week-ends (26,1%). En revanche, la répartition mensuelle de ces consultations n'était pas homogène, avec deux pics de fréquentation aux mois de juillet et de décembre 2019. Les consultations néonatales représentaient environ deux consultations par jour lors de ces deux mois.

Les nouveau-nés se distinguaient des autres admissions aux urgences pédiatriques par une répartition homogène sur la semaine (pas d'effet week-end), une saisonnalité moins marquée lors des épidémies hivernales, et des recours plus fréquents la nuit (3).

3. Les motifs des consultations

Les pleurs étaient le premier motif de consultation par ordre de fréquence. Ils concernaient 60 consultations non programmées (soit 11,7%). Ce chiffre corrobore les données de la littérature (3,40). Parmi les nouveau-nés amenés aux urgences pédiatriques pour des pleurs inexplicables, leurs mères étaient plus souvent primipares ($p < 0,01$). Le taux d'hospitalisation pour ce motif était seulement de 8,3%.

Le second motif de consultation était une gêne respiratoire (11,5%) qui était responsable de 61,5% des consultations pour un motif ORL ou respiratoire. Les nouveau-nés consultant pour une gêne respiratoire avaient été hospitalisés dans 50,8% des cas, reflétant ainsi l'évolution potentiellement défavorable de ce symptôme à cet âge.

Les consultations pour un motif digestif représentaient plus d'un tiers des consultations (34,6%).

Les vomissements et les régurgitations étaient responsables de 14,8% des consultations de l'étude, et 42,0% des consultations pour un motif digestif. Ensuite, les troubles du transit à type de constipation ou de diarrhée représentaient 11,3% des consultations de l'étude, et 32,0% des consultations pour un motif digestif.

Le taux d'hospitalisation pour un motif digestif était de 25,1%.

Dans notre étude, un allaitement maternel apparaissait comme un facteur protecteur de consultations pour un motif digestif ($p < 0,01$). Toutefois, cette information est à prendre avec précaution, puisque n'ayant pas recueilli le niveau socio-économique de la population étudiée, nous ne pouvons pas exclure ici le reflet de ce facteur important.

Les résultats de notre étude sont comparables à ceux de la littérature. L'étude de Claudet, à Toulouse en 2009, retrouvait 25% de motifs digestifs et 21% de motifs respiratoires (3). Selon l'étude de Richier, les pleurs représentaient 14% des consultations, et la gêne respiratoire 10,7% (40).

Les consultations pour hyperthermie, qui représentaient 5,7% des consultations, donnaient lieu à au moins un examen complémentaire mais pas à tous ceux recommandés de manière systématique. Il peut cependant exister un biais d'information, car certains examens complémentaires tels que l'ECBU ou la ponction lombaire avaient pu être réalisés en début d'hospitalisation et ne pas être mentionnés sur le compte-rendu des urgences pédiatriques. Ce seul biais n'explique toutefois pas de telles disparités, les pratiques de chaque pédiatre semblant différer.

4. Les diagnostics retenus

Le reflux gastro-œsophagien sans signe de gravité était le principal diagnostic retenu à l'issue des consultations néonatales non programmées (13,8%). Les RGO compliqués d'œsophagite ou de malaise représentaient 4,5% des consultations, et les coliques du nourrisson 4,3%.

Les apports alimentaires incorrects, tels que les insuffisances d'apports, la mauvaise reconstitution des biberons, les difficultés d'allaitement maternel, ou encore la suralimentation, étaient le diagnostic retenu pour 7,6% des consultations de l'étude.

Dans ce contexte, il semble important de revoir les conseils sur l'alimentation avec les parents (notamment reconstitution et prise des biberons). Cette éducation parentale est chronophage et parfois difficilement réalisable dans les services d'urgences pédiatriques ou en consultation de médecine générale.

Le second diagnostic le plus fréquemment retenu était une rhinite ou rhinopharyngite, pour 10,5% des consultations. Par ailleurs, une bronchiolite était diagnostiquée au décours de 27 (5,3%) consultations, avec un VRS identifié chez 10 patients.

Une inquiétude parentale était mentionnée pour 24 dossiers, soit 4,7% des consultations néonatales non programmées.

Ces données concernant les diagnostics retenus sont semblables aux données de la littérature, et notamment à l'étude de Richier, à Saint-Etienne, où les diagnostics retenus les plus fréquents avaient été : la rhinopharyngite (11,5%), le RGO simple (10%), les coliques (8,1%), l'inquiétude exagérée vis-à-vis de l'événement (7,6%), la bronchiolite (6,7%) (40).

5. Le taux d'hospitalisation

Un tiers des consultations néonatales non programmées avait entraîné une hospitalisation au décours. Le taux d'hospitalisation des nouveau-nés est très variable selon la littérature, allant de 16,5% pour une étude espagnole en 2000 (37) et jusqu'à 47% sur une étude à Toulouse, publiée en 2011 (3).

Dans plusieurs études, le taux d'hospitalisation différait significativement selon le mode de venue aux urgences pédiatriques (3,40). En effet, dans une étude réalisée à Saint Etienne en 2011, 64% des nouveau-nés étaient hospitalisés lorsqu'ils étaient adressés par un professionnel de santé libéral, contre 17% lorsqu'ils consultaient sans avis médical préalable (40).

Pour notre étude, nous n'avions pas retrouvé de différence du taux d'hospitalisation selon que le nouveau-né avait été adressé ou non. Le peu de consultations possibles avec des pédiatres libéraux dans la Manche est probablement en partie responsable de cette différence avec d'autres régions. Excepté pour un seul nouveau-né qui avait été adressé par un pédiatre, dans notre étude, lorsqu'un nouveau-né était adressé par un médecin libéral, il s'agissait de médecins généralistes, ou SOS médecins.

Le taux d'hospitalisation chez cette population des nouveau-nés est comparativement plus élevé que chez l'enfant plus grand (10%) (22).

Les nouveau-nés étaient le plus souvent hospitalisés pour simple surveillance. Seules 18,7% des hospitalisations avaient nécessité la mise en place d'une thérapeutique ou un transfert vers un CHU. En comparaison aux enfants plus âgés, les nouveau-nés étaient plus facilement gardés en hospitalisation même pour une simple surveillance.

6. Les consultations « simples »

La définition du caractère « simple » ou « non urgent » des consultations est délicat, et certains auteurs ont utilisé d'autres définitions que celle appliquée dans notre étude (40).

Par définition, les consultations « simples » ne présentaient pas de critère de gravité, elles ne nécessitaient ni examen complémentaire, ni traitement spécifique, ni de surveillance rapprochée ou d'hospitalisation au décours. Ces nouveau-nés auraient pu être examinés en médecine ambulatoire par un médecin généraliste ou un pédiatre, ils ne nécessitaient pas le plateau technique des urgences pédiatriques. Cela aurait limité l'engorgement des urgences pédiatriques et diminué le risque de transmission virale.

Ces consultations dites « simples » représentaient 265 consultations, soit plus de la moitié (51,7%) des consultations non programmées de nouveau-nés.

Selon les données de la littérature, les facteurs de risque démontrés de consultations évitables aux urgences pédiatriques sont le jeune âge maternel et la primiparité (3,5,38). Une large étude épidémiologique qui concernait les consultations évitables des nouveau-nés aux urgences pédiatriques de l'hôpital Louis-Mourier sur une période de deux ans (juillet 2013 à juin 2015) avait souligné les mêmes facteurs de risque (39).

Dans notre étude, les mères primipares étaient plus représentées dans le groupe des consultations dites « simples », mais cette différence n'était pas significative ($p=0,54$). Toutefois, pour 180 consultations non programmées (35,1%), la fratrie n'était pas renseignée, ce qui rend ce résultat peu interprétable.

L'étude suggérait l'allaitement maternel comme un facteur protecteur de consultation non adaptée aux urgences pédiatriques ($p=0,04$). Toutefois, comme pour les consultations pour motifs digestifs, ce facteur protecteur est à prendre avec précaution, là aussi un biais de confusion peut exister compte tenu du manque de renseignement sur les caractéristiques socio-économiques de la famille du nouveau-né.

Les consultations simples avaient plus fréquemment lieu sur les horaires de garde ($p<0,01$), c'est-à-dire lors des horaires de fermeture des cabinets libéraux. Le même constat était fait dans l'étude à l'hôpital Bicêtre, où la proportion de nouveau-nés consultant le soir et le week-end était plus importante pour le groupe de consultations non urgentes, et plus de la moitié des consultations avaient lieu la nuit pour le groupe non urgent (46).

Les principaux motifs des consultations « simples » étaient les pleurs et les motifs digestifs.

Malgré les nombreuses consultations « simples » aux urgences pédiatriques, les professionnels doivent rester très attentifs et toujours tenir compte de l'inquiétude des parents, du danger d'épuisement parental et du risque de réactions inadaptées. La HAS démontre que les facteurs de risques identifiés de syndrome du bébé secoué comportent les pleurs inconsolables, et les difficultés alimentaires (47).

B. Améliorer l'orientation des parents au sein du réseau ville-hôpital

1. La formation des soignants

La connaissance des étapes du développement du très jeune enfant semble incontournable pour tous les professionnels travaillant avec les enfants et les parents, et doit faire partie du cursus initial de l'ensemble des professionnels de santé. (48)

L'examen d'un nouveau-né demande du temps, et la particulière vulnérabilité de ces patients impose aux professionnels de rester attentifs pour ne pas sous-estimer la gravité potentielle d'une situation. La recherche de signes d'alarme spécifiques doit permettre au clinicien d'éviter tout retard thérapeutique. A l'inverse, leur absence ou la constatation de pathologies banales du nouveau-né, plus fréquentes, doivent permettre d'éviter des hospitalisations excessives (9).

La durée raccourcie des séjours en maternité implique davantage le médecin traitant de l'enfant dès les premiers jours de vie, que ce soit pour le dépistage des pathologies néonatales ou pour l'accompagnement des parents dans la prise en charge du nouveau-né. Le médecin traitant joue donc un rôle clé en matière de prévention, qu'il faut savoir valoriser lors du stage obligatoire en santé de l'enfant pendant le cursus universitaire, puis conforter lors de la formation continue (9). Le médecin peut aussi s'appuyer sur les recommandations émises par les sociétés savantes de pédiatrie et de néonatalogie ainsi que les réseaux de périnatalité (49).

2. Accompagnement des parents : les conseils donnés à la sortie de maternité comme outil de prévention

La naissance d'un nouveau-né et son accueil au sein de la famille sont souvent anxiogènes, et le moindre trouble survenant dans cette population d'enfants plus vulnérables (pleurs, difficultés alimentaires, perturbation du rythme veille-sommeil) provoque une inquiétude importante, surtout s'il s'agit d'un premier enfant. Le séjour en maternité permet d'éduquer les parents à reconnaître et à mieux répondre aux besoins primaires des nouveau-nés, de favoriser une bonne relation mère-enfant et d'initier l'allaitement maternel ou artificiel (9).

Les résultats de l'étude prouvaient qu'il est nécessaire de dépister encore mieux en maternité les mères les plus à risque de recours aux urgences (primipares). L'accompagnement de ces mères peut être amélioré en organisant les consultations postnatales avec un médecin référent à la fréquence recommandée par la HAS. La perspective d'une consultation rapprochée, programmée, pourrait limiter un recours anxiolytique aux urgences pédiatriques, service facilement identifiable et accessible de jour comme de nuit (3).

L'enjeu est de pouvoir éduquer les parents de nouveau-nés en maternité pour les alerter des pathologies les plus fréquentes des premiers mois de vie et les symptômes devant faire consulter en urgence et ceux pouvant faire consulter en ambulatoire (en PMI ou chez le médecin ou pédiatre traitant). De plus, notre étude indiquait qu'il est important de donner des conseils sur l'alimentation, dont l'importance d'une pesée de contrôle, des rappels sur l'allaitement maternel, sur les quantités de lait selon l'âge du nourrisson, et sur la préparation des biberons.

D'après les besoins de santé suggérés par les résultats de l'étude, un document rassemblant des conseils sur la santé des nourrissons a donc été créé. Il se présente sous la forme d'un dépliant à remettre aux parents lors de la sortie de maternité. Nous y avons ajouté les conseils de prévention de la mort subite du nourrisson, encore malheureusement trop peu suivis par les parents, malgré leur rappel notamment dans le carnet de santé de l'enfant. (36,50)

Le dépliant est disponible en annexe 2, il aborde :

- les symptômes devant conduire à une consultation rapide,
- des conseils pour la mise en place de l'allaitement maternel,
- des conseils pour la préparation des biberons,
- l'administration des vitamines D et K,
- les conseils de prévention de mort inattendue du nourrisson,
- l'attitude à adopter face aux pleurs,
- le rythme des consultations pour le nourrisson,
- l'intérêt du carnet de santé, lien indispensable entre les différents professionnels de santé et les parents,
- les numéros utiles, pour les urgences ou pour la prise de rendez-vous.

Encourageant également l'accompagnement à la parentalité, le rapport de la commission des 1000 premiers jours, a été publié en septembre 2020. Les 1000 premiers jours de l'enfant, s'étendant du quatrième mois de grossesse aux 2 ans de l'enfant, constituent une période clé pour le développement et la sécurisation de tout individu. Durant cette période, un mode de vie et un environnement sains posent les fondements d'une meilleure santé tout au long de la vie et d'un meilleur développement de l'enfant. Dans ce rapport, les experts souhaitent que la France inscrive les 1000 premiers jours comme une priorité de l'action publique par une politique de prévention et de soutien visant la fin de la grossesse et les premiers mois après l'accouchement. A l'instar d'autres pays où de nombreux programmes d'accompagnement et d'aide aux parents sous forme d'ateliers existent, la création de Maisons des 1000 jours est proposée dans ce rapport. Elles pourraient incarner un espace identifié, et apporter une réponse globale aux besoins des parents, des bébés et des jeunes enfants. (48)

C. Forces et limites de l'étude

L'étude réalisée était multicentrique, et l'effectif total des consultations étudiées était conséquent. De plus, dans les trois centres hospitaliers, les dossiers étaient informatisés, rendant le recueil des données fiable.

En revanche, le recueil des données fait de manière rétrospective avait entraîné la perte de certaines informations non répertoriées dans les dossiers. Celles-ci étaient soit non fournies par les parents, soit non remplies par le personnel. Ces données manquantes limitaient notre analyse descriptive.

Les motifs des consultations notés dans les dossiers étaient parfois multiples et mal hiérarchisés. Ils étaient définis par différents professionnels (puéricultrices, internes, médecins séniors), et le vocabulaire utilisé n'était pas toujours des termes médicaux adaptés.

Par ailleurs, l'analyse du niveau socio-économique de la population étudiée n'avait pas été possible de manière rétrospective.

Enfin, il aurait été intéressant de pouvoir étudier l'évolution de la fréquentation des nouveau-nés aux urgences pédiatriques dans la Manche sur les dernières années, mais aussi de connaître le nombre et les motifs des consultations des nouveau-nés dans les cabinets libéraux dans la Manche sur l'année 2019.

D. Perspectives

La réalisation d'une étude prospective, avec un questionnaire destiné aux parents des nouveau-nés est envisagée dans le cadre d'un travail de mémoire, afin de compléter les données de cette thèse.

Il sera intéressant de recueillir l'âge des parents, les motivations des parents à consulter préférentiellement aux urgences et non chez leur médecin traitant, et la distance entre le domicile des parents et le service de pédiatrie.

Une étude prospective nous permettrait également de rechercher l'existence d'une consultation chez un médecin libéral, pour un motif identique ou différent, les jours précédant le passage aux urgences pédiatriques.

VI. CONCLUSION

L'objectif principal de l'étude était d'identifier les motifs des consultations néonatales non programmées dans les services de pédiatrie de la Manche, sur une période d'un an.

Les nouveau-nés représentaient entre 1,3 et 2,3% des consultations non programmées aux urgences pédiatriques. Ils étaient majoritairement (87%) amenés directement par leurs parents, sans avis médical préalable et 54% des consultations avaient lieu sur les horaires de garde, dont 38,6% la nuit.

Les consultations pour des pleurs inexplicables étaient très nombreuses (11,7%), suivies par les consultations pour une gêne respiratoire (11,5%). Les symptômes digestifs tous confondus représentaient plus d'un tiers des consultations. Le principal diagnostic à l'issue de la consultation était un reflux gastro-œsophagien sans signe de gravité pour 13,8% des consultations, suivi des rhinites ou rhinopharyngites (10,5%) et des bronchiolites (5,3%).

Ces consultations ont été suivies d'une hospitalisation dans 30,2%, les motifs d'hospitalisation principaux étant la gêne respiratoire (19,4%) et l'hyperthermie (16,1%).

L'étude soulignait le taux élevé de consultations de nouveau-nés non adressés, n'ayant nécessité ni examen complémentaire, ni hospitalisation (51,7%), ne nécessitant donc pas le plateau technique des urgences pédiatriques. Les motifs digestifs représentaient 37,7% de ces consultations dites « simples » et les pleurs 16,6%.

Dans le groupe des consultations pour des pleurs, la fréquence de la primiparité chez la mère était plus élevée ($p < 0,01$).

Ces résultats indiquaient la nécessité d'un outil d'éducation parentale. Il est indispensable que l'information donnée en maternité soit renforcée en ce qui concerne les soins de puériculture, et les situations pathologiques nécessitant une consultation. Des conseils concernant la santé du nourrisson ont donc été colligés dans un dépliant à remettre aux parents à la sortie de maternité. Cet outil a pour finalité d'orienter au mieux les parents au sein du réseau de soins ville-hôpital durant les premiers mois de vie du nourrisson, le médecin généraliste, aux côtés du pédiatre, ayant un rôle majeur et pivot dans la prise en charge des nouveau-nés.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Lode et al. - 2004 - Urgences vitales chez le moins d'un mois.pdf [Internet]. [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.normandie-univ.fr/showarticlefile/25200/main.pdf>
2. Etude offre et recours aux soins_V10.pdf [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: https://www.normandie.ars.sante.fr/system/files/2018-08/Etude%20offre%20et%20recours%20aux%20soins_V10.pdf
3. Claudet et al. - 2012 - Fréquentation des urgences pédiatriques par les no.pdf.
4. Ad S, M G, P S, I B. Boomerang babies: emergency department utilization by early discharge neonates. *Pediatr Emerg Care*. 1 déc 1997;13(6):365-8.
5. Kennedy TJT, Purcell LK, LeBlanc JC, Jangaard KA. Emergency Department Use by Infants Less Than 14 Days of Age. *Pediatr Emerg Care*. juill 2004;20(7):437-42.
6. Pomerantz WJ, Schubert CJ, Atherton HD, Kotagal UR. Characteristics of nonurgent emergency department use in the first 3 months of life: *Pediatr Emerg Care*. déc 2002;18(6):403-8.
7. Calado CS, Pereira AG, Santos VN, Castro MJ, Maio JF. What Brings Newborns to the Emergency Department?: A 1-Year Study. *Pediatr Emerg Care*. avr 2009;25(4):244-8.
8. Durée moyenne de séjour à l'hôpital | Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE | OECD iLibrary [Internet]. [cité 18 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/3a05bb1d-fr/index.html?itemId=/content/component/3a05bb1d-fr>
9. 2014 - Sortie de maternité après accouchement conditions.pdf [Internet]. [cité 19 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/argumentaire_scientifique_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
10. DGOS. Programme national de dépistage néonatal [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/maladies-rares/DNN>
11. Depliant_surdite_enfants_2014__BD_BAT.pdf [Internet]. [cité 20 mars 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depliant_surdite_enfants_2014__BD_BAT.pdf
12. PRADO [Internet]. [cité 2 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.info-sante-normandie.fr/dossiers-sante/maternite-enfance/prado/prado-programme-d-accompagnement-de-retour-a-domicile,1622,1441.html>

13. Equipe médicale, les professionnels de santé à la maternité [Internet]. mperia.fr. [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.mperia.fr/art-professionnels-de-sante/>
14. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Les certificats de santé de l'enfant [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/article/les-certificats-de-sante-de-l-enfant>
15. Les compétences des sages-femmes [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
16. Cours [Internet]. [cité 21 oct 2020]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/suivi_medical/site/html/3.html
17. CPP : Présentation des centres périnataux de proximité [Internet]. Réseau de Périnatalité. [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.perinatbn.org/fiches-pratiques/cpp-presentation-des-centres-perinataux-de-proximite/>
18. Les référentiels métiers [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 27 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/documents-types-demarches/documents-types-medecins/cabinet-carriere/referentiels-metiers>
19. Franc et Rosman - La prise en charge des enfants en médecine général.pdf [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er588.pdf>
20. Annuaire des sages-femmes libérales [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 2 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/annuaireflib/>
21. Centre de protection maternelle et infantile (PMI) Manche - Annuaire | service-public.fr [Internet]. [cité 2 oct 2020]. Disponible sur: <https://lannuaire.service-public.fr/navigation/normandie/manche/pmi>
22. Sortie de maternité et retour à domicile du ... | Elsevier Masson [Internet]. [cité 14 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/sortie-de-maternite-et-retour-a-domicile-du-nouveau-ne-9782294701504.html>
23. label_has_recommandations_inbp.09.2017.pdf [Internet]. [cité 3 oct 2020]. Disponible sur: https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/documents/label_has_recommandations_inbp.09.2017.pdf
24. Dong et Speer - 2015 - Late-onset neonatal sepsis recent developments.pdf [Internet]. [cité 16 oct 2020]. Disponible sur: <https://fn.bmj.com/content/fetalneonatal/100/3/F257.full.pdf>

25. Masson E. Infections néonatales virales [Internet]. EM-Consulte. [cité 20 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/757473/infections-neonatales-virales>
26. Jaunisse (ictère) | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/jaunisse-ictere>
27. hascnpp_bronchiolite_texte_recommandations_2019.pdf [Internet]. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-11/hascnpp_bronchiolite_texte_recommandations_2019.pdf
28. Masson E. Sténose hypertrophique du pylore [Internet]. EM-Consulte. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1101740/stenose-hypertrophique-du-pylore>
29. Troubles gastro-intestinaux fonctionnels du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. Réalités Pédiatriques. [cité 16 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.realites-pediatriques.com/feuilleter/troubles-gastro-intestinaux-fonctionnels-du-nourrisson-de-lenfant-et-de-ladolescent/>
30. Cours [Internet]. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/douleurs_abdomino_lombaires/site/html/2_4.html
31. Allergie aux protéines du lait de vache | Pas à Pas en Pédiatrie [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: <https://pap-pediatrie.fr/hepato-gastro/allergie-aux-proteines-du-lait-de-vache>
32. 11_13.pdf [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: http://www.jirp.info/wp-content/uploads/sites/3/2013/06/11_13.pdf
33. Revue générale des anomalies cardiovasculaires congénitales - Pédiatrie [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 20 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/anomalies-cardiovasculaires-cong%C3%A9nitales/revue-g%C3%A9n%C3%A9rale-des-anomalies-cardiovasculaires-cong%C3%A9nitales>
34. Chiaverini - 2019 - Peau du nouveau-né.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://pdf.sciencedirectassets.com/271943/1-s2.0-S0987798319X00031/1-s2.0-S0987798319300210/main.pdf>
35. Prévention de la Mort Inattendue du Nourrisson [Internet]. Réseau de Périnatalité. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.perinatbn.org/accueil-nouveau-ne/prevention/prevention-de-la-mort-inattendue-du-nourrisson/>
36. carnet_de_sante-num-.pdf [Internet]. [cité 14 juin 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante-num-.pdf

37. Pérez Solís D, Pardo de la Vega R, Fernández González N, Ibáñez Fernández A, Prieto Espuñes S, Fanjul Fernández JL. Atención a neonatos en una unidad de urgencias pediátricas. *An Pediatría*. 1 janv 2003;59(1):54-8.
38. Ung S, Woolfenden S, Holdgate A, Lee M, Leung M. Neonatal presentations to a Mixed Emergency Department. *J Paediatr Child Health*. 2007;43(1-2):25-8.
39. Masson E. Les consultations des nouveau-nés aux urgences pédiatriques [Internet]. EM-Consulte. [cité 30 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1229887/les-consultations-des-nouveau-nes-aux-urgences-ped>
40. Richier et al. - 2015 - Étude épidémiologique des consultations précoces d.pdf.
41. Consultation des tableaux statistiques [Internet]. [cité 30 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.audipog.net/Tableau-stats>
42. Etude des consultations des nouveau-nés de moins d'un mois aux urgences pédiatriques médicales du CHU de Caen. 2011.
43. Flanagan CF, Stewart M. Factors associated with early neonatal attendance to a paediatric emergency department. *Arch Dis Child*. 1 mars 2014;99(3):239-43.
44. Leclerc F, Martinot A, Sadik A, Hue V, Dorkenoo A. L'inflation des urgences pédiatriques. *Arch Pédiatrie*. 1 janv 1999;6:S454-6.
45. Prunier-Duparge - Pertinence des venues aux urgences médico-chirurgi.pdf [Internet]. [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <https://pdfs.semanticscholar.org/fe0b/6f1da397c866e23bbe151ccda1bf9c500ac.pdf>
46. Consultation des nouveau-nés de 0 à 28 jours aux u.pdf.
47. Alexandre - 2017 - Haute Autorité de santé.pdf [Internet]. [cité 13 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239_argumentaire_syndrome_bebe_secoue.pdf
48. rapport-1000-premiers-jours.pdf [Internet]. [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
49. Accueil [Internet]. Réseau de Périnatalité. [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.perinatbn.org/>
50. document_dinformation.pdf [Internet]. [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-02/document_dinformation.pdf

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : Motifs des consultations non programmées des nouveau-nés dans les services de pédiatrie de la Manche en 2019, par ordre de fréquence :

Rang	Motif	Nombre
1	Pleurs	60
2	Gêne respiratoire	59
3	Vomissements	41
4	Mauvaise prise pondérale	36
5	Régurgitations	35
6	Diarrhées	30
7	Hyperthermie	29
8	Constipation	28
9	Diminution des prises alimentaires	23
10	Encombrement nasal	21
10	Éruption	21
11	Malaise ou hypotonie, sans perte de connaissance	17
12	Inconfort digestif	14
12	Écoulement oculaire	14
13	Toux	13
14	Ictère	11
15	Éruption buccale	8
16	Cordon ombilical sale ou saignement	7
16	Suspicion de rectorragie	7
17	Ongle incarné	6
18	Chute	4
18	Cyanose péribuccale	4
19	Irritation du siège	3
19	Tuméfaction mammaire	3
19	Mouvements anormaux	3
20	Tuméfaction cervicale	2
20	Marbrures des membres	2
20	Traumatisme crânien sans perte de connaissance	2
20	Œdème palpébral	2
20	Hypothermie	2
20	Éruption herpès génital chez la mère du nouveau-né	2
21	Météorisme abdominal	1
21	Lésion du palais	1
21	Impression de faim après les biberons	1
21	A ingéré l'eau du bain	1
21	Tuméfaction pli de l'aîne	1
21	Ecchymoses des pieds	1
21	Suspicion fracture de clavicule	1
21	Tuméfaction occipitale	1
21	Apnées	1
21	Fissure anale	1
21	Saignement vaginal	1
21	Polyurie	1
21	N'a plus de réaction aux bruits	1
21	Selles glaireuses	1

Annexe 2 : Conseils de sortie de maternité. Santé de votre bébé :



Consultez rapidement si votre bébé

- A de la fièvre (température rectale supérieure à 38°C)
- Est gêné pour respirer
- A des selles brutalement plus liquides et plus fréquentes, surtout si elles sont associées à des vomissements
- N'a pas de selles depuis 48 heures au cours de la 1^{ère} semaine de vie
- A des selles très pâles ou blanches
- A une jaunisse et des difficultés d'alimentation (bébé endormi)
- A un comportement inhabituel : très agité, cris aigus ou au contraire peu réactif, cris faibles.

Contactez-nous

CH Avranches-Granville

59 rue de la Liberté
50 300 Avranches

Numéros utiles :

SAMU : 15

Pompiers : 18

N° d'appel d'urgence européen : 112

Maternité d'Avranches : 02 33 89 40 08

Centres de PMI :

Avranches : 02 33 89 27 60

Granville : 02 33 91 14 00

Saint Hilaire-du-Harcouët-Mortain :
02 33 69 28 00

Centre Périnatal de Proximité (CPP) :

Granville : 02 33 91 51 43



Groupe Hospitalier
Mont Saint-Michel

Centre hospitalier Avranches-Granville

Conseils de sortie de maternité Santé de votre bébé



Maternité d'Avranches



Centre Hospitalier
Avranches-Granville

L'alimentation

Allaitement maternel :

Tétées à l'éveil > 8 par jour sans dépasser 5h entre 2 mises au sein en conservant les tétées nocturnes indispensables à la lactation du lendemain.

Plusieurs mictions et selles sont idéalement observées chaque jour et un contrôle du poids hebdomadaire est nécessaire.

Allaitement artificiel :

6 à 8 biberons par 24H

- Pour préparer les biberons :

Utilisez de l'eau froide du robinet ou une eau faiblement minéralisée qui porte la mention « convient pour la préparation des aliments des nourrissons ».

Puis comptez 1 mesurette de lait en poudre rase pour 30 ml d'eau.

- Augmentez les quantités de lait progressivement
La quantité de lait bue en moyenne par jour est donnée par la formule :

$$\text{Poids en grammes} + 200 \text{ à } 250 \text{ (ml/jour)} \\ 10$$

Exemple : pour un nouveau-né de 3,5 kg = 3500 g
Quantité quotidienne = 350 + 200 à 250 = 550 à 600 ml /j

- Le lait artificiel conservé à température ambiante peut être gardé 1 heure. Si le lait a été chauffé, il se conserve 30 minutes. Au-delà de ces délais, le lait doit être jeté.

- Ne pas réchauffer le lait au micro-ondes (risque de brûlure et d'altération de la qualité du lait).

Les vitamines

Vitamine D :

ZYMAD ou ADRIGYL, tous les jours :

4 gouttes en cas d'allaitement maternel ou peau pigmentée, 3 gouttes en cas d'allaitement artificiel.

Vitamine K :

En cas d'allaitement maternel exclusif, donner 1 ampoule à l'âge d'1 mois.

Sa sécurité

- Couchez votre bébé uniquement sur le dos, à plat, dans son propre lit, dans une «turbulette» (ou « gigoteuse ») adaptée à sa taille.
- Utilisez un lit à barreaux sans tour de lit, avec un matelas ferme recouvert d'un drap-housse bien fixé ; pas d'oreiller, de couverture, de couette, ni de peluche.
- La température de la chambre doit être entre 18°C et 20°C.
- Il est préférable, si cela est possible, de placer le lit de votre bébé dans la chambre parentale pour les 6 premiers mois au minimum.
- Ne laissez jamais votre bébé seul même quelques instants : dans son bain, sur la table à langer, sur un lit d'adulte, dans la voiture, à la garde d'un autre enfant, avec un animal même familier.
- Ne lui donnez pas de médicament sans avis médical.
- Ne fumez pas en présence de votre bébé.
- En voiture, attachez votre bébé avec un dispositif homologué adapté à son poids.

Les pleurs

Si vous ne supportez plus les pleurs de votre bébé, sollicitez une personne présente pour prendre le relais. Sinon posez le bébé dans son lit et quittez la pièce. Sollicitez un soutien auprès d'un professionnel de santé : sage-femme, médecin, puéricultrice...

Quoi qu'il arrive, ne secouez jamais votre bébé

15 Les rendez-vous

Une pesée est conseillée une fois par semaine pendant le 1er mois.
Elle peut être faite par une sage-femme libérale, votre médecin traitant ou la PMI de votre secteur.

Les consultations de suivi avec votre pédiatre ou votre médecin traitant :

Une première consultation est recommandée entre le 6ème et le 10ème jour de vie de votre bébé.
Ensuite il doit être examiné une fois par mois pendant sa première année.
Les vaccinations obligatoires débuteront lors de la consultation du 2ème mois.

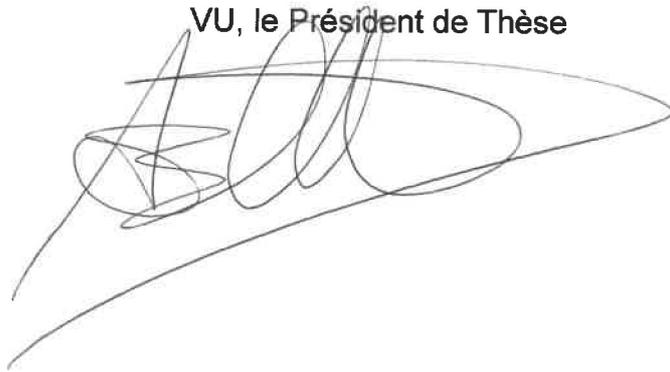
Son carnet de santé :

Remis à la maternité, il est le lien indispensable entre les différents professionnels et vous.
Conservez-le dans le sac du bébé.
Vous y trouverez de nombreux conseils importants.



« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke at the bottom.

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2021

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : VERHAAREN Alice

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

**Etude analytique des motifs de consultations néonatales non programmées.
Elaboration d'un outil de prévention et d'orientation des parents au sein du réseau ville-hôpital.**

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Les nouveau-nés constituent une population vulnérable, et les services de pédiatrie accueillant des consultations urgentes ne sont pas toujours le lieu le plus adapté à leur prise en charge.

Nous avons réalisé une étude épidémiologique, rétrospective, multicentrique, des consultations non programmées des nouveau-nés dans les services de pédiatrie du département de la Manche en 2019, afin de déterminer les motifs de ces consultations.

L'étude avait inclus 513 consultations non programmées. L'âge moyen des nouveau-nés était de 17 jours. Les mères étaient primipares dans 50,8% des cas. La grande majorité des nouveau-nés étaient amenés directement par leurs parents, sans avis médical préalable (87%), et 38,6% des consultations avaient lieu la nuit.

Les principaux motifs de consultation étaient les pleurs, les gênes respiratoires, et les symptômes digestifs. Le taux d'hospitalisation était de 30,2%.

Les consultations de nouveau-nés non adressés, n'ayant nécessité ni examen complémentaire, ni hospitalisation, représentaient 51,7% des consultations totales. Dans ce groupe, 52,4% des mères étaient primipares. Ces consultations avaient significativement plus souvent lieu sur les horaires de garde ($p < 0,01$). Les principaux motifs de ces consultations « simples » étaient les pleurs et les motifs digestifs.

Cette étude démontrait l'importance de l'éducation parentale, qui permettrait d'éviter des consultations non adaptées dans les services de pédiatrie. Dans le but d'améliorer l'orientation des parents au sein du réseau de soins, un dépliant à donner lors de la sortie de maternité a ainsi été conçu, rassemblant des conseils sur la santé des nourrissons.

MOTS-CLÉS : consultation ; nouveau-né ; urgences pédiatriques ; primipare ; prévention.

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

**Analytical study of non-programmed neonatal visits motives.
Development of a prevention and orientation tool within the healthcare network.**

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Newborns are a vulnerable population, and pediatric departments dealing with emergencies are not always the most adapted place for their treatment.

We performed a multicentric and retrospective epidemiological study of neonates visits to the pediatric departments of the district of La Manche in 2019, in order to determine the motives of those visits.

The study included 513 non-programmed visits. The average age of neonates was 17 days. Mothers were primiparous in 50,8% of cases. In the majority, newborns were brought directly by their parents without prior medical advice (87%) and 38,6% of visits were hold at night.

Major visits motives were crying, breathing difficulties and digestive symptoms. The hospitalisation rate was 30,2%.

Self-referred newborns, needing neither complementary exam nor further hospitalisation, represented 51,7% of all visits. In this group, 52,4% of mothers were primiparous. Those visits occurred most often on shift duties ($p < 0,01$). Crying and digestive problems were main motives of those « simple » visits.

This study showed the importance of parents education which could avoid unnecessary presentations to pediatric emergency departments. In order to improve parents orientation within the healthcare network, we have created an informing leaflet to be given at hospital discharge. It gives guidance on health care of newborn infants.

KEY WORDS : visit ; newborn ; pediatric emergency department ; primiparous woman ; prevention.