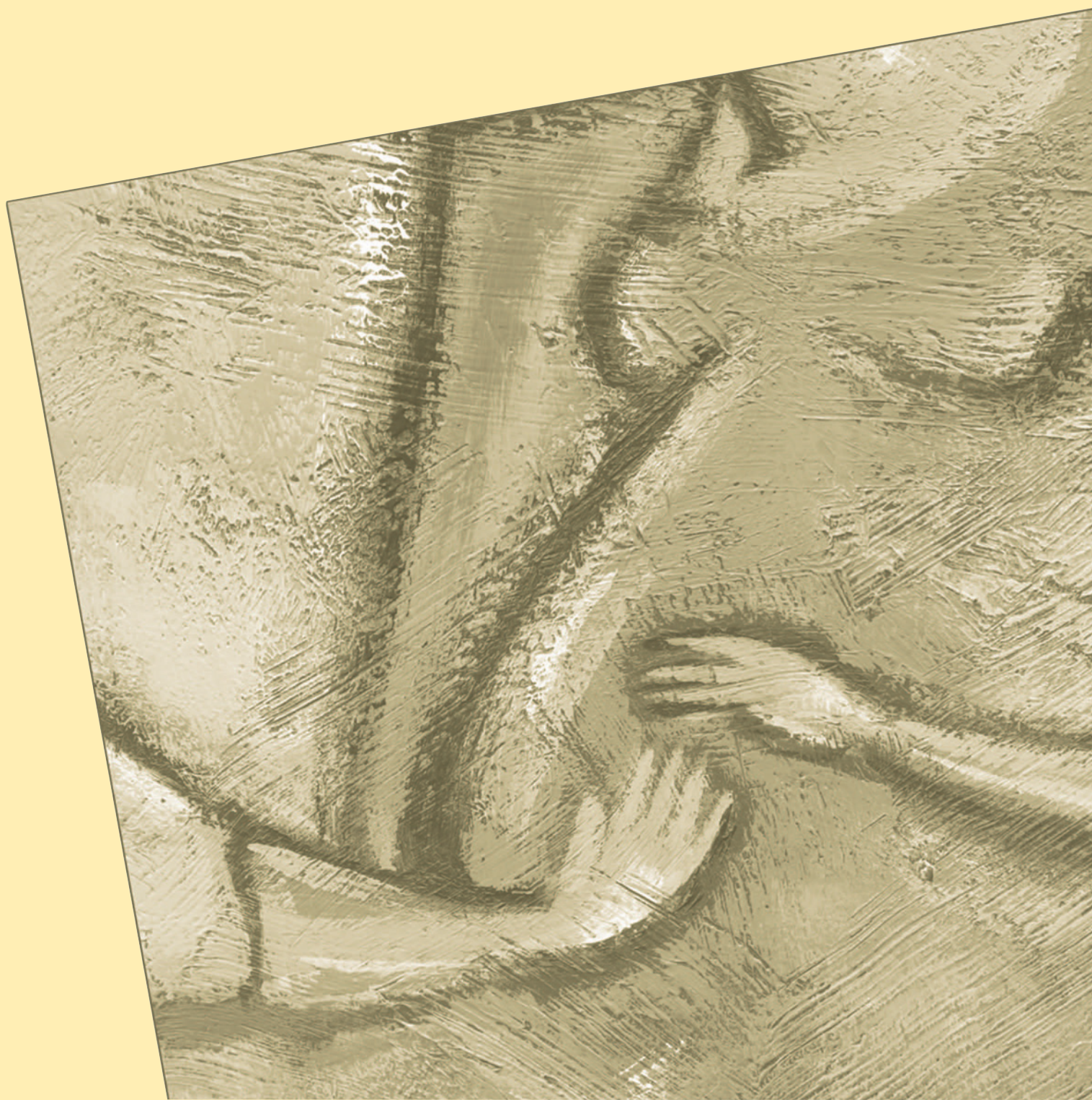


Soins au nouveau-né



Soins au nouveau-né

TABLE DES MATIÈRES

Objectif général.....	5
Objectifs spécifiques.....	5
Pour les animatrices	5
Pour la clientèle.....	5

RENCONTRES PRÉNATALES

Autres thèmes du programme-cadre	6
Durée	7
Activités d'animation.....	7
1. Accueil et introduction.....	7
2. Retour sur la rencontre précédente afin de répondre aux questions et aux besoins	7
3. Présentation du thème de la soirée et des objectifs.....	7
4. Réponses données aux parents concernant leurs besoins et leurs attentes	7

INFORMATIONS PRÉNATALES

1. Caractéristiques physiques du nouveau-né	8
Examen du nouveau-né	8
Réflexes neurologiques.....	12
2. Prendre soin du nouveau-né.....	13
Suggestions d'achats pour le bébé	13
Cohabitation	15

3.	Utilisation sécuritaire des porte-bébés souples et en bandoulière.....	16
	Les porte-bébés : d'hier à aujourd'hui.....	16
	Les types de porte-bébés contemporains	16
	Les avantages du porte-bébé	18
	Les risques associés à l'utilisation du porte-bébé.....	19
	Les aspects réglementaires	22
	Conclusion	22
	Des recommandations pour la promotion de l'utilisation sécuritaire des porte-bébés	23
4.	Développement de l'enfant.....	25
	Deux premiers mois	25
	Rôle des parents	26
	Besoins psychologiques du nouveau-né.....	26
	Guide des soins à donner à l'enfant par les parents	27
5.	Saines habitudes de sommeil	29
	Sommeil dans les premières semaines de vie	29
	Nuits	29
	Saines habitudes de sommeil chez le nouveau-né	29
6.	Coliques et pleurs	30
	Signes de coliques	30
	Bébés et les coliques	30
	Bébés et les pleurs.....	31
	Aide	31
7.	Soins de santé	32
	Consultation	32
	Enfants avec des besoins particuliers	32
8.	Soins corporels du bébé.....	33
9.	Soins buccodentaires chez le bébé.....	33
10.	Moyens à privilégier pour garder un enfant en santé	33
	Prévention	33
	Suivi de santé.....	34
	Vaccination : une protection contre la maladie	34
	Carnet de vaccination	34
	Mort subite du nourrisson (MSN)	35
	Dormir en sécurité	35
	Prévention de la tête plate	36
11.	Prévention de la maltraitance en période prénatale	37
	Programmes de prévention efficaces.....	37
	Facteurs de risque de la maltraitance	38
	Actions suggérées.....	39
	Conduite suggérée en cas de pleurs	40
	Traumatisme crânien non-accidentel (syndrome du bébé secoué)	40
	Pronostic	42

Prévention	43
Conclusion	43
12. Démarches à effectuer à la suite d'une naissance.....	44
13. Activité suggérée : Réanimation cardiorespiratoire (RCR)	44
Objectifs du programme	44
Importance de la RCR.....	44
Clientèle	44
Organisation du programme	45

Soins au nouveau-né

OBJECTIF GÉNÉRAL

- Amener les participants à développer différentes attitudes d'attachement à leur enfant afin d'être disponibles à répondre à ses besoins en vivant ensemble ces nouveaux apprentissages.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

POUR LES ANIMATRICES

- Inciter les participants à exprimer leurs attentes et leurs besoins.
- Cerner avec les participants les moyens à prendre, individuellement ou en couple, pour entrer en contact avec leur bébé pendant la grossesse et après la naissance.
- Amener les participants à exprimer leurs craintes par rapport à l'enfant.
- Renseigner les participants sur l'aspect physique du nouveau-né dès la naissance et dans les jours qui suivront.
- Permettre aux participants de connaître les moyens pour prendre soin de leur enfant et ainsi développer leurs compétences parentales.
- Renseigner les participants sur les moyens à privilégier pour garder leur enfant en santé.
- Dresser la liste, avec les participants, des articles qui sont essentiels et sécuritaires pour les soins du nouveau-né.
- Donner des informations, des conseils sur les problèmes fréquents chez les bébés qui peuvent agir comme éléments déclencheurs pour la maltraitance afin de la prévenir.
- Renseigner sur le fait qu'il ne faut jamais secouer un bébé.
- Amener les participants à connaître les formalités administratives entourant la naissance de leur enfant.

POUR LA CLIENTÈLE

- Croire en ses compétences parentales.
- Connaître les soins à donner au nouveau-né.
- Connaître les moyens pour créer des liens avec son nouveau-né.
- Démystifier leurs craintes par rapport au nouveau-né.
- Obtenir de l'information concernant l'aspect physique du nouveau-né.
- Recevoir de l'information sur le développement de l'enfant.
- Connaître les moyens pour maintenir son enfant en santé.
- Connaître les signes précurseurs ainsi que les moyens mis à sa disposition pour prévenir la maltraitance.
- Connaître les conséquences de secouer un bébé.
- Être en mesure de faire une liste d'achats d'articles sécuritaires et recommandés.
- Connaître les formalités administratives lors de l'arrivée d'un nouveau-né.

À la fin de cette rencontre,
les participants devraient croire en leur capacité parentale.

RENCONTRES PRÉNATALES

AUTRES THÈMES DU PROGRAMME-CADRE

Lors de l'animation des rencontres prénatales certains thèmes peuvent toucher les soins à donner au nouveau-né. Il est important de répondre aux questions des parents et surtout d'axer la rencontre sur la prévention et la promotion de la santé.

ACCUEIL

À la première rencontre, les animatrices peuvent faire part aux participants des articles non suggérés ou à ne pas acheter comme :

- le thermomètre auriculaire. Le meilleur choix est le thermomètre électronique « digital », à affichage numérique, en matière plastique, sans verre et sans mercure pour usage rectal (par le rectum), buccal (par la bouche) et axillaire (sous le bras) (*MVANE*, p. 491);
- les douillettes. Éviter les douillettes, car elles peuvent facilement recouvrir totalement la tête de bébé à la suite de ses mouvements (*MVANE*, p. 250);
- les produits dans le lit de bébé. Éviter les oreillers, les bordures de protection ou autres produits semblables dans le lit de bébé. Bébé peut s'étouffer contre ces objets s'il se retourne accidentellement sur le côté ou sur le ventre (*MVANE*, p. 250);
- la baignoire avec pente à l'intérieur. De 8 à 12 cm (3 à 5 po) d'eau à la température du corps est suffisant pour garder bébé au chaud (*MVANE*, p. 240);
- les moniteurs de sons. L'utilisation d'un moniteur de sons et de mouvements pour nourrisson ne remplace pas ces précautions. Toutes ces mesures de sécurité doivent être suivies même si on utilise un moniteur. (*MVANE*, p. 250).

Les accessoires recommandés sont décrits dans *MVANE* aux pages 512 à 531.

En suggérant aux parents de limiter leur liste d'achats, ceux-ci seront heureux, car ils pourront probablement mieux équilibrer leur budget.

TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT

C'est la période propice pour aborder les besoins du nouveau-né à sa naissance et dans les jours qui suivent en centre hospitalier.

ALLAITEMENT

Le rôle des parents et des accompagnants est de répondre aux besoins du nourrisson.

DURÉE

Une rencontre est prévue pour une durée d'environ deux heures.

ACTIVITÉS D'ANIMATION

1. ACCUEIL ET INTRODUCTION

Depuis le début de la grossesse, les parents se préparent à accueillir leur nourrisson chacun à leur façon. Le nouveau-né fera parti de leur vie et l'adaptation de tous les membres de la famille se fera petit à petit.

Les parents sont les personnes qui assureront le bien-être du nourrisson, qui le garderont en santé et en sécurité.

2. RETOUR SUR LA RENCONTRE PRÉCÉDENTE AFIN DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS ET AUX BESOINS

3. PRÉSENTATION DU THÈME DE LA SOIRÉE ET DES OBJECTIFS

La rencontre permettra aux futurs parents de se familiariser avec les besoins du nouveau-né et les soins à lui donner jusqu'à l'âge de trois mois. Ils recevront des informations de base sur le développement de l'enfant. Ils pourront créer à la maison, et pendant les sorties, un environnement sécuritaire pour leur nourrisson. Ils seront également informés au sujet des formalités administratives entourant la naissance.

4. RÉPONSES DONNÉES AUX PARENTS CONCERNANT LEURS BESOINS ET LEURS ATTENTES

SUGGESTIONS D'ACTIVITÉS

Questions

- Qu'aimeriez-vous savoir sur les soins à donner au nouveau-né?
- Quel sera le prénom de votre bébé? Y a-t-il une raison?
- Quelles caractéristiques aimeriez-vous retrouver ou ne pas retrouver chez votre nouveau-né?

Liste d'achats à créer

- De quels articles aurez-vous besoin pour les soins à donner à votre nouveau-né?
- Quels articles sécuritaires sont essentiels pour votre nouveau-né?

Image de l'enfant à naître

- Création d'une banque de photographies illustrant des enfants de 0 à 6 mois, de différents types physiques et avec certaines déficiences.
- Quel type d'enfant imaginez-vous?
- Quel type d'enfant serait plus difficile pour vous à accueillir?

INFORMATIONS PRÉNATALES

1. CARACTÉRISTIQUES PHYSIQUES DU NOUVEAU-NÉ

EXAMEN DU NOUVEAU-NÉ



Coup d'œil général

L'intervenant observe son allure, sa rondeur, l'harmonie des proportions entre son tronc, ses membres et sa tête. Après l'observation, il prend sa pulsation, écoute ses poumons au stéthoscope, le pèse, le mesure, etc.

Posture

Un bébé en santé a les membres fléchis, indiquant ainsi qu'il a un bon tonus.

Peau

Les bébés sont parfois couverts d'une sorte de crème blanche qu'on appelle *vernix*. Plus l'enfant arrive avant terme, plus il en a. L'enfant né après son terme en a souvent très peu, sauf dans les replis de l'aîne et des aisselles. On doit laisser le vernix sur le corps de l'enfant ou le faire pénétrer dans la peau du nouveau-né en le massant doucement. Il ne faut pas l'enlever.

La plupart des bébés pèlent dans les premiers jours, en particulier aux pieds et aux mains, surtout ceux qui sont nés après leur terme.

Le bébé devrait être d'un beau rose. Ses mains et ses pieds peuvent être légèrement bleutés quelques jours après sa naissance. La présence de jaunisse à la naissance n'est pas normale, contrairement à la jaunisse qui peut se développer les jours suivants.

Plusieurs bébés font des éruptions de petits boutons rouges dans les premiers jours. Ils disparaissent sans traitement.

Le bébé peut avoir des poils fins (duvet) sur les épaules, dans le dos et parfois sur les joues. C'est le *lanugo* qui tombe quelques jours après la naissance.

Tête

Elle est très grosse par rapport au corps, soit à peu près le quart de la longueur du corps. À la naissance, le crâne peut avoir une forme un peu bizarre, en raison du

chevauchement des os lors du passage dans le bassin. Il se replacera en quelques jours. On peut suivre très facilement les lignes de démarcation entre les os du crâne. On arrive, juste en haut du front, à la grande fontanelle, qui mesure de 2 à 4 cm de large. Elle est en forme de losange. Elle se fermera vers 18 mois. La fontanelle arrière, plus difficile à trouver, se situe juste en dessous du sommet du crâne. Elle a la forme d'un triangle. Elle se refermera au bout de 12 semaines environ.

Quelquefois, le bébé a une bosse sur la tête, appelée *bosse sérosanguine*. Elle est formée de liquide qui s'est accumulé dans les tissus à la suite de la pression subie pendant l'accouchement. Apparente dès la naissance, elle disparaîtra deux ou trois jours plus tard. Parfois, du sang s'est accumulé sous le cuir chevelu; la bosse s'appelle alors *céphalématome*. Elle prend deux ou trois jours avant d'être visible et deux à trois semaines pour disparaître. L'une et l'autre sont sans danger.

Visage

Le visage est symétrique. Il est quelquefois un peu enflé en raison de la pression subie au moment de la naissance. La plupart des bébés ont le menton reculé, ce qui leur fait un drôle de profil. Cette particularité facilite la succion. En grandissant, et dès les premiers mois, le menton reprendra une forme normale. On voit souvent sur la peau du visage de petits points blancs appelés *miliium*; ils disparaîtront aussi après quelques jours ou quelques semaines.

Certains bébés ont des *pétéchies*, c'est-à-dire de petites taches rouges sur la peau causées par l'éclatement de capillaires à l'effort. Elles disparaissent quelques jours après la naissance.

Yeux

La présence de taches rouges sur les paupières ou à la nuque est assez commune. Ces taches sont appelées *morsures de cigogne*. Elles s'estompent peu à peu dans les premiers deux ans, puis disparaissent complètement.

Les paupières sont souvent enflées pour un jour ou deux. On peut même parfois voir une tache rouge dans le blanc des yeux. Cette tache est un petit vaisseau qui s'est rompu à l'effort. Cette tache disparaîtra aussi.

Les nouveau-nés ont souvent « les yeux croches » : c'est qu'ils n'ont pas encore la coordination musculaire nécessaire pour faire leur mise au point. Avec le temps, tout redeviendra normal.

Ils ont des cils mais pas encore de larmes. Il leur faudra de deux à quatre semaines avant d'en avoir. La plupart des bébés ont les yeux gris-bleu foncés. Leur couleur définitive apparaît après plusieurs semaines ou mois.

Nez

Le nouveau-né respire par le nez et sait déjà éternuer. Le nez peut être temporairement aplati à la suite de l'accouchement.

Bouche

On aperçoit parfois sur les gencives de petites boules blanchâtres; ce sont des *perles d'Epstein* (ou kyste gingival) qui disparaissent en quelques mois. On vérifie le palais en introduisant doucement un doigt très propre dans la bouche du bébé (s'il est éveillé, il tentera probablement de le têter). Un palais normal est ferme, entier et en forme de dôme. On remarque souvent une sorte de petite ampoule au milieu de la lèvre supérieure : c'est une petite *cloche de succion* causée par la tétée.

Oreilles

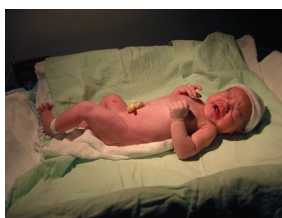
Elles peuvent parfois être froissées ou aplaties. Bien que de texture ferme (à moins que le bébé ne soit prématuré), elles sont assez malléables et reprendront leur forme peu de temps après la naissance.

Abdomen

L'abdomen est plus large que le thorax et les muscles abdominaux sont complètement relâchés. Les seins des garçons, tout comme ceux des filles, peuvent être gonflés par une petite montée de lait causée par les hormones de la mère présentes dans leur organisme. On ne doit pas essayer d'y remédier, les manipulations pourraient entraîner des problèmes.

Thorax

Le thorax bouge librement et sans effort, en synchronisme avec la respiration du bébé. On compte 40 à 60 respirations à la minute, mais elles sont le plus souvent irrégulières.



Cordon

Il est humide et mou et d'un blanc bleuté. En 24 heures, il sèche pour devenir brun foncé et dur. Il se détache et tombe de lui-même entre le 7^e et le 20^e jour après la naissance. Il peut parfois prendre jusqu'à un mois avant de tomber.

Organes génitaux

Chez la fille, la vulve est gonflée, les lèvres entrouvertes, laissant voir l'ouverture du vagin. Du mucus blanc laiteux s'en écoule souvent. Le clitoris paraît gros. La vulve reprendra une apparence normale dans les semaines qui suivent la naissance.

Chez le garçon, le scrotum est gros et rouge. Il reprendra un volume normal quelques semaines après la naissance. Les deux testicules devraient être à leur place dans le

scrotum (on peut vérifier si c'est le cas par une palpation très douce). Le prépuce ne laisse généralement pas voir le gland et il ne devrait pas être tiré vers le bas.

Anus

La 1^{re} selle, normalement dans les 24 heures, signale que tous les tuyaux communiquent.

Colonne vertébrale

Droite et plate quand le bébé est sur le ventre, elle ne doit présenter aucune ouverture sur toute sa longueur.

Ongles

Ils sont longs quand le bébé a un peu dépassé son terme, assez pour les couper... quand il dort. La peau des orteils déborde parfois sur les ongles des orteils; elle se replacera dès que les ongles durciront.

Pouls

Il varie de 120 à 160 battements par minute, mais peut ralentir ou accélérer s'il dort ou s'il pleure vigoureusement. L'intervenant vérifie si le bébé n'a pas de souffle au cœur.

Respiration

Le bébé respire de 40 à 60 fois par minute. Les mouvements de son thorax et de son abdomen sont symétriques et se font sans effort.

Température

La température rectale normale est de 36,6 à 38,0 °C.

Poids

À terme, les bébés en santé pèsent de 2 700 à 3 600 grammes. Ils peuvent perdre de 5 à 10 % de leur poids dans les premiers jours. Ils regagnent normalement ce poids avant la 10^e journée de vie.

Longueur du bébé et circonférence de la tête

Les bébés mesurent de 48 à 53 cm, proportionnellement à leur poids. La circonférence de la tête varie de 33 à 38 cm.



Hanches

À la naissance, le médecin ou la sage-femme maintient les jambes du bébé pliées et lui ouvre largement les cuisses (en « grenouille ») pour vérifier si les fémurs sont normalement insérés dans les jointures du bassin.

RÉFLEXES NEUROLOGIQUES

Le nouveau-né a des réflexes neurologiques propres à lui. Le médecin vérifie si les réflexes fonctionnent bien afin de confirmer l'intégrité neurologique du bébé.



RÉFLEXES LES PLUS IMPORTANTS

Moro



Le réflexe de Moro est observé lorsque le bébé réagit brusquement à un bruit ou à un autre stimulus; il étend alors ses bras en réaction à ce bruit. Ce réflexe disparaît entre un et quatre mois.

Préhension

Ce réflexe se produit lorsqu'une personne place son doigt dans la paume de la main du bébé; le bébé replie alors ses doigts et serre le doigt de la personne. La même chose survient si on place un doigt sous ses orteils.

Marche

Si l'intervenant tient le bébé en position verticale, il amorcera un mouvement de marche quand ses pieds toucheront une surface ferme

Succion et points cardinaux

Si on touche légèrement la joue ou les lèvres du bébé, il se tourne vers le côté stimulé et cherche à téter. En plaçant un doigt dans sa bouche, on déclenche le réflexe de succion.

Babinski

Le bébé ouvre ses orteils en éventail quand on glisse le doigt le long d'un côté de son pied.

Tout en se fiant à chacune des observations et des mesures expliquées plus haut, tout examinateur expérimenté évalue l'ensemble de ce qu'il voit : le comportement du bébé, ses réactions pendant qu'il l'examine, etc.

Inspiré de : *Une naissance heureuse*,
Isabelle Brabant, Éditions Saint-Martin, p. 302 à 305.

2. PRENDRE SOIN DU NOUVEAU-NÉ

SUGGESTIONS D'ACHATS POUR LE BÉBÉ

LA LAYETTE

Elle doit être de fibres naturelles, le plus possible.

- Trois douzaines de couches de tissu et quatre à six couvre-couches ou couches jetables (MVANE, p. 242 à 245);
- quatre à six camisoles;
- quatre à six pyjamas;
- un chandail de laine;
- un bonnet de coton ou de laine, selon la saison;
- une enveloppe appropriée à la saison;
- trois draps de coton ou de flanelle, de la grandeur du matelas (contour) (MVANE, p. 521);
- quatre couvertures de laine;
- trois piqués de coton ou alèses;
- deux grandes serviettes et au moins quatre débarbouillettes.

PRÉCAUTION

De préférence, lavez les vêtements neufs avant de les faire porter à votre enfant.
Et attention aux assouplissants : ils créent des irritations
chez certains nouveau-nés (MVANE, p. 220).



LES ACCESSOIRES

- Seau à couches (si couches de tissu);
- lit à matelas ferme (répondant aux normes de sécurité du gouvernement canadien) (*MVANE*, p. 519 à 521);
- siège d'auto (répondant aux normes de sécurité du gouvernement canadien, du gouvernement québécois et installé adéquatement) (*MVANE*, p. 513 à 517);
- poussette (*MVANE*, p. 207);
- chaise haute (*MVANE*, p. 526);
- porte-bébé (*MVANE*, p. 206-207);
- baignoire (*MVANE*, p.240);
- Panier ou plateau contenant :
 - savon doux, blanc, non parfumé, au pH neutre au besoin;
 - lotion ou crème hydratante non parfumée;
 - crème à base d'oxyde de zinc ou vaseline;
 - petits ciseaux à ongles (*MVANE*, p.238).



LA PHARMACIE

Le thermomètre

Le meilleur choix est le thermomètre électronique « digital », à affichage numérique, en matière plastique, sans verre et sans mercure pour usage rectal (par le rectum), buccal (par la bouche) et axillaire (sous le bras) (*MVANE*, p. 491).

COHABITATION



Les parents sont les personnes les plus compétentes pour s'occuper de leur enfant. À moins de problèmes majeurs de santé, le bébé devrait demeurer auprès de ses parents.

La cohabitation rassure les parents en leur permettant d'examiner leur bébé des pieds à la tête tout en leur offrant l'occasion de continuer à le connaître et à l'aimer. La cohabitation se fait en toute confiance, sachant qu'ils peuvent compter sur un soutien rapide et adéquat en tout temps. Elle favorise et intensifie le lien affectif entre le nouveau-né et le parent.

Peu à peu, les parents apprendront à différencier les pleurs de leur bébé, à reconnaître les signes de faim et ils découvriront les particularités de leur enfant. Ils se familiariseront avec les soins à donner à l'enfant, se feront confiance plus rapidement, rendant ainsi le retour à la maison plus facile.

La cohabitation permet également de connaître le rythme du bébé, de reconnaître les signes de faim et de le nourrir selon ses besoins. Elle facilite la mise au sein, car la mère peut allaiter dès les premiers signes de faim, et favorise la réussite de l'allaitement. Elle permet d'encourager le contact peau à peau pour initier la tétée, de maintenir la température du nouveau-né et son taux d'humidité. Les parents peuvent aussi observer leur bébé en toute quiétude.

La cohabitation est une période d'apprentissage, d'apprivoisement entre le bébé et ses parents. Elle permettra aux parents de se sentir plus rassurés en ce qui concerne les soins à prodiguer à leur nouveau-né en quittant le centre hospitalier.

Chaque lieu de naissance offre des services pour répondre aux besoins des parents et du soutien pour les accompagner dans leur apprentissage.

3. UTILISATION SÉCURITAIRE DES PORTE-BÉBÉS SOUPLES ET EN BANDOULIÈRE

LES PORTE-BÉBÉS : D'HIER À AUJOURD'HUI

L'historique de l'utilisation des porte-bébés

Depuis des siècles, dans plusieurs sociétés, le portage¹ d'enfants a permis à des parents de concilier leurs tâches quotidiennes avec les soins à donner aux très jeunes enfants. Par exemple, les Mexicains transportent l'enfant sur le dos dans un tissu noué sur l'épaule appelé *rebozo* et les Péruviens le portent sur leur dos dans un châle nommé *manta*. Les Inuits du Grand Nord canadien le déposent sur leur dos dans un *amauti* fait d'un matériel chaud et épais.

Dans les années 50, un changement survient dans le style de portage des enfants : les poussettes et autres sièges rigides prédominent. Les croyances de l'époque veulent que le portage traditionnel soit le lot des classes paysannes, nuise au développement de l'autonomie de l'enfant et le gêne inévitablement.

Au cours des 30 dernières années, des travaux de recherche ont démontré l'importance du contact physique pour le développement de l'enfant. Cette découverte a entraîné une augmentation de l'usage du porte-bébé en Amérique, notamment en raison de la proximité qu'il permet avec l'enfant.

LES TYPES DE PORTE-BÉBÉS CONTEMPORAINS

Les porte-bébés actuellement sur le marché prennent des formes variées et le vocabulaire utilisé pour les désigner n'est pas toujours uniforme. Nous les classons en trois types : les porte-bébés en bandoulière, les porte-bébés souples et les porte-bébés rigides.

Les porte-bébés en bandoulière

Les porte-bébés en bandoulière sont constitués d'une large bande de tissu, souvent retenue à l'épaule du parent par un nœud ou par une boucle, au creux de laquelle l'enfant est installé. Il existe une variante faite d'une bande de tissu formant un tube et qui n'a donc pas besoin d'être attachée. Enfin, d'autres modèles sont constitués d'une large bande de tissu qui peut être enroulée de diverses façons autour du parent et de l'enfant afin de le maintenir en place contre le parent. Les porte-bébés en bandoulière permettent le portage dans diverses positions sur le ventre, sur la hanche ou sur le dos du parent.

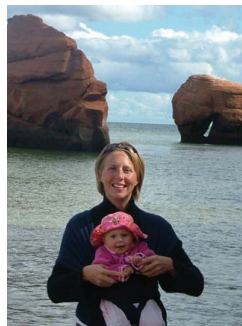
¹ Le portage est une activité qui consiste à transporter l'enfant dans les bras d'un adulte ou à l'aide d'un équipement de type porte-bébé.



Photographies tirées de : www.mamankangourou.com

Les porte-bébés souples

Les porte-bébés souples sont munis de sangles, de courroies, de fixations ou de fermetures éclair qui servent à ajuster le porte-bébé à la taille du parent et à celle de l'enfant. Ces modèles se portent généralement sur le ventre du parent, quoique certains permettent le portage sur le dos.



Les porte-bébés rigides

Portés sur le dos du parent, ces produits ont des armatures en métal qui permettent de maintenir le bébé dans une position assise ou mi-assise. Ces modèles semblent être utilisés surtout pour des activités de plein air. Ils concernent souvent les enfants de plus de neuf mois.



LES AVANTAGES DU PORTE-BÉBÉ

Les porte-bébés ont l'avantage de permettre une mobilité accrue lors des déplacements à pied ou dans les transports en commun. Ils offrent également la possibilité pour le parent de vaquer à d'autres occupations tout en gardant un œil sur l'enfant et en étant disponible pour répondre à ses besoins. Au-delà de ces aspects pratiques, le portage favorise également certaines dimensions de la relation parent-enfant et du développement des enfants.

Les premières recherches sur le portage traitent des bienfaits associés à la méthode Kangourou, c'est-à-dire le contact peau à peau entre la mère et le nouveau-né prématuré durant les heures et les jours suivant sa naissance. Cette méthode est largement reconnue pour ses effets positifs, physiologiques, cognitifs et émotionnels auprès des enfants prématurés. Feldman et autres (2002) révèlent également un impact positif de la méthode (lorsqu'elle est mise en pratique une heure par jour pendant 14 jours consécutifs) sur l'humeur et les comportements des parents lors d'interactions avec leur enfant. Les mères qui ont porté leur enfant prématuré durant l'hospitalisation souffrent moins de dépression et le perçoivent moins souvent comme étant anormal. Six mois après la naissance, elles font preuve de plus de sensibilité, d'adaptabilité et de chaleur et sont plus débrouillardes lors des interactions avec leur enfant que les mères du groupe contrôle.

Des avantages de la méthode Kangourou ont aussi été documentés chez les enfants nés à terme. Par exemple, Ferber et Makhoul (2004) montrent que des épisodes de contact peau à peau d'une heure, débutant 15 minutes après la naissance, ont pour effet que les enfants dorment plus longtemps, pleurent moins et sont moins grincheux, effectuent plus de mouvements et de postures de fléchissement et moins de mouvements d'extension que les enfants du groupe contrôle, et ce, quatre heures après la naissance. Ces manifestations d'une saine régulation du sommeil et du système moteur sont des indicateurs d'une bonne adaptation du bébé au monde extérieur.

Les études traitant spécifiquement des avantages du portage au-delà de la période postnatale sont plus rares. Certaines se sont attardées à la diminution des pleurs, mais les avantages à cet égard sont incertains, car les résultats des études sont contradictoires. Par ailleurs, l'étude d'Anisfeld et autres (1990) a démontré l'utilité des porte-bébés pour promouvoir l'attachement sécurisant chez l'enfant. En effet, les enfants portés plusieurs heures par jour à partir de la naissance jusqu'à environ huit mois ont, à l'âge d'un an, développé un attachement sécurisant dans 83 % des cas contre 38 % pour les enfants du groupe contrôle qui étaient transportés dans un siège rigide. L'enfant qui développe un attachement sécurisant développe sa confiance envers ses parents et sa confiance en lui-même pour lui permettre d'explorer son environnement.

LES RISQUES ASSOCIÉS À L'UTILISATION DU PORTE-BÉBÉ

Les décès

L'utilisation d'un porte-bébé présente certains risques pour la santé des enfants. Précisons d'abord que très peu d'enfants meurent de causes liées à l'utilisation d'un porte-bébé. Au Canada, au cours des dix dernières années, trois décès sont survenus lorsque l'enfant était dans un porte-bébé (deux au Québec et un en Ontario).

Dans le cas provenant de l'Ontario, la cause du décès d'un enfant âgé d'un mois n'est pas encore établie. Selon les rapports des coroners sur les deux décès recensés au Québec, dans un cas, le décès d'un bébé âgé d'un mois n'a pas de cause identifiable, mais les observations sont compatibles avec le syndrome de mort subite du nourrisson. Dans l'autre cas, la cause la plus probable du décès d'un bébé de quatre mois dans un *amauti* (porte-bébé traditionnel inuit) est l'asphyxie positionnelle. Une experte consultée fait toutefois valoir qu'il n'y a aucune différence à l'examen entre l'asphyxie et la mort subite. Le fait qu'aucune cause médicale n'ait été identifiée n'exclut donc pas que la position du bébé dans le porte-bébé soit en cause. Il n'y a cependant aucun moyen de le prouver.

Une analyse des bases de données américaines du National Electronic Injury Surveillance System (NEISS) effectuée à la demande de l'INSPQ sur les porte-bébés en bandoulière exclusivement fait état cinq décès sur une période de dix ans, soit du 1^{er} janvier 1998 au 31 décembre 2007. Les victimes étaient âgées de un à cinq mois. Il est à noter que les données tirées du NEISS représentent un échantillon et non le nombre exact de tous les décès qui se sont produits aux États-Unis durant cette période.

À partir de ces données, on peut conclure que les décès, bien que très rares, semblent toucher les très jeunes bébés. Peu de détails sont fournis quant aux circonstances de ces décès (p. ex. : la position du bébé ou l'activité à laquelle s'adonnait le parent au moment du décès).

Les blessures

Il est impossible de chiffrer avec exactitude les blessures résultant d'incidents associés à l'utilisation de porte-bébés. Au Canada, les données dont nous disposons ont été recensées dans les urgences des hôpitaux canadiens affiliés au *Système canadien hospitalier d'Information et de recherche en prévention des traumatismes* (SCHIRPT), dont 10 sur 14 sont des hôpitaux pédiatriques.

D'après ces données, 103 incidents liés à l'utilisation de porte-bébés souples ou en bandoulière chez les enfants âgés de 0 à 11 mois ont été comptabilisés dans les hôpitaux participants au Canada (tableau I). L'ensemble de ces incidents représente 1,5 % de tous les incidents associés à l'utilisation de produits pour bébés (poussettes, parcs, etc.). En comparaison, les incidents associés à l'utilisation de poussettes représentent 22 % des blessures alors que les incidents associés aux sièges d'auto utilisés à la maison s'élèvent à près de 20 % pour le même groupe d'âge et la même période.

**Les incidents liés à l'utilisation d'un porte-bébé
représentent 1,5 % de tous les incidents associés
à l'utilisation de produits pour enfants au Canada
et 0,7 % au Québec.**

Le tableau I présente les données provenant des hôpitaux-sentinelles du SCHIRPT du Canada et du Québec. De façon générale, on constate que les résultats observés au Québec sont comparables à ceux obtenus pour l'ensemble des hôpitaux participants au Canada.

TABLEAU I

**NOMBRE ET POURCENTAGE D'INCIDENTS IMPLIQUANT DIFFÉRENTS TYPES DE PRODUITS POUR BÉBÉS
CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 0 À 11 MOIS, ENTRE 1997 ET 2006,
RECENSÉS PAR LES HÔPITAUX CANADIENS ET QUÉBÉCOIS PARTICIPANT AU SCHIRPT**

TYPE DE PRODUIT	HÔPITAUX DU CANADA Nb total d'incidents : 40 970	HÔPITAUX DU QUÉBEC Nb total d'incidents : 12 493
Poussettes	1 490 (22,1 %)	410 (18,8 %)
Sièges d'auto utilisés à la maison	1 317 (19,5 %)	258 (11,8 %)
Porte-bébés	103 (1,5 %)	15 (0,70 %)
Autres produits pour bébé	3 840 (56,9 %)	1 499 (68,7 %)
TOTAL	6 750 (100 %)	2 182 (100 %)

Nous avons analysé les causes et les circonstances des incidents impliquant un porte-bébé à partir des cas recensés dans les hôpitaux pédiatriques SCHIRPT du Québec. Ces données ont été obtenues directement auprès des professionnels responsables de ces bases de données. L'analyse de ces données a permis de recenser, entre 1997 et 2006, 26 incidents impliquant un porte-bébé en bandoulière ou souple avec des enfants de moins d'un an (voir tableau II). Les informations disponibles étaient suffisamment détaillées pour s'assurer que le produit impliqué était bel et bien un porte-bébé en bandoulière ou souple et non un autre type de porte-bébé.

TABLEAU II
FRÉQUENCE ET POURCENTAGE DE CHAQUE TYPE DE BLESSURES
LIÉES À L'UTILISATION DE PORTE-BÉBÉS AU QUÉBEC CHEZ LES ENFANTS DE MOINS D'UN AN
ENTRE 1997 ET 2006 RECENSÉES PAR LES HÔPITAUX QUÉBÉCOIS PARTICIPANT AU SCHIRPT

NATURE DES BLESSURES	FRÉQUENCE ET POURCENTAGE
Traumatismes crâniens	12 (46,1 %)
Fractures	5 (19,2 %)
Blessures légères	5 (19,2 %)
Aucune blessure	3 (11,5 %)
TOTAL	26 (100 %)

Les causes de ces incidents sont variées (voir tableau III). Dans 16 cas (61,5 %), les incidents sont dus à une chute du parent. Dans 7 cas (26,9 %), l'enfant est tombé du porte-bébé alors que, par exemple, le parent se penchait ou que le porte-bébé était mal attaché. Dans les 3 autres incidents (11,5 %), le porteur s'est cogné avec l'enfant contre une porte; l'enfant s'est brûlé avec de l'eau bouillante; l'enfant s'est brûlé contre une porte de four.

TABLEAU III
FRÉQUENCE ET POURCENTAGE DES CAUSES LIÉES AUX INCIDENTS IMPLIQUANT
L'UTILISATION DE PORTE-BÉBÉS AU QUÉBEC CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS
D'UN AN ENTRE 1997 ET 2006 RECENSÉES PAR LES HÔPITAUX QUÉBÉCOIS PARTICIPANT AU SCHIRPT

CAUSE DES INCIDENTS	FRÉQUENCE ET POURCENTAGE
Chute du parent	16 (61,5 %)
Chute de l'enfant	7 (26,9 %)
Autres	3 (11,5 %)
TOTAL	26 (100 %)

La majorité des blessures sont graves. En effet, dans 12 de ces 26 cas (46,1 %), des traumatismes crâniens se sont produits alors que dans 6 incidents (23,1 %), l'enfant a subi une fracture (dont 5 fractures du crâne). Des blessures légères (brûlures ou ecchymoses) sont rapportées dans 5 incidents (19,2 %) et 3 des incidents (11,5 %) n'ont occasionné aucune blessure. Par ailleurs, 6 enfants ont dû être admis à l'hôpital (23,1 % de l'ensemble des cas).

La majorité des blessures sont graves (traumatismes crâniens ou fractures).

Un rapport antérieur effectué à partir de données du SCHIRPT pour l'ensemble du Canada rapporte des résultats similaires à ceux qui ressortent des données québécoises en ce qui a trait aux principaux types de blessures (blessures à la tête et fractures) et aux causes principales des incidents (chute du parent ou de l'enfant). Parmi les causes moins fréquentes, toutefois, il y a plus de variété que dans les données québécoises. Certains incidents se produisent lorsque l'enfant tombe alors qu'on le place dans le porte-bébé ou qu'on l'en retire (4 cas); lorsque l'enfant tombe en raison d'un bris ou du mauvais fonctionnement du porte-bébé (p. ex. : une boucle qui se détache) (2 cas), lorsque le porteur est heurté par une voiture (1 cas); ou encore lorsque l'enfant est placé sur une chaise alors qu'il est dans le porte-bébé (1 cas). Ces causes représentent 15,8 % des 57 cas examinés dans le rapport.

LES ASPECTS RÉGLEMENTAIRES

Au Canada, il n'existe aucune norme obligatoire à respecter par les fabricants lors de la confection d'un porte-bébé, ni de norme que ces produits doivent respecter avant d'être importés au pays. Cependant, les fabricants ou importateurs peuvent suivre les normes volontaires produites pour les porte-bébés souples par la *American Society for Testing and Materials (ASTM)*, une organisation sans but lucratif qui développe des normes faisant consensus parmi des représentants des utilisateurs, des gouvernements, des manufacturiers et des concepteurs de produits. Aucune norme ne traite des porte-bébés en bandoulière.

Ces normes ont pour but de minimiser les risques d'incidents lors d'une utilisation normale du produit et de toute mauvaise utilisation raisonnablement prévisible. Elles précisent les exigences en matière de sécurité, de performance et de résistance du produit ainsi que le marquage à apposer concernant une utilisation sécuritaire et les mises en garde. Par exemple, selon cette norme, les instructions ou les mises en garde doivent préciser que les enfants très jeunes ou de petite taille peuvent tomber par l'ouverture prévue pour les jambes et qu'avant chaque utilisation, il faut vérifier si les attaches, les sangles, les boutons pression, etc., sont solides et fonctionnels.

CONCLUSION

Les porte-bébés présentent des avantages, notamment de faciliter la vie des parents et de favoriser le développement d'un attachement sécurisant chez le jeune enfant. Par contre, l'utilisation de porte-bébés comporte certains risques. L'ampleur de ces risques, toutefois, ne peut être mesurée. En effet, bien que la fréquence des blessures liées aux porte-bébés soit inférieure à celle des blessures associées aux autres produits pour bébés, l'absence de données sur le nombre d'utilisateurs et la fréquence d'utilisation de ces produits fait en sorte qu'il nous est impossible de déterminer si les porte-bébés sont plus ou moins sécuritaires que les autres types de produits pour enfant.

Bien que peu fréquentes, les blessures liées aux porte-bébés peuvent être graves (p. ex. : les traumatismes crâniens et toutes blessures qui entraînent une hospitalisation). Par

contre, ces blessures semblent évitables. En effet, les blessures répertoriées se produisent principalement en raison d'une chute du porteur ou de l'enfant.

En ce qui concerne les décès liés à l'utilisation de porte-bébés, ils sont très rares et nous disposons de peu d'information sur leurs circonstances. Il semble toutefois que la probabilité d'un tel incident serait réduite dans la mesure où les parents prennent des précautions pour s'assurer que les voies respiratoires de l'enfant ne soient pas obstruées et que la tête ne soit pas fléchi sur la poitrine du tout jeune bébé.

DES RECOMMANDATIONS POUR LA PROMOTION DE L'UTILISATION SÉCURITAIRE DES PORTE-BÉBÉS

À la lumière des données présentées, nous recommandons aux intervenants de promouvoir l'utilisation sécuritaire des porte-bébés souples et en bandoulière auprès des parents.

Les consignes suivantes doivent leur être transmises.

Lors du choix d'un porte-bébé :

- vérifier que le produit n'a fait l'objet d'aucun rappel auprès de Santé Canada en consultant le site suivant : www.hc-sc.gc.ca/cps-spc/index-fra.php;
- choisir un produit de la taille appropriée tant pour l'adulte qui le porte que pour l'enfant, afin d'éviter que l'enfant ne soit expulsé si l'adulte se penche ou que les coutures ne cèdent sous le poids du bébé (voir les mises en garde apposées sur le produit).

Avant d'utiliser le porte-bébé :

- lire les consignes d'utilisation, respecter la période d'âge visée par le produit, et le poids minimum/maximum de l'enfant. S'assurer d'installer l'enfant de façon sécuritaire et de l'utilisation qu'on veut en faire. Toutes les consignes devraient être conservées pour un usage futur;
- s'assurer, avant chaque usage, du bon état du porte-bébé. Surveiller notamment les coutures, les attaches et les sangles.

Lors de l'installation de l'enfant dans le porte-bébé :

- dans le cas d'un porte-bébé en bandoulière, bien attacher tout nœud ou boucle pour éviter la chute de l'enfant. Les consignes d'utilisation devraient comprendre des exemples de nœuds sécuritaires;
- placer l'enfant dans une position où il peut bien respirer. Par exemple, dans un porte-bébé en bandoulière, le menton de l'enfant ne doit pas reposer sur sa poitrine et son visage ne doit pas être écrasé contre le corps du parent. Aucun objet ne doit bloquer sa respiration (manteau, couvertures, sangles, vêtements). Sa tête, son cou et sa poitrine doivent être bien droits pour permettre une bonne oxygénation;
- s'assurer aussi que le dos de l'enfant est bien maintenu pour favoriser son confort et sa croissance normale. Quant à ses jambes, si l'enfant est placé face au parent, il est préférable qu'elles soient relevées en angle droit (position grenouille) pour éviter des malformations au niveau des hanches;

- porter l'enfant dans une position élevée sur le torse du porteur et très près du corps pour distribuer le poids de façon efficace et rendre le portage moins fatigant pour l'adulte;
- bien ajuster les sangles et attacher solidement toutes les boucles dans les cas des porte-bébés souples;
- s'assurer que les ouvertures pour les jambes soient petites pour éviter que l'enfant ne glisse par ces ouvertures, mais qu'elles ne soient pas serrées au point de couper la circulation sanguine dans ses jambes dans le cas de porte-bébés souples.

Lors de l'utilisation du porte-bébé :

- tenir l'enfant quand on se penche pour éviter qu'il ne roule ou ne glisse du porte-bébé et être attentif à ne pas le cogner contre des objets (p. ex. : cadrage de porte);
- protéger l'enfant du froid lors des déplacements extérieurs en hiver et favoriser la circulation sanguine de ses membres régulièrement. Ne pas bloquer sa respiration en le recouvrant du manteau du porteur;
- éviter d'encombrer les allées et les escaliers d'objets pouvant provoquer une chute du porteur;
- ne pas utiliser un porte-bébé pendant des activités qui présentent un danger pour l'enfant, comme faire la cuisine, boire un breuvage chaud ou faire des activités sportives (p. ex. : se promener à bicyclette ou encore conduire une voiture, monter sur un tabouret ou une échelle, courir, patiner, prendre des objets dans des endroits surélevés, d'où ils pourraient tomber et heurter l'enfant);
- ne pas utiliser un porte-bébé dans des environnements où les risques de chutes sont élevés (p. ex. : un trottoir glacé);
- ne pas se coucher ou faire une sieste avec l'enfant dans le porte-bébé;
- ne pas laisser l'enfant seul dans un porte-bébé.

De plus, les établissements de santé et de services sociaux qui distribuent des porte-bébés doivent :

- offrir aux parents une information à jour et une démonstration simple et claire sur l'utilisation sécuritaire du porte-bébé;
- s'assurer qu'il est inscrit sur les porte-bébés fournis aux parents qu'ils adhèrent à la norme volontaire américaine (dans le cas des porte-bébés souples) et qu'ils sont en bon état. S'il s'agit de porte-bébés en bandoulière, étant donné l'absence de norme, il faut s'assurer que le tissu est ignifuge et que les anneaux et les coutures sont solides.

En plus de ces recommandations, l'élaboration de cet avis a fait ressortir certains constats qu'il nous semble pertinent de partager avec d'autres instances :

- nous aimerions porter à l'attention de la direction de la sécurité des produits de Santé Canada l'importance de se doter d'une norme canadienne pour les porte-bébés fabriqués au Canada ou importés, et de rendre cette norme obligatoire;
- en l'absence d'une telle norme, il serait aussi souhaitable que les fabricants et les distributeurs de porte-bébés se conforment à la norme sur les porte-bébés souples de la ASTM (norme F2236-08a) et s'assurent que les porte-bébés en bandoulière répondent aux critères de sécurité de tout produit pour bébé (p. ex. : tissu non-toxique et ignifuge). De plus, tout produit présentant un danger potentiel devrait être retiré rapidement du marché;

- enfin, les chercheurs pourraient documenter le nombre d'enfants transportés avec un porte-bébé et la fréquence d'utilisation de ce type de produit. Ils pourraient également étudier l'adhésion des parents aux consignes de sécurité.

Tiré de : Avis sur l'utilisation sécuritaire des porte-bébés souples et en bandoulière,
Institut national de santé publique du Québec,
Direction du développement des individus et des communautés, 2009.
Texte intégral : [http : www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)
Reproduction autorisée par les Publications du Québec.

4. DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

DEUX PREMIERS MOIS

Dès sa naissance

- Il a besoin d'être pris, il reconnaît l'odeur de la mère;
- il tète à vide par réflexe. Il a la capacité de téter et il a une préférence pour le lait maternel (goût, odorat);
- il entend et a une préférence pour la voix de sa mère et pour les sons familiers;
- il garde les poings fermés et il a le réflexe de préhension : il saisit un doigt lorsqu'on lui touche la paume;
- il bascule sa tête en avant et en arrière lorsqu'il est assis;
- il dort sur le dos, sur une surface ferme et il préfère être près de sa mère.

Au cours du premier mois

- Il sursaute et se réveille à l'audition d'un bruit fort;
- il mâche son poing;
- il fixe et suit un objet ou un visage à 20 ou 30 cm de son visage et il regarde et observe les yeux;
- il aime être caressé et ses sens se développent lorsqu'on les stimule;
- il aime regarder un mobile au-dessus de son lit ou tout autre objet qui défile devant ses yeux;
- il agite ses bras et ses jambes en jouant;
- il peut commencer à se rouler sur le côté lorsqu'il est sur le dos;
- il pleure pour communiquer ses besoins et pour signaler sa peine ou sa détresse;
- il pleure lorsqu'il a faim, que sa couche est souillée ou qu'il est mal à l'aise;
- il s'endort facilement à la fin du boire pour de courtes périodes.

Au cours du deuxième mois

- Il aime entendre chanter et il émet des sons surtout quand on lui parle;
- il sourit aux personnes qu'il connaît et leur fait des vocalises;
- il maintient sa tête droite même s'il chancelle encore lorsqu'il est assis;
- il tient sa tête droite quand il est appuyé sur une épaule;
- il tente d'attraper des objets et de les tenir quelques secondes dans ses mains;
- il peut tenir un hochet et l'agiter;
- il cesse rapidement de pleurer lorsqu'il est pris dans les bras, bien qu'il puisse avoir des périodes de pleurs excessifs;
- il devient calme au son des voix douces et familières.

RÔLE DES PARENTS



- Retenir sa tête lorsqu'ils le prennent ou le déplacent;
- caresser le bébé en lui prodiguant des soins qui répondent à ses besoins physiques et affectifs;
- toucher le bébé avec tendresse contribue au développement de son cerveau;
- parler au bébé et chanter dès sa naissance en le berçant : il écoute, il reconnaît ses parents, il aime entendre leur voix;
- dire les mots justes pour lui parler, par exemple « auto » et non « toto »;
- récompenser ses premiers sons par des sourires et des caresses;
- lui faire écouter de la musique ou lui réciter des comptines;
- coucher le bébé sur le ventre quand il est éveillé pour qu'il exerce sa tête à se relever et rester près de lui pour le surveiller;
- changer le bébé de position et d'endroit plusieurs fois par jour;
- placer le bébé dans des positions pour qu'il puisse voir ses parents;
- rassurer le bébé rapidement en le prenant quand il pleure, car il est facilement en détresse et ses pleurs sont sa façon de s'exprimer;
- prendre le bébé souvent;
- utiliser un porte-bébé, la proximité le sécurise et il conserve sa chaleur;
- ne pas le secouer, c'est dangereux pour lui. Si les parents se sentent excédés par ses pleurs, ils doivent le déposer dans son lit et demander de l'aide;
- jouer avec lui durant le bain et le masser avec une crème douce, cela lui fera plaisir;
- choisir des jouets sonores de différentes formes et couleurs, et suffisamment gros pour éviter les risques d'étouffement. Les miroirs incassables, les anneaux de dentition et les animaux en tissu doux sans pièces détachables sont ses jouets préférés. Il peut les téter ou les secouer;
- laisser des périodes de calme lors de stimulations lorsqu'il démontre des signes de fatigue;
- nourrir le bébé pendant la nuit, car il est petit pour passer de longues périodes sans manger. Vers la 6^e semaine, son besoin de nourriture peut augmenter en raison d'une poussée de croissance;
- éviter dès la naissance de l'exposer à la fumée secondaire.

Adapté de : *Développement de notre enfant de 0 à 2 ans*, Agence de santé publique du Canada, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Québec, 2005.

BESOINS PSYCHOLOGIQUES DU NOUVEAU-NÉ

Le toucher, le rituel des boires et des dodos et plus tard le jeu viennent imprimer toutes sortes de sentiments, les mêmes que l'adulte est appelé à vivre toute sa vie : le bien-être en réponse à un sourire, le soulagement, la joie d'être pris et le plaisir d'être touché.

Prendre le bébé, le changer, le caresser, lui parler, le laver sont des occasions d'apprendre à connaître le nourrisson. Toutes ces activités permettent au bébé de sentir, de voir, d'entendre et aussi de toucher pour entrer en contact avec le monde extérieur qui l'entoure.

Le nouveau-né est unique. Il possède un bagage au regard de sa personnalité, de sa propre façon d'entrer en contact et de sa disponibilité d'exprimer ses besoins.

GUIDE DES SOINS À DONNER À L'ENFANT PAR LES PARENTS

Les pleurs du bébé sont un moyen vital de communication. Il n'y a pas de recette magique pour combler les besoins de l'enfant.



Besoin de tendresse

Le simple fait de prendre le bébé et de le tenir dans ses bras est une marque d'amour.
« On ne gâte pas un bébé en répondant à ses besoins de réconfort et d'amour ».

Besoin d'être nourri

La faim est la cause la plus commune des pleurs chez le bébé. La contraction de l'estomac produit le même type de sensation douloureuse qu'éprouve l'adulte qui souffre de faim.

Besoin de confort

La température de la pièce, si elle est trop froide ou trop chaude, peut porter le bébé à pleurer. Le parent doit prendre l'habitude de couvrir l'enfant de la même épaisseur de vêtement que celle qu'il porte lui-même, puis ajouter une épaisseur comme, par exemple, une couverture ou un châle. Le bébé sera bien avec une couche sèche, des vêtements amples et doux et dans une position confortable. Il est important que rien ne lui fasse mal ou ne le blesse.

Besoin de boire

Entre les boires, ses pleurs peuvent exprimer qu'il a besoin d'eau, surtout s'il fait chaud, qu'il a de la diarrhée ou de la fièvre. Le bébé allaité étanche sa soif naturellement au sein.

Besoin de succion

Le besoin de téter est instinctif chez le nouveau-né. C'est une question de vie. La succion au sein est naturelle et idéale pour le bébé. C'est pourquoi l'Organisation mondiale pour la santé (OMS) et l'Unicef suggèrent d'éviter les sucettes pour les bébés nourris au sein, à tout le moins pendant les premières semaines de vie.



Besoin de réconfort

Les gaz gastro-intestinaux sont douloureux et peuvent être la cause des pleurs du bébé. Le parent doit veiller à ce que le bébé prenne suffisamment de lait et s'assurer qu'il éructe bien. Le parent peut soulager les malaises de son enfant en le tenant contre lui et en le cajolant dans le dos tout en marchant dans la pièce.

Besoin d'attention

Changer souvent le bébé de position, lui faire voir des objets et lui faire entendre certains sons peuvent contribuer à le distraire. Le tout jeune bébé peut percevoir la couleur et le mouvement. Il a besoin de stimulations. Il faut le prendre, lui parler, lui présenter des objets aux couleurs vives, le changer de position et être présent!

5. SAINES HABITUDES DE SOMMEIL

Le sommeil est très important pour la santé et le bien-être de l'enfant. Les enfants qui ne dorment pas assez peuvent éprouver de la difficulté durant le jour et la nuit. Les bonnes habitudes de sommeil commencent dès la naissance.

SOMMEIL DANS LES PREMIÈRES SEMAINES DE VIE

Le cycle d'éveil et de sommeil du nourrisson varie selon ses besoins et son tempérament. Certains bébés s'éveillent presque seulement pour boire. D'autres ont de plus longues périodes d'éveil dès les premiers jours de vie. Les périodes d'éveil seront plus longues au fil du temps.

Comme chez l'adulte, le sommeil du nouveau-né passe par plusieurs cycles différents : somnolence (éveil léger), sommeil calme et sommeil agité. Durant la période de sommeil agité, il n'est pas rare que l'enfant fasse des mouvements de succion, qu'il grimace, pleure, sourit, sursaute, tremble, grogne, respire fort et bouge. C'est normal, et il n'est pas utile de le réveiller pour le réconforter (MVANE, p. 252).

NUITS

L'expression « faire ses nuits » vient du fait que les bébés n'ont pas le même rythme de sommeil que les adultes. Autrement dit, ce sont « nos » nuits qu'ils ne font pas. L'horaire de sommeil varie beaucoup d'un bébé à l'autre. Faire ses nuits signifie dormir 5 ou 6 heures de suite la nuit entre 23 h et 8 h. Environ 70 % des nourrissons « font des nuits » de 5 heures ou plus à trois mois, 85 % à six mois et 90 % à dix mois.

Il est bon de suivre le rythme de son bébé. Pendant les boires de nuit, le parent peut maintenir le calme associé à la nuit pour lui apprendre la différence entre le jour et la nuit. Par exemple, en gardant la lumière tamisée et en résistant à l'envie toute naturelle de lui parler (MVANE, p. 254-255).

SAINES HABITUDES DE SOMMEIL CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

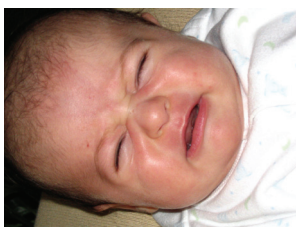
- Un enfant trop fatigué aura plus de difficulté à dormir. La sieste aide le bébé à mieux dormir le soir. Il ne dormira pas plus longtemps la nuit si les parents le gardent éveillé le jour;
- le bébé doit aller au lit pendant qu'il somnole, avant qu'il s'endorme. Il faut le coucher sur le dos, sur une surface ferme et plate, et éviter les surfaces molles comme les oreillers et les animaux en peluche;
- les parents peuvent câliner et bercer leur bébé. Ils ne le gâteront pas en le prenant dans leurs bras;
- la sucette (suce) peut réconforter le bébé et l'aider à s'endormir. Il faut toutefois attendre que l'allaitement soit bien établi avant de commencer à utiliser la suce;
- l'enfant tournera dans son lit pendant la nuit. Il faut lui laisser quelques minutes pour se rendormir seul avant d'aller le voir;
- le bébé ne doit pas être stimulé lorsqu'il est nourri ou changé de couche pendant la nuit. L'éclairage doit être maintenu au minimum.

Adapté de : *De saines habitudes de sommeil pour votre bébé et votre enfant*
Soins de nos enfants, Société canadienne de pédiatrie.

6. COLIQUES ET PLEURS

Les bébés en santé pleurent. Ils expriment ainsi leurs besoins et communiquent avec les personnes qui les entourent. La plupart du temps, les parents réagissent en leur donnant ce dont ils ont besoin : ils les nourrissent, les aident à s'endormir, changent leur couche ou leur font des câlins. Il arrive toutefois que même les parents les plus affectueux ne réussissent pas à calmer les pleurs de leur bébé. Ce n'est pas leur faute.

Lorsqu'un bébé pleure beaucoup et longtemps (sans interruption), même s'il a été nourri, changé et câliné, on dit souvent que c'est un bébé à coliques. D'ordinaire, les coliques signifient pleurer plus de trois heures par jour, au moins trois jours par semaine, pendant au moins trois semaines. En général, ces pleurs cessent lorsque le bébé a environ trois mois, souvent tout aussi soudainement qu'ils ont commencé. Certains bébés font toutefois des coliques pendant plus de trois mois, ces coliques diminuent graduellement au fil du temps.



Les bébés qui pleurent ne font pas tous des coliques. La plupart des bébés sont grincheux pendant une certaine période de la journée, souvent le soir ou tôt le matin, et certains bébés pleurent plus que d'autres. Les pleurs atteignent généralement un pic vers six à huit semaines, puis se mettent à diminuer.

SIGNES DE COLIQUES

- Périodes de pleurs régulières et prévisibles;
- pleurs intenses où le bébé est inconsolable, sans raison apparente;
- des changements de posture du bébé, comme les jambes repliées ou les poings serrés;
- des pleurs qui durent plus de trois heures.

BÉBÉS ET LES COLIQUES

On ne sait pas vraiment ce qui cause les coliques. Certains experts pensent que les bébés qui font des coliques sont plus émotifs (par nature) et éprouvent de la difficulté à maîtriser leurs pleurs. Ils peuvent avoir plus de difficulté à se consoler seuls et à s'adapter au rythme naturel de leur corps lorsqu'ils sont très jeunes.

En général, rien n'indique que les intestins d'un bébé qui pleure énormément fonctionnent mal. Aucune donnée scientifique n'indique que le problème est causé par des gaz ou des allergies alimentaires. En fait, les nourrissons qui pleurent avalent de l'air qu'ils expulsent sous forme de régurgitations ou de rots. Comme ils sont tendus et qu'ils resserrent les muscles de l'estomac, ils expulsent aussi de l'air par le rectum.

BÉBÉS ET LES PLEURS

Chaque bébé est unique et ce qui console un bébé n'en consolera peut-être pas un autre. Les parents doivent donc trouver ce qui fonctionne pour leur bébé. À certains moments, rien ne fonctionne, même s'ils ont tout essayé. Ils ne sont pas de mauvais parents pour autant.

Voici quelques suggestions qui pourraient calmer le bébé ou prévenir ses pleurs lorsqu'il est irritable :

- vérifier si le bébé pleure parce qu'il faut changer sa couche, le nourrir, a trop chaud ou trop froid ou fait de la fièvre;
- prendre le bébé sans risque de le gêner. Certains bébés n'aiment toutefois pas passer d'une personne à l'autre;
- couvrir ou emmailloter le bébé dans une couverture douce;
- éteindre les lumières et limiter les bruits. Trop de stimulations peuvent déclencher ou empirer les pleurs;
- consoler le bébé avec de la musique douce, des sons mélodieux;
- apaiser le bébé par le mouvement. Marcher avec lui dans un porte-bébé ou une poussette. Le bercer dans ses bras avec des mouvements calmes et rythmés. Faire un tour de voiture;
- allaiter, car la succion aide parfois les bébés à se calmer et à se détendre;
- donner un bain à l'enfant.

Quoi que le parent fasse, il doit rester calme et doux et ne jamais secouer son bébé. Si le parent devient frustré d'entendre son bébé pleurer malgré tous ses efforts pour le réconforter, il doit installer l'enfant dans un endroit sécuritaire (comme sa couchette) et prendre quelques instants pour se calmer.

AIDE

Les pleurs constants du bébé peuvent devenir stressants. Le parent doit savoir qu'il n'est pas responsable et que la situation va s'améliorer.

- Les parents doivent parler à un ami, à un membre de la famille, à un voisin ou à quelqu'un en qui ils ont confiance et lui demander de l'aide. Ils doivent trouver une façon de faire garder leur enfant régulièrement afin qu'ils puissent se reposer;
- les parents doivent parler à leur pédiatre, à leur médecin de famille ou à une infirmière et chercher des ressources communautaires qui soutiennent les parents.

Adapté de : *Les coliques et les pleurs*, Soins de nos enfants,
Société canadienne de pédiatrie.

7. SOINS DE SANTÉ

CONSULTATION

Une fièvre élevée n'indique pas toujours une maladie grave. Il faut surtout observer l'état général de l'enfant, son comportement et les autres symptômes qu'il présente. L'enfant fiévreux est plus « colleux » et a moins d'appétit.

Communiquer avec l'infirmière d'Info-santé ou un médecin, si l'enfant fait de la fièvre et qu'en plus, il :

- boit peu;
- vomit;
- est difficile à consoler ou maussade;
- tousse beaucoup;
- présente à la fois de la fièvre et une éruption cutanée (rougeurs sur la peau, boutons);
- fait de la fièvre depuis plus de 48 heures sans raison apparente.

CONSULTER RAPIDEMENT UN MÉDECIN SI L'ENFANT FAIT DE LA FIÈVRE ET PRÉSENTE UNE OU PLUSIEURS CARACTÉRISTIQUES :

- a moins de six mois;
- vomit beaucoup;
- pleure sans arrêt;
- est difficile à réveiller;
- est pâle ou mal coloré;
- réagit peu aux autres;
- a une respiration sifflante;
- a une fièvre qui dépasse 41,1 °C (106 °F) (MVANE, p. 494-495).

ENFANTS AVEC DES BESOINS PARTICULIERS

Les parents attendent tous un enfant en santé, mais parfois il naît avec de petits ou de graves problèmes de santé. C'est un événement bouleversant. Il est important de savoir que :

- le père peut accompagner son enfant, même si ce dernier est transféré dans un autre centre. Les parents auront besoin de soutien et de réconfort. Ils ont le droit d'être accompagnés par la personne de leur choix;
- les parents peuvent poser des questions, ils ont droit à une réponse;
- les parents ne doivent pas hésiter à toucher leur bébé, à créer des liens avec lui. Ils devraient favoriser l'allaitement maternel;
- les parents peuvent recevoir du soutien auprès de ressources spécialisées en postnatal.

8. SOINS CORPORELS DU BÉBÉ

Les thèmes suivants touchant les soins corporels du bébé sont décrits dans le *MVANE* :

- Comment prendre un bébé? p. 237
- Cordon ombilical, p. 174-175
- Comment donner le bain? p. 237 à 241
- Coupe des ongles, p. 242



9. SOINS BUCCODENTAIRES CHEZ LE BÉBÉ



Dès la naissance de son enfant, les parents devraient nettoyer les gencives de leur bébé à l'aide d'une débarbouillette mouillée. Cette mesure d'hygiène n'est pas effectuée dans le but de réduire la colonisation bactérienne, mais elle est recommandée pour que le parent incorpore, dès la naissance, les soins d'hygiène buccale et qu'il les considère comme faisant partie de la routine des soins d'hygiène quotidiens.

Cette action aura pour effet d'habituer l'enfant à faire manipuler ses tissus buccaux. Il acceptera plus facilement la brosse à dents lorsque les premières dents arriveront en bouche.

Suzanne Hébert, dentiste pédiatrique
Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale.

10. MOYENS À PRIVILÉGIER POUR GARDER UN ENFANT EN SANTÉ

PRÉVENTION

Les thèmes suivants touchant les moyens à privilégier pour garder un enfant en santé sont décrits dans le *MVANE* :

- Fumée de tabac, p. 536-537
- La prévention, p. 512 à 521
- Bébé en promenade, p. 205 à 210
- Jouets, p. 521 à 524
- Risques de blessures, p. 525 à 528
- Attention..., p. 529 à 531

- Produits dangereux : médicaments, produits d'entretien ménager et autres, p. 537 à 539
- Soleil, p. 532 à 535
- Insectifuges, p. 548-549
- Plantes, p. 539

SUIVI DE SANTÉ

Les thèmes suivants touchant le suivi de santé sont décrits dans le *MVANE* :

- Qui peut aider votre bébé? p. 447 à 451
- Comment choisir le médecin de votre enfant? p. 451
- Croissance du bébé, p. 452 à 456

VACCINATION : UNE PROTECTION CONTRE LA MALADIE

En faisant vacciner son enfant, on lui offre la meilleure protection contre certaines maladies graves.

Ces maladies sont moins fréquentes de nos jours, mais elles sont toujours une menace pour l'enfant. Si on arrêta de vacciner, elles reviendraient en force.

En plus d'être efficaces, les vaccins sont très sécuritaires. Sur les millions de doses administrées chaque année, très peu causent des réactions graves. Il est préférable de se faire vacciner plutôt que de prendre le risque d'attraper des maladies, surtout quand on sait que la vaccination les prévient.

Tous les enfants devraient recevoir les vaccins recommandés, même les enfants en santé et qui ont une bonne alimentation. L'allaitement maternel protège contre plusieurs infections, mais n'empêche pas d'attraper les maladies que l'on prévient par la vaccination (*MVANE*, p. 464).

Pour des informations supplémentaires, consulter : *MVANE*, p. 464 à 468
et *Interrogations et réticences face à la vaccination : l'intervenant au cœur de l'information*,
ministère de la Santé et des Services sociaux, 18 décembre 2008.
www.msss.gouv.qc.ca

CARNET DE VACCINATION



Ce document important permet de suivre la vaccination de votre enfant. Il faut l'apporter lorsque celui-ci reçoit un vaccin pour que la dose et la date y soient inscrites. Il est utile de l'avoir en main au cours des visites chez les professionnels de la santé. On peut aussi y noter les mesures de croissance (poids, taille) et d'autres renseignements en lien avec la vaccination et la santé de votre enfant. Le conserver avec soin, il lui sera utile toute sa vie (*MVANE*, p.468).

MORT SUBITE DU NOURRISSON (MSN)

La mort subite d'un bébé de moins d'un an survient pendant le sommeil du bébé et, à ce jour, nous n'en connaissons pas la cause.

Les principaux facteurs de risque pour la mort subite du nourrisson sont :

- être exposé au tabagisme de la mère durant la grossesse;
- dormir sur le ventre;
- se retrouver la tête totalement recouverte par des couvertures.

Voici les recommandations pour diminuer le risque de mort subite du bébé :

- éliminer autant que possible la cigarette durant la grossesse. Les produits du tabac absorbés par la mère qui fume passent du sang de la mère au sang du bébé à travers le placenta;
- placer le bébé sur le dos pour dormir. Avertir tous les gardiens occasionnels du bébé. Les bébés en santé ne s'étouffent pas lorsqu'ils dorment sur le dos. Quand le bébé commence à se tourner tout seul, on peut le laisser dormir sans danger dans la position qu'il préfère;
- éviter les douillettes, car elles peuvent facilement recouvrir totalement la tête de bébé à la suite de ses mouvements;
- éviter les oreillers, les bordures de protection rembourrées ou autres produits semblables dans le lit du bébé. Bébé peut s'étouffer contre ces objets s'il est sur le ventre ou s'il se retourne accidentellement sur le côté ou sur le ventre.



On peut emmailloter son bébé avec une couverture. Il n'y a aucun risque à emmailloter un bébé qui dort sur le dos.

L'utilisation d'un moniteur de sons et de mouvements pour nourrisson ne remplace pas ces précautions. Toutes ces mesures de sécurité doivent être suivies même si on utilise un moniteur.

Tiré de : *MVANE*, p. 249-250.

DORMIR EN SÉCURITÉ

Dès sa naissance le bébé devrait dormir sur le dos, étendu sur un matelas ferme et dans une couchette respectant les normes de sécurité du gouvernement canadien. Dans sa couchette, il devrait y avoir seulement sa couverture et aucun autre objet.

Quelques décès malheureux de bébés qui ont partagé le lit de leurs parents sont observés chaque année, c'est pourquoi la Société canadienne de pédiatrie informe que durant les six premiers mois de la vie, le lieu de sommeil le plus sécuritaire pour le nourrisson est sa propre couchette, installée dans la chambre de ses parents.

VOUS DORMEZ AVEC VOTRE BÉBÉ?

Pour éviter un accident assurez-vous de :

- ne pas dormir sur un canapé ou tout meuble similaire (chaise rembourrée) avec votre bébé;
- dormir sur un matelas ferme (aucune surface molle ou aucun lit d'eau);
- garder une distance suffisante entre le matelas et le mur pour que l'enfant ne reste pas coincé;
- ne pas laisser votre nourrisson dormir seul dans un lit d'adulte.

En toute circonstance :

- ne dormez pas avec votre bébé si vous avez consommé de l'alcool, des médicaments qui vous endorment ou une autre drogue (marijuana, crack, etc.);
- ne dormez pas avec votre bébé si vous êtes extrêmement fatiguée (plus qu'à l'ordinaire).

Dans ces cas, il est beaucoup plus sécuritaire
que votre bébé dorme dans sa couchette (MVANE, p. 248).

Besoin de chaleur

Le nouveau-né a besoin de chaleur, mais pas trop. Il ne doit pas transpirer. Si la température de la pièce vous convient, elle lui convient aussi. Une température entre 20 °C (68 °F) et 22 °C (72 °F) est parfaite. Utilisez des couvertures légères à ajouter ou à retirer au besoin, selon la température de la pièce. Ne pas trop l'envelopper (MVANE, p. 171). Si l'enfant transpire, c'est qu'il est trop couvert (MVANE, p. 518). Pour vérifier si l'enfant a trop chaud, toucher sa nuque : elle ne doit pas être mouillée (MVANE, p. 219).

PRÉVENTION DE LA TÊTE PLATE

Depuis que les pédiatres recommandent de coucher les nourrissons sur le dos seulement, les cas de mort subite ont diminué de 50 à 70 %. Mais si l'enfant dort toujours dans la même position, dans son lit ou dans son siège, il peut finir par avoir la « tête plate ». Le terme médical de ce phénomène est « plagiocéphalie positionnelle ».

Les os du crâne de bébé étant encore mous, la partie qui repose sur le matelas s'aplatit sous la pression. Un léger aplatissement disparaît de lui-même. Un aplatissement plus prononcé peut être permanent, mais il ne nuira ni au cerveau ni au développement du bébé.

Pour prévenir cela, la Société canadienne de pédiatrie recommande de changer la position de du bébé dans la couchette chaque jour :

- un jour, placer la tête du bébé à la tête de la couchette;
- le lendemain, placer sa tête au pied de la couchette;

- s'assurer qu'il regarde toujours vers la chambre et non vers le mur;
- on peut aussi installer un mobile du côté de la couchette orienté vers la porte de la chambre pour inviter le bébé à regarder dans cette direction.

Lorsque le bébé ne dort pas et qu'il est en compagnie d'un parent, il a besoin de se retrouver sur le ventre pour de courtes périodes tous les jours. Cela favorise son développement et évite la formation de zones plates sur la partie arrière du crâne.

Tiré de : *MVANE* p. 251-252.

11. PRÉVENTION DE LA MALTRAITANCE EN PÉRIODE PRÉNATALE

En 1992, le ministre de la Santé de l'époque, Marc-Yvan Côté, faisait de la réduction de la maltraitance envers les enfants le tout premier objectif de sa *Politique de la santé et du bien-être*. La politique visait une baisse des signalements de 20 % en dix ans. Pourtant, le nombre de signalements retenus par les Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) est passé de 24 159 en 1991-1992 à 26 604 en 2001-2002. Le nombre a continué d'augmenter depuis; il se situait à 30 022 en 2008-2009.

Ces chiffres ne reflètent même pas la réalité de la maltraitance, car la plupart des cas ne sont pas signalés. Les résultats des études par questionnaire réalisées auprès d'adultes démontrent qu'au moins 20 % de toute la population serait victime durant son enfance d'une forme ou l'autre de maltraitance (abus physique, abus sexuel, mauvais traitements psychologiques, négligence).

Les conséquences de cette situation sont dramatiques. De jeunes victimes meurent ou conservent des séquelles permanentes de leurs blessures. D'autres présentent des problèmes psychologiques qui, sans traitement, vont souvent persister toute leur vie. L'absence d'attachement émotionnel avec quelqu'un d'important peut entraîner chez certains individus une absence d'empathie et de remords favorisant la criminalité et la répétition de mauvais traitements envers une autre génération d'enfants.

De telles tragédies peuvent pourtant être évitées. Cette partie portera sur le rôle que pourraient jouer des animatrices de rencontres prénatales dans la prévention de la maltraitance en général et plus spécifiquement de sa forme la plus grave : le syndrome du bébé secoué.

PROGRAMMES DE PRÉVENTION EFFICACES

On appelle prévention *primaire* la prévention universelle qui s'applique à toute la population. La prévention *secondaire* est orientée vers les familles dites « à risque » ou « vulnérables » qui sont reconnues en raison d'un cumul de facteurs de risque. La prévention *tertiaire* est le fait d'éviter la récurrence de mauvais traitements chez les victimes reconnues.

Une fois que de la maltraitance s'est produite au sein d'une famille, il semble très difficile d'en prévenir la récurrence. Une étude récente (Hélie, 2005) révèle que la situation de 18 % des enfants qui ont fait l'objet d'un 1^{er} signalement à la DPJ va être signalée à nouveau dans les années suivantes. Un programme structuré de visites d'infirmières à domicile dans ces familles où de la maltraitance avait été signalée s'est soldé par un échec (MacMillan, 2005).

Un programme de prévention secondaire a cependant été reconnu comme efficace. Il a fait l'objet d'une étude répartie au hasard et contrôlée avec un suivi à long terme (Olds, 2000). L'étude a été réalisée auprès de mères américaines répondant à l'un des critères suivants : âgée de 19 ans et moins, monoparentale, pauvre. Ces mères ont été visitées à domicile par des infirmières. Au total, les mères ont reçu 9 visites prénatales et 34 visites entre la naissance de l'enfant et l'âge de deux ans. Les infirmières ont fourni de l'information sur les soins à donner à l'enfant et sur son développement. Elles ont favorisé le soutien par le milieu et ont aidé les mères à contacter les ressources de leur communauté. Avec ce programme, les signalements aux services de protection ont été réduits de 40 %.

Ce programme a ensuite été reproduit ou imité un peu partout dans le monde. C'est en s'inspirant du modèle de Olds que les *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)*, hérités des anciens programmes *Naître égaux - Grandir en santé* et *Programme de soutien aux jeunes parents*, ont été institués au Québec, s'adressant aux familles vivant dans un contexte de vulnérabilité (mères de moins de 20 ans, familles vivant dans l'extrême pauvreté).

Le programme de prévention universelle sur le syndrome du bébé secoué de Dias a fait ses preuves (Dias, 2005). Il s'agit d'une intervention faite dans un service d'obstétrique, juste après la naissance d'un enfant. Une infirmière rencontrait les parents pour leur parler du syndrome. Elle leur faisait visionner une vidéo de 11 minutes et leur remettait un feuillet explicatif. Par la suite, les parents signaient un document indiquant avoir reçu cette information. Ce programme a amené une réduction du nombre de cas du syndrome du bébé secoué de 47 % dans la région étudiée (État de New York).

La leçon à tirer des études est qu'il faut intervenir tôt, avant que la situation familiale ne se détériore, si l'on veut prévenir la maltraitance envers les enfants. Il reste encore beaucoup de recherches à faire pour connaître quelles sont les stratégies qui fonctionnent et lesquelles devraient être privilégiées. Mais faut-il attendre de pouvoir s'appuyer sur des bases scientifiques pour agir? Il est justifié, compte tenu de l'importance du problème, d'utiliser les connaissances que l'on a pour des interventions qui ont une chance de donner des résultats positifs.

Voyons ce que l'on peut tirer de la connaissance des facteurs de risque.

FACTEURS DE RISQUE DE LA MALTRAITANCE

La maltraitance est un problème complexe dont l'origine est multifactorielle. On a relevé des facteurs de risque à plusieurs niveaux dans de telles situations. Le cumul et l'interaction de ces facteurs favoriseraient l'éclosion de la maltraitance. À l'opposé, les contraires servent de *facteurs de protection*. Les mauvais traitements risquent davantage de se produire en cas de prédominance importante de facteurs de risque sur les facteurs de protection.

Facteurs de risque chez l'enfant

- Non désiré;
- né d'une autre union;
- ayant des besoins accrus (prématuré, jumeaux, handicap physique ou mental, maladie chronique);
- différent des attentes parentales;
- ayant un comportement difficile.

Facteurs de risque dans la famille

- Mauvais traitements envers l'enfant ou la fratrie, confirmés antérieurement, ou signalés mais non prouvés;
- bas niveau d'éducation;
- pauvreté;
- chômage;
- isolement social;
- violence conjugale;
- famille nombreuse.

Facteurs de risque chez les parents

- Antécédents personnels de maltraitance;
- capacité parentale inadéquate;
- histoire de placement en milieu familial substitut;
- jalousie envers le bébé;
- dossier criminel;
- maladies mentales;
- troubles de la personnalité;
- alcoolisme et autres addictions;
- très jeune âge;
- immaturité affective;
- attentes irréalistes envers l'enfant;
- utilisation de punitions corporelles;
- manque de contrôle lorsqu'en colère.

Événements déclencheurs

- Stress aigu chez le parent;
- chicane conjugale;
- pleurs ininterrompus de l'enfant;
- maladie aiguë de l'enfant;
- comportement de l'enfant jugé incorrect ou provoquant.

ACTIONS SUGGÉRÉES

Plusieurs de ces facteurs de risque ne peuvent être modifiés par les intervenants en santé. Cependant, ils peuvent repérer les familles vulnérables qui pourraient bénéficier de programmes existants (OLO, SIPPE) ou d'un suivi particulier par le CLSC.

On pourrait réduire l'impact de certains comportements des bébés jugés difficiles par les parents en leur expliquant à l'avance leur signification et en leur donnant des conseils pour y faire face (guidance anticipatoire). L'information n'est pas toujours suffisante pour modifier des comportements, mais c'est un préalable essentiel.

Prenons l'exemple des pleurs, car il s'agit d'un facteur précipitant important d'abus physiques envers des bébés. Il s'agit d'un moyen de communication non spécifique des bébés, qui peut être utilisé autant pour signaler la faim, l'inconfort, la fatigue, la douleur ou

encore le besoin de contact physique. C'est à l'âge de six semaines que la durée quotidienne des pleurs atteint son maximum qui est en moyenne de trois heures.

Un peu plus de 10 % des bébés normaux ont des « coliques ». Bien que le terme suggère une pathologie, il s'agit toutefois d'une variante de la normale chez des bébés plus « réactifs ». Les coliques sont définies par la fréquence et la durée des pleurs (> 3 heures par jour, > 3 jours par semaine, > 3 semaines). Ces pleurs surviennent surtout en soirée dans les trois à quatre premiers mois de vie. Les bébés qui ont des coliques ne présentent aucun autre symptôme de maladie et ils se comportent tout à fait normalement en dehors de leurs épisodes de pleurs.

CONDUITE SUGGÉRÉE EN CAS DE PLEURS

En cas de pleurs, les parents peuvent :

- vérifier les besoins de base du bébé;
- essayer ces petits trucs : donner une sucette, le bercer, le promener, mettre de la musique;
- mettre l'enfant dans sa couchette s'il demeure inconsolable et que la frustration apparaît et grandit et revenir le voir toutes les 10 à 15 minutes;
- appeler quelqu'un pour en parler;
- prendre du temps pour se reposer.

TRAUMATISME CRÂNIEN NON-ACCIDENTEL (SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ)

Ce syndrome mérite une attention particulière, car il s'agit d'une forme très grave de maltraitance qui touche de façon particulière les jeunes bébés. Une intervention simple en postnatal immédiat a été prouvée efficace pour diminuer son incidence. Il est raisonnable de croire qu'une intervention prénatale pourrait également donner de bons résultats.

On définit le syndrome du bébé secoué comme toute forme de lésion intracrânienne, intraoculaire ou cervicale résultant du fait de secouer un enfant, qu'il y ait ou non un impact surajouté.

Ce geste survient habituellement à la suite de la tension et de la frustration générées par certains comportements du bébé, notamment des pleurs inconsolables. Il peut s'agir d'un manque de contrôle isolé de la part du responsable de l'enfant ou d'un événement qui s'inscrit dans une suite de gestes violents.

IMPORTANCE DU PHÉNOMÈNE

On estime qu'il y aurait chaque année aux États-Unis 1 200 à 2 000 cas sévères de bébés secoués; une centaine au Canada et une vingtaine au Québec. À Québec même, deux à trois nouveaux cas sont diagnostiqués annuellement. La majorité des victimes est âgée de moins de six mois. Les parents ou figures parentales comptent pour 75 % des agresseurs. Il s'agit d'un homme dans 65 à 90 % des cas. Lorsqu'une femme est en cause, le plus souvent, c'est une gardienne.

Les enfants chez qui le syndrome a été diagnostiqué ne forment qu'une partie minime des enfants (1 % environ) qui sont secoués. En effet, selon une étude par questionnaire

réalisée auprès de mères québécoises en 2004, 5 % de tous les enfants de moins de deux ans auraient été secoués au moins une fois (Clément, 2005). La grande majorité des enfants secoués semble s'en tirer sans problème apparent. Il pourrait arriver toutefois qu'un certain nombre subisse des dommages qui se traduiront plus tard par des troubles du comportement ou des problèmes d'apprentissage (Stipanivic, 2008).

PHYSIOPATHOLOGIE

Bien que le bébé puisse être secoué à tout âge, les spécialistes diagnostiquent le syndrome surtout chez les jeunes bébés parce qu'ils sont très vulnérables :

- corps très petit par rapport à l'adulte;
- tête proportionnellement grosse et pesante;
- muscles cervicaux faibles;
- cerveau immature moins myélinisé;
- larges espaces sous-arachnoïdiens, avec plus de liquide céphalo-rachidien;
- veines pont à parois minces entre le cortex et le sinus longitudinal médian.

L'enfant est saisi par les membres, les épaules ou le thorax pour être secoué violemment. Il peut être projeté ou non par la suite sur une surface. D'après les confessions obtenues, les enfants seraient secoués en moyenne pour une durée de 5 à 15 secondes, à raison de 2 à 4 secousses par seconde. Les lésions produites dépendent du degré de violence des gestes posés.

Aux endroits où l'enfant est saisi, il peut y avoir des ecchymoses évoquant des marques de doigts. Les mouvements des extrémités peuvent entraîner des fractures dont les plus caractéristiques se situent à l'extrémité des métaphyses. La compression du thorax peut entraîner des fractures de côtes qui se situent habituellement en postérieur près de l'articulation costo-vertébrale.

S'il y a un traumatisme crânien par impact, on peut retrouver des lésions au site d'impact :

- ecchymose du cuir chevelu;
- hématome sous-galéal;
- fracture du crâne;
- hématome épidural;
- hématome sous-dural focal;
- contusion cérébrale focale.

Les secousses violentes peuvent entraîner des lésions oculaires dont les plus importantes sont des hémorragies rétinienes.

Lors des secousses, le déplacement du cerveau à l'intérieur de la boîte crânienne peut entraîner des lésions par impact du cerveau sur des structures osseuses (contusions cérébrales).

De plus, le traumatisme par accélération-décélération peut entraîner des lésions intracrâniennes :

- hématomes sous-duraux;
- hémorragies sous-arachnoïdiennes;

- hémorragies intra-parenchymateuses;
- lésions axonales diffuses à l'interface des substances blanche et grise;
- lésions de la moelle épinière cervicale.

En cas d'atteinte cérébrale sévère, l'enfant cesse de respirer immédiatement et il se développe des manifestations d'ischémie et d'hypoxie au niveau cérébral. Dans les heures suivant le traumatisme, on peut noter l'apparition d'un œdème cérébral. L'hypertension intracrânienne qui en résulte est la cause la plus fréquente de décès en raison d'« herniation » au foramen magnum (compression des centres cardiorespiratoires du tronc cérébral).

MODES DE PRÉSENTATION

Les modes de présentation clinique sont très variables et dépendent de l'importance des lésions survenues lors de l'événement.

Symptômes légers

- Difficulté d'alimentation;
- vomissements;
- irritabilité;
- troubles du sommeil.

Symptômes modérés

- Incapacité à sucer ou à téter;
- yeux vitreux, sans convergence;
- léthargie.

Symptômes sévères

- Troubles respiratoires, apnée;
- hypotonie;
- convulsions;
- coma.

En cas de lésions cérébrales sévères, l'enfant présente des symptômes immédiatement ou dans les minutes suivant l'événement. D'autres symptômes peuvent survenir plus tardivement, traduisant l'apparition de complications (œdème cérébral par exemple).

La non spécificité des symptômes et le fait qu'ils peuvent être légers font en sorte que le tiers des cas ne soit pas diagnostiqués initialement. Il arrive donc que le mode de présentation soit une conséquence tardive du syndrome : macrocranie (hydrocéphalie), microcéphalie, épilepsie, retard mental, etc.

PRONOSTIC

Dans une étude faite au Canada sur 364 victimes du syndrome hospitalisées dans des hôpitaux pédiatriques, le taux de mortalité était de 19 %. Chez les survivants, 55 % avaient des séquelles neurologiques importantes : retard mental, paralysie cérébrale,

épilepsie, cécité, surdité, etc. Seulement 22 % des victimes n'avaient pas de séquelles apparentes (King et autres, 2003).

PRÉVENTION

Tous les parents doivent savoir qu'il est stressant de s'occuper d'un bébé, que la frustration est normale et que la priorité est la sécurité de l'enfant.

CONSEILS

- Il ne faut jamais secouer un enfant, quelles que soient les circonstances.
- Il faut savoir reconnaître les symptômes de la colère et de la frustration et mettre alors l'enfant en sécurité.
- Il ne faut jamais confier un bébé, même pour une courte période, à quelqu'un qui est inexpérimenté, ou qui a de la difficulté à maîtriser sa colère ou qui témoigne du ressentiment envers le bébé.
- Il ne faut pas hésiter à demander de l'aide en cas de difficulté.

Un programme de prévention universelle semblable à celui développé par le Dr Dias a été institué à titre de projet-pilote dans trois hôpitaux de la région de Montréal. Une infirmière rencontre les parents juste après la naissance de l'enfant et leur donne de l'information à l'aide de trois fiches : l'une portant sur les pleurs, une autre sur la gestion de la colère et la dernière sur le syndrome du bébé secoué. Les parents sont invités à rédiger un plan d'action au cas où il se présente des difficultés avec leur bébé. Une demande a été faite au MSSS pour implanter ce programme dans tous les services d'obstétrique de la province.

CONCLUSION

Il n'existe aucune activité prénatale isolée qui ait été prouvée comme étant efficace pour prévenir la maltraitance envers les enfants. Cependant, l'absence de données scientifiques ne devrait pas condamner les intervenants à l'immobilisme par rapport à un problème d'une telle envergure. Des interventions simples peuvent être prévues dans les programmes qui existent déjà.

Les facteurs de risque permettent de cerner les familles vulnérables pouvant bénéficier d'une attention particulière.

Tous les parents peuvent recevoir des informations et des conseils sur des problèmes fréquents chez les bébés qui peuvent agir comme éléments déclencheurs pour la maltraitance, notamment les pleurs ininterrompus. Les spécialistes de la santé devraient aussi rappeler qu'il ne faut jamais secouer un bébé, quelles que soient les circonstances.

Jean Labbé, MD, FRCPC
Professeur titulaire, Université Laval;
consultant pédiatrique en protection de l'enfance
Direction régionale de santé publique de la Capitale -Nationale, décembre 2006, révision février 2010.

12. DÉMARCHES À EFFECTUER À LA SUITE D'UNE NAISSANCE

Les parents devraient prendre le temps de consulter le guide : *Devenir parent*, Gouvernement du Québec, dans le *MVANE*, p.564-623.

- Déclaration de naissance : l'acte de naissance de l'enfant. Formulaire à remplir remis au centre hospitalier. Pour information : www.etatcivil.gouv.qc.ca
- Dépistage de maladies métaboliques héréditaires. Nécessaire comprenant un formulaire de renseignements et un papier buvard pour prélever l'urine du nouveau-né est remis aux parents à la sortie du centre hospitalier. Programme provincial de dépistage urinaire Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.
- Prestation fiscale canadienne pour enfants (PFCE) et prestation universelle pour la garde d'enfants (PUGE) : documents d'information remis en centre hospitalier. www.arc.gc.ca/prestations

13. ACTIVITÉ SUGGÉRÉE RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE (RCR)

Plusieurs futurs parents désirent recevoir une formation sur la réanimation cardiorespiratoire en prénatal. Le programme *RCR En tout temps*^{MC} *Famille et amis*^{MC} offert par la Fondation des maladies du cœur du Canada peut répondre à ce besoin et être utilisé dans les rencontres prénatales.

OBJECTIFS DU PROGRAMME

Le programme *RCR En tout temps*^{MC} *Famille et amis*^{MC} a pour objectif d'enseigner comment faire la RCR sur un adulte, un enfant ou un nourrisson.

IMPORTANCE DE LA RCR

La crise cardiaque, la noyade, l'électrocution et d'autres maladies ou événements peuvent faire en sorte que le cœur d'une victime cesse de pomper le sang. C'est ce qu'on appelle un arrêt cardiaque.

Les études démontrent qu'une RCR efficace et immédiate améliore le taux de survie à la suite d'un arrêt cardiaque. Plusieurs arrêts cardiaques se produisent à l'extérieur des hôpitaux. La plupart surviennent à la maison en présence des membres de la famille. La première étape pour sauver une vie consiste à apprendre la RCR.

On peut avoir besoin des compétences en RCR pour venir en aide à un membre de la famille ou à un ami.

CLIENTÈLE

Ce programme est destiné à toute personne qui désire apprendre la RCR, mais qui n'a pas besoin de carte d'achèvement de cours en RCR.

ORGANISATION DU PROGRAMME

Les participants apprennent des notions élémentaires de la RCR grâce au manuel et à la vidéo du programme. Ils pourront se pratiquer plusieurs fois en suivant les directives de la vidéo. Lorsque les participants ne pratiqueront pas en même temps que la vidéo, ils pourront la regarder, examiner les autres participants qui pratiquent ou suivre le manuel.

Tiré de : *RCR En tout temps*^{MC} *Famille et amis*^{MC},
Fondation des maladies du cœur du Canada.