Normes et recommandations pour

Les Soins Hospitaliers des Nouveau-nés

à terme et prématurés

American Academy of Pediatrics

NORMES ET RECOMMANDATIONS POUR

Les Soins Hospitaliers des Nouveau-nés

à terme et prématurés

American Academy of Pediatrics

1954

REVISÉ EN 1957

Traduit et publié, avec la gracieuse autorisation de l'*American Academy of Pediatrics*, par le Ministère de la Santé de la Province de Québec.

Ce manuel a été préparé par le Committee on the Fetus and Newborn de l'American Academy of Pediatrics. Il est approuvé par les organismes collaborateurs suivants:

The American Academy of Obstetrics and Gynecology
The American Committee on Maternal Welfare
The Section on Maternal and Child Health of the American Public Health Association
The American Hospital Association
The National League for Nursing
The Children's Bureau of the Social Security Administration, Department of Health, Education and Welfare
The Section on Pediatrics of the American Medical Association

COMMITTEE ON THE FETUS AND NEWBORN

Wyman C. C. Cole, président

Hugh A. Carithers, Charles C. Chapple, Alice Drew Chenoweth, Gilbert M. Jorgensen, Benjamin M. Kagan, Clement A. Smith, Helen M. Wallace, Myron E. Wegman.

Cette édition revisée des *Normes et Recommandations pour les soins hospitaliers des nouveau-nés* a été possible grâce aux dons des sociétés et fondations suivantes:

The Borden Company, Prescription Products Division
Burroughs Wellcome & Company
Charles H. Hood Dairy Foundation
Albert H. & Jessie D. Wiggin Foundation
Leur aide généreuse est signalée avec reconnaissance.

Droits réservés 1954 et 1957 par l'American Academy of Pediatrics, 1801, Hinman Ave., Evanston, Ill.

Table des matières

Première partie

Normes et recommandations pour les soins hospitaliers des enfants nés à terme 5

Introduction 5

section 1. Attributions du service médical 8

2. Service du nursing 10

3. Commodités matérielles pour le soin des nouveau-nés. 13

4. Salles accessoires 20

5. Biberonnerie 22

6. Technique des soins 26

7. Soins généraux 33

8. Préparation en vue des soins à domicile 41

9. Examen médical du personnel 43

10. "Rooming-in" ou chambre pour mère et enfant 44

Deuxième partie

Normes et recommandations pour les soins hospitaliers des enfants prématurés 49

Introduction 49

section 11. Service médical pour le soin des prématurés 51

12. Service du nursing pour le soin des prématurés 53

13. Commodités matérielles pour le soin des prématurés. 55

14. Technique des soins 60
15. Soins généraux 64
16. Préparation en vue de la sortie 69

Appendice

Introduction 73
modèle *a*) Modes de fonctionnement à la pouponnière des nouveau-nés 77
b) Instructions permanentes pour la pouponnière des nouveau-nés 81
c) Modes de fonctionnement à la pouponnière des prématurés 83
d) Instructions permanentes pour la pouponnière des prématurés 91
fiches 1-5. Fiches pour les nouveau-nés 93
Conseils aux parents à propos de l'alimentation du bébé 107
Plans de pouponnière 114
tableaux 1-5. Tableaux pour la mortalité foetale et néonatale 119
Schéma pour une évalution de vos pouponnières 137
Index 141

PREMIÈRE PARTIE

Normes et recommandations pour les soins hospitaliers des enfants nés à terme

INTRODUCTION

En 1943 le Children's Bureau, en collaboration avec le Committee on the Fetus and Newborn of the American Academy of Pediatrics, a publié le premier manuel qui établissait des normes et des recommandations bien déterminées pour les soins hospitaliers des enfants nés à terme et prématurés. En 1947, ce manuel fut revisé par le dit comité et publié par l'American Academy of Pediatrics. Ces deux publications ont été largement diffusées et elles ont beaucoup contribué à l'amélioration des soins hospitaliers des nouveau-nés.

Il existe toutefois, dans plusieurs régions des États-Unis, nombre d'hôpitaux où ces normes et recommandations n'ont pas reçu une application générale. Le taux encore élevé de la mortalité néonatale incite à prendre toutes les mesures propres à diminuer ce taux.

Le but de ce manuel est d'établir des standards de base pour ces techniques qui assureront le bien-être physique du nouveau-né et favoriseront l'adaptation physiologique de l'enfant à son milieu.

La présente publication est une revision de l'édition de 1947. La matière a été revue et améliorée de façon à inclure les méthodes adoptées au cours des dernières années. Certaines techniques ont été simplifiées, certaines nouvelles recommandations ont été ajoutées.

Une attention particulière est apportée au fait que les hôpitaux varient considérablement dans leur capacité, leur situation géographique, la disponibilité d'un personnel qualifié et leurs ressources financières. En outre, les problèmes administratifs et professionnels du grand hôpital métropolitain diffèrent de ceux du petit hôpital rural. Quoiqu'il en soit, les principes qui sont à la base de la protection des nouveau-nés sont les mêmes dans tous les hôpitaux.

Dans ce manuel, toutes les normes ont été imprimées en caractères gras et tout hôpital, grand ou petit, riche ou pauvre, qui reçoit des nouveau-nés doit s'y conformer. Aucune de ces normes n'est superflue ou exagérée. Toutes sont essentielles à la protection des nouveau-nés et elles doivent être observées à la lettre.

Tout programme visant à l'amélioration des soins hospitaliers des nouveau-nés ne peut se réaliser qu'avec la participation et la collaboration de plusieurs groupes différents. Ce n'est pas là un problème exclusivement pédiatrique car il doit intéresser également les obstétriciens, les infirmières, les administrateurs d'hôpitaux et les médecins-hygiénistes. Dans la préparation du manuel, on s'est efforcé d'obtenir les recommandations et les conseils de plusieurs organismes connexes, dont la liste se trouve à la page liminaire.

Un grand mérite revient au Dr Ethel Dunham, responsable en grande partie de la première édition, et qui cette fois-ci nous a donné ses directives et ses conseils. Il en est de même du Dr Stewart Clifford qui a revu la deuxième édition et a accordé beaucoup de temps, d'intérêt et d'encouragement au Committee on the Fetus and Newborn.

On remercie spécialement Miss Margaret Losty et ses collaboratrices pour leurs conseils sur les problèmes du nursing. Le Dr Preston A. McLendon et le Dr Edith Jackson ont donné de précieux conseils au sujet du "Rooming-in". Il serait cependant impossible de signaler

la collaboration de tous ceux qui ont participé à la publication de ce manuel. En majeure partie, la matière qu'il renferme représente l'expérience, les idées et les efforts conjugués de plusieurs centaines de personnes.

Ce manuel n'aurait guère de justification sans la poursuite d'un programme de mise à exécution des recommandations proposées. Par conséquent, on projette d'organiser dans chaque localité des comités, composés de représentants des groupes ci-haut indiqués, qui utiliseront ce manuel comme base pour l'accréditation des hôpitaux selon leurs facilités à soigner les nouveau-nés et les prématurés.

Les hôpitaux ou autres groupes locaux désireux de perfectionner l'entraînement de leur personnel constateront qu'il existe plusieurs moyens de le faire. Ils pourront obtenir des conseils de n'importe lequel des organismes suivants: services locaux d'hygiène, département provincial de la Santé, American Academy of Pediatrics, American Public Health Association, ou National League for Nursing.

Dans ce manuel, toutes les normes ont été imprimées en caractères gras et tout hôpital, grand ou petit, riche ou pauvre, qui reçoit des nouveau-nés doit s'y conformer. Aucune de ces normes n'est superflue ou exagérée. Toutes sont essentielles à la protection des nouveau-nés et elles doivent être observées à la lettre.

section **1**

Attributions du service médical

Le personnel de la pouponnière des nouveau-nés doit être une partie intégrante du service d'obstétrique. Un des membres du personnel de la pouponnière doit être officiellement nommé médecin en chef.

Ce médecin, de préférence un spécialiste en pédiatrie, **devrait posséder une formation spécialisée et avoir de l'expérience dans le soin des nouveau-nés à terme et des prématurés.**

Étant donné que l'application heureuse des normes et recommandations énoncées dans ce manuel dépend manifestement de l'expérience, de la force de caractère et de la diplomatie du médecin en chef, on doit choisir ce dernier en tenant dûment compte de ces aptitudes.

Il doit avoir la responsabilité en matière de

Soins de routine
Visites
Tournées des salles et réunions du personnel
Conférences clinico-pathologiques
Fiches du dossier
Tenue des dossiers
Affectations du personnel
Fréquence des examens physiques

Soins de routine

Le médecin en chef doit élaborer et reviser tous les programmes de soins de routine qui se rapportent aux patients privés ou publics, de la ou des pouponnières. Bien qu'il doive préparer ces programmes de soins de routine de concert avec le personnel médical et les infirmières, son autorité doit être reconnue pour ce qui est de leur mise en vigueur. Les soins de routine doivent être écrits et distribués aux médecins et aux infirmières.

Visites

Des visites quotidiennes à la pouponnière doivent être faites par le médecin ou par son représentant officiel.

Tournées des salles et réunions du personnel

Le médecin en chef doit effectuer la tournée des salles et convoquer des réunions du personnel pour l'étude des problèmes relatifs aux nouveau-nés et à leurs mères. L'objet de ces réunions doit être l'évaluation des services et la révision des techniques et des méthodes employées.

Conférences clinico-pathologiques

Des dispositions doivent être prises en vue de la tenue de conférences clinico-pathologiques régulières, avec le concours du personnel des services d'obstétrique et d'anesthésie, pour la révision de tous les décès infantiles. Les infirmières aussi bien que les médecins doivent assister à ces conférences.

Fiches du dossier

Le médecin en chef doit approuver le choix ou le modèle des fiches du dossier pour l'histoire de cas, l'examen physique et l'évolution clinique de chaque enfant. La *Nomenclature Standard des maladies et interventions* doit être utilisée pour le diagnostic de sortie (voir page 41 et appendice, page 94).

Tenue des dossiers

Le médecin en chef doit être responsable de la tenue des dossiers et il doit mettre à la disposition des autorités hospitalières une compilation tirée de ces dossiers indiquant les statistiques de morbidité et de mortalité foetale et infantile.

Affectations du personnel

Un médecin membre du personnel doit être disponible pour le service dans la pouponnière en tout temps et il doit être présent à la salle d'accouchement au cours des naissances prématurées, des césariennes ou autres accouchements anormaux. Autant que possible, ce doit être un médecin résident.

Fréquence des examens physiques

Chaque enfant, qu'il soit patient privé ou public, doit être examiné par un médecin lors de son admission à la pouponnière, lors de son départ et à tout autre intervalle tel qu'indiqué.

section **2**

Service du Nursing

Les soins de nursing aux nouveau-nés doivent être maintenus à un niveau élevé, même s'il y a insuffisance de personnel. On doit s'appliquer à utiliser le plus efficacement possible le temps des infirmières. Il semble probable que l'emploi judicieux d'un plan de travail pour les équipes professionnelles et non-professionnelles accélérera et assurera les soins donnés aux enfants. La répartition des activités entre les membres professionnels et non-professionnels du nursing et l'emploi de commis de bureau et autres auxiliaires augmentera le temps disponible pour les soins de nursing auprès des enfants.

On doit penser à simplifier et à modifier les méthodes de soins tout en tenant compte du genre et du nombre des techniques prescrites par les pédiatres et exécutées par les infirmières. Une certaine flexibilité dans l'horaire des activités, comme pour les boires, permettra d'éviter les surcroîts de travail pour les infirmières. Le plan de construction et l'agencement des facilités de travail ont aussi un effet bien déterminé sur l'économie de temps et d'efforts du personnel.

On doit souligner l'importance des sujets suivants:

Surveillance
Proportion des infirmières par rapport aux enfants
Personnel auxiliaire
Étudiantes-infirmières
Enfants dans l'unité d'observation
Enfants dans l'unité d'isolement

Surveillance

L'emploi accru d'aides gardes-malades rend plus importante que jamais la surveillance du service des nouveau-nés. **Les soins aux nouveau-nés doivent en tout temps être sous la surveillance immédiate d'une infirmière licenciée qui doit avoir une formation spécialisée et de l'expérience dans les soins aux enfants nés à terme et prématurés.**

Proportion des infirmières par rapport aux enfants *

En l'absence d'information sur la durée des soins de nursing, **il est recommandé que la proportion indiquée dans le manuel antérieur soit maintenu. On recommandait qu'il y eut un minimum d'une infirmière ou d'une garde-auxiliaire pour chaque groupe de 12 bébés jour et nuit, en plus de la surveillante, et un minimum d'une infirmière graduée pour chaque groupe de 24 bébés.** Il existe un besoin urgent d'études précises sur la durée des soins de nursing.

Le personnel nécessaire, quant au nombre et à la qualité, variera selon l'importance des services de nouveaunés, l'emplacement des pouponnières, le plan de construction et l'agencement des facilités de travail, le programme d'enseignement aux parents, l'existence ou l'absence de recherches médicales ainsi que le programme d'enseignement aux étudiants en médecine et aux étudiantes-infirmières.

On doit assurer une répartition égale du service d'infirmières pour chaque période de 8 heures sur 24 heures. La pouponnière ne doit en aucun temps être laissée sans surveillance.

Personnel auxiliaire

Les membres de ce personnel doivent avoir acquis une formation avant d'être chargés du soin des bébés, et ils doivent travailler sous la surveillance d'infirmières licenciées. Leurs fonctions doivent être définies bien clairement et par écrit. Le travail assigné doit être compatible avec l'instruction, la formation et l'expérience de ces auxiliaires.

Étudiantes-infirmières

L'instruction est le but principal des étudiantes-infirmières en stage à la pouponnière. Pour assurer une instruction suffisante, **on ne doit assigner une tâche à ces étudiantes qu'après une période d'enseignement et d'orientation à la pouponnière et l'accomplissement de cette tâche doit être sous la surveillance d'une infirmière licenciée.**

* Pour les enfants prématurés, voir page 54.

Enfants dans l'unité d'observation

Le service de nursing pour l'unité d'observation dépendra des directives médicales, de l'emplacement de l'unité d'observation, et du nombre de berceaux qu'elle renferme. Lorsque le nombre d'enfants dans l'unité d'observation n'exige pas l'affectation d'un personnel distinct, **un membre du personnel** de la pouponnière doit être tenu **responsable de ces enfants pendant chaque période de 8 heures de service.**

Enfants dans l'unité d'isolement

Le soin des bébés sortis de la pouponnière (voir pages 31 et 32) pour cause de maladie doit être assuré par les infirmières du service auquel ils ont été transférés. Si l'unité d'isolement se trouve dans une autre partie de l'hôpital et relève du service de la pouponnière, un personnel doit être chargé du soin exclusif de ces enfants. Il est souvent impossible d'organiser un service de soins de 24 heures pour les bébés isolés de cette façon; par conséquent, il est fortement recommandé que ces bébés soient isolés en pédiatrie là où il existe un service de pédiatrie.

Commodités matérielles pour le soin des nouveau-nés

Tout hôpital qui projette d'établir des commodités pour le soin des nouveau-nés doit prendre en considération des facteurs tels que l'emplacement, la capacité, la répartition de la surface, les conditions du milieu et l'ameublement qui peut être requis pour

Les pouponnières usuelles
L'unité d'observation
L'unité d'isolement
L'unité de circoncision rituelle.

Pouponnières usuelles

Le personnel médical et infirmier doit participer activement avec l'administration dans la préparation des plans de construction des pouponnières.

Emplacement

Les services de maternité et de pouponnière d'une institution doivent être séparés et isolés des autres services de l'hôpital. Il est préférable qu'ils occupent un édifice distinct ou des étages particuliers d'un édifice. **Ils doivent surtout être séparés de tout service d'hôpital où peuvent se trouver des malades souffrant d'infections transmissibles.**

La pouponnière usuelle doit être installée dans le voisinage immédiat des chambres de la maternité, afin que tous les bébés (nourris au sein ou au biberon) puissent facilement être amenés à leurs mères pour les boires. L'application de ce principe aura le double effet de donner à la mère l'occasion de faire la connaissance de son bébé, tout en apprenant comment le tenir et le nourrir, et de contribuer à éliminer la pratique dangereuse qui consiste à laisser boire un bébé seul avec le biberon appuyé sur un objet quelconque.

Capacité

Le nombre de berceaux pour les pouponnières usuelles doit être à peu près le même que le nombre de lits disponibles pour les accouchées non infectées. On doit prévoir de petites unités de pouponnière. Les plus importantes raisons qui militent en faveur des petites unités sont les suivantes (1) limitation du nombre de contacts au cas où une infection se produirait chez un ou plusieurs bébés, dans une pouponnière, (2) limitation du nombre de bébés qui seront soignés par une infirmière ou une auxiliaire.

Dans les nouveaux hôpitaux ou dans ceux qui projettent des modifications, les unités de pouponnières doivent être conçues de façon à ne recevoir pas plus que 12 bébés, ou mieux encore 8 seulement. Un plan pratique pour le personnel et pour le travail comporte une série de deux unités de pouponnière pouvant recevoir de 8 à 12 bébés chacune, et donnant sur l'office des infirmières.

Voir les plans de pouponnières modèles aux pages 114-118.

Répartition de la surface

Une surface raisonnable est nécessaire pour effectuer les tâches auprès des berceaux, de même que pour diminuer les risques d'infections croisées.

Il existe diverses normes quant à la surface requise par bébé dans la pouponnière proprement dite. On doit tenir compte des règlements appliqués par les municipalités, les provinces ou l'autorité fédérale. En répartissant la surface, on doit tenir compte non seulement de l'espace occupé par le bébé, mais aussi de l'espace qui est nécessaire pour un lavabo, un chauffe-biberons, un pèse-bébé, des seaux pour les couches, des hottes pour le linge souillé, etc. dans la pouponnière proprement dite.

On recommande qu'un minimum de 24 pieds carrés * par bébé soit prévu dans une pouponnière. Une surface de 30 pieds carrés est désirable. On doit prévoir un espace de deux pieds entre les berceaux. Ainsi, une pouponnière de 8 bébés aurait une superficie minimum de 192 pieds carrés, ou une superficie désirable de 240 pieds carrés.

* PHS Regulations for the Administration of the Hill-Burton Hospital Survey and Construction Act, Appendix A, p. 3.

Conditions du milieu

Les pouponnières doivent être bien éclairées et bien ventilées. Le chauffage doit être organisé et maintenu de façon à ce qu'il y ait une température intérieure constante d'environ 75° F. réglée au moyen d'un thermostat. Les cloisons doivent être de couleur pâle, mate et de matière lavable. Toutes les fenêtres doivent être grillagées si elles sont ouvertes par temps chaud, et elles doivent pouvoir se fermer hermétiquement par temps froid.

La climatisation de l'air n'est jugé ni nécessaire ni pratique dans les pouponnières pour les enfants normaux nés à terme à moins que le service de maternité ne soit également climatisé. Si ce système est employé, une humidité approximative de 50% est désirable. Les données qu'on possède présentement démontrent que la désinfection de l'air n'est ni efficace ni pratique dans les pouponnières. La stérilisation de l'air par les rayons ultraviolets n'a qu'une valeur restreinte et rend possible les risques de brûlures aux patients et aux membres du personnel.

Les berceaux ne doivent pas être placés dans le voisinage immédiat des radiateurs, des murs extérieurs, ou des fenêtres ouvertes. Des cloisons vitrées doivent être installées entre la pouponnière et l'office des infirmières et sur le mur qui sépare la pouponnière du corridor, afin de faciliter la surveillance et l'observation.

Ameublement

On ne recommande pas les rideaux, draperies ou stores vénitiens. Ces objets sont difficiles à maintenir propres et ils empêchent l'observation des enfants par le personnel et les parents.

Le système des box ou des cloisons non seulement ajoute de la difficulté au nettoyage des pouponnières, mais il n'empêche pas l'infection croisée. Ils ne sont donc pas recommandés.

Une prise de courant électrique doit être installée pour chaque groupe de deux berceaux. Partout où cela est possible, il doit y avoir des conduites d'oxygène dans les murs, ce qui sauve du temps et de l'espace et empêche les va-et-vient inutiles dans la pouponnière. Si l'oxygène est ainsi amené, on recommande une sortie pour chaque groupe de quatre berceaux; ces sorties d'oxygène ne doivent pas se trouver dans le voisinage immédiat des prises électriques.

Chaque pouponnière doit être munie d'un lavabo à eau courante, chaude et froide, à robinets actionnés par le coude, le pied ou le genou, et placé de façon à éviter des pas inutiles aux infirmières. Un approvisionnement suffisant de serviettes est nécessaire. Si l'on utilise des serviettes de papier, un appareil distributeur fixé au mur doit être prévu. Un des détersifs antiseptiques renfermant de l'hexachlorophène ou quelque autre substance analogue est préférable au savon.*

Un seau à couches, muni d'un couvercle actionné par le pied, et une hotte pour le linge souillé doivent être installés près de l'évier.

On doit pourvoir chaque pouponnière d'un pèse-bébé automatique, de préference du type à fléau, afin de favoriser la précision et l'économie de temps. Lorsque plusieurs pouponnières se partagent une salle de travail commune, un seul pèse-bébé peut être utilisé pourvu que le programme des pesées soit échelonné.

Un chauffe-biberons assez grand pour contenir les biberons de tous les bébés nourris artificiellement doit être installé dans chaque pouponnière ou dans la salle de travail de la pouponnière. Les chauffe-biberons dans lesquels les bouteilles ne viennent pas en contact avec l'eau sont préférables. Si l'on utilise des chauffe-biberons dans lesquels les bouteilles sont immergées dans l'eau, on doit veiller à ce que l'eau soit changée chaque jour, qu'elle soit bouillie entre chaque usage, et qu'elle ne vienne pas en contact avec la tétine.

Un berceau doit être disponible pour chaque bébé. Ce berceau doit comprendre des compartiments destinés à recevoir un approvisionnement suffisant de couches, et de camisoles, un thermomètre et des tampons de coton hydrophile pour chaque bébé. Si l'on utilise un berceau, ou un incubateur, non muni d'un compartiment ou d'une tablette pour les articles nécessaires au bébé, on doit fournir une table de chevet. Dans le choix d'un berceau, on doit rechercher la simplicité de construction afin de faciliter l'entretien.

Outre les incubateurs pour prématurés **(voir page 57)** **on doit avoir des incubateurs approuvés par l'Underwriters Laboratory pour les enfants nés à**

* Au sujet de la technique pour le lavage des mains, voir page 29.

terme, gardés dans la pouponnière usuelle et qui pourraient avoir besoin de chaleur, d'oxygène, ou d'humidité supplémentaire. La question du matériel spécial pour l'administration d'oxygène est traitée à la section 13, où sont énumérées les commodités matérielles pour le soin des prématurés (voir page 57).

On doit placer des chaises dans chaque pouponnière afin que les enfants nés à terme qui ne peuvent être conduits à leur mère pour l'allaitement puissent être tenus convenablement pendant le boire.

Unité d'observation

On doit établir une unité d'observation pour les enfants soupçonnés d'être atteints d'une maladie infectieuse, afin qu'ils puissent être temporairement isolés et surveillés plus attentivement. Le séjour dans cette pièce est transitoire. Si l'on constate qu'un bébé n'est pas atteint d'une maladie infectieuse et s'il n'a pas été exposé à une infection positivement diagnostiquée pendant son séjour à la pouponnière d'observation, il pourra être renvoyé à la pouponnière usuelle. D'autre part, si un diagnostic positif d'infection est fait, le bébé devra être transféré immédiatement à l'unité d'isolement, pour y demeurer jusqu'à sa sortie de l'hôpital (voir page 18).

Emplacement

L'unité d'observation doit être située à proximité de la pouponnière usuelle pour permettre aux infirmières de faire une surveillance plus étroite et de donner des soins plus attentifs. Il serait idéal d'avoir un personnel propre à l'unité d'observation. Si cela est impossible, les mêmes infirmières peuvent être de service aux deux endroits à la fois (voir page 31).

Capacité

Il faut ordinairement un berceau dans l'unité d'observation pour chaque groupe de 10 à 15 berceaux dans la pouponnière usuelle. Dans les hôpitaux où un grand nombre de circoncisions sont accomplies, il peut être nécessaire d'installer plus de berceaux dans l'unité d'observation.

Répartition de la surface, conditions du milieu et ameublement.

Les normes et recommandations pour une unité d'observation sont analogues à celles qui ont été énoncées pour les pouponnières usuelles.

Antichambre de l'unité

Une antichambre doit être aménagée pour l'unité d'observation. Elle doit comprendre un lavabo, l'équipement nécessaire à la stérilisation des biberons et des tétines qui ont servi, ainsi qu'une armoire pour les sarraus et les masques.

Unité d'isolement

Une unité d'isolement doit être disponible pour le soin des nouveau-nés chez qui on a établi un diagnostic positif d'infection. Les enfants gardés dans la pouponnière d'isolement ne doivent pas être renvoyés à la pouponnière usuelle, ni à l'unité d'observation.

Emplacement

Il existe plusieurs moyens d'isoler les nouveau-nés: (1) dans le service de pédiatrie de l'hôpital; (2) par transfert au service de pédiatrie d'un autre hôpital si les soins ne peuvent pas être donnés à l'hôpital où la naissance a eu lieu; (3) dans une chambre isolée ailleurs dans l'hôpital. Ce troisième moyen est le moins désirable.

Si l'on s'en tient à ce dernier moyen (3) et que les nouveau-nés infectés sont soignés dans une autre partie de l'hôpital, ce local devra répondre aux exigences suivantes d'une unité d'isolement.

Capacité

Un berceau dans l'unité d'isolement peut être exigé pour chaque groupe de 30 berceaux dans les pouponnières usuelles. En cas d'urgence, on peut prendre possession d'autres pièces afin d'y établir les unités additionnelles d'isolement.

Répartition de la surface

On recommande un espace de 40 pieds carrés * pour chaque berceau de l'unité d'isolement.

* PHS Regulations for the Administration of the Hill-Burton Hospital Survey and Construction Act, Appendix A, p. 3.

Conditions du milieu, ameublement, et antichambre de l'unité

Ces commodités doivent être analogues à celles recommandées pour les unités d'observation.

Unité de circoncision rituelle

Il est recommandé aux hôpitaux où la circoncision rituelle des nouveau-nés s'effectue, d'avoir un local spécial pour cette opération.

Si l'opération est exécutée dans ce local, l'enfant pourra être renvoyé à la pouponnière usuelle; sinon, on le conduira à l'unité d'observation.

Emplacement

L'emplacement de ce local dépendra de deux facteurs: (1) accès facile, près d'une porte d'entrée de l'hôpital, de façon à ce qu'un grand nombre de visiteurs de l'extérieur n'entrent pas tous à la fois dans les départements de la maternité et des pouponnières. (2) moyens faciles de transporter l'enfant de la pouponnière à l'unité de circoncision.

Salle d'opération

Cette salle doit avoir une entrée distincte et contenir un lavabo, une armoire pour les bonnets, les sarraus et les masques. La stérilisation des instruments devrait se faire dans cette salle ou bien des mesures nécessaires doivent être prises pour la faire dans une autre partie de l'hôpital. La salle doit être assez spacieuse pour contenir le bébé, l'opérateur, une infirmière et les témoins nécessaires.

Salle des visiteurs

Cette salle doit avoir une entrée distincte. Une cloison vitrée doit être installée entre cette salle et la salle d'opération où la circoncision est accomplie.

Salles accessoires

Diverses salles accessoires sont nécessaires pour le service de la pouponnière. Ces salles doivent comprendre les commodités ou services suivants:

bureau pour l'infirmière en chef
espace accessoire pour la pouponnière usuelle
salle de démonstration
unités accessoires diverses

Bureau pour l'infirmière en chef

On doit pourvoir à l'aménagement d'un bureau pour l'infirmière en chef du service des nouveau-nés. Ce bureau doit être situé près des pouponnières. Dans les petits hôpitaux, il pourra être utilisé par les infirmières en chef du service de l'obstétrique et du service des nouveau-nés.

Espace accessoire pour les unités de la pouponnière usuelle

Un espace accessoire peut desservir une pouponnière usuelle ou bien il peut se trouver entre deux ou plusieurs pouponnières usuelles.

On doit pourvoir à l'installation d'autant de panneaux vitrés que possible dans les salles accessoires et entre les salles accessoires et les pouponnières, afin de faciliter la surveillance.

L'espace accessoire doit être subdivisé en deux salles distinctes pour les tâches et les travaux suivants:

Salle des dossiers:

Cette salle sera du côté du corridor et médecins et infirmières l'utiliseront pour la revision et la préparation des dossiers ainsi que pour revêtir leur sarrau, bonnet et masque. Elle doit renfermer ce qui suit:

bureau pour les dossiers
lavabo à eau courante chaude et froide

1 armoire pour les bonnets, les sarraus et les masques.
1 téléphone
1 hotte pour les bonnets, les sarraus et les masques souillés

Salle d'examen et de traitement

Cette salle sera utilisée pour l'examen et le traitement des bébés, l'emmagasinage et le réchauffage des biberons si désiré, et pour le rangement du matériel en réserve. Cette salle pourra aussi être utilisée pour les circonsisions chirurgicales. Elle doit renfermer ce qui suit:

Lavabo à eau courante chaude et froide
table d'examen
armoire de réserve
réfrigérateur (facultatif)
chauffe-biberons (facultatif)

Salle de démonstration

On doit disposer d'un local approprié où des instructions et des démonstrations peuvent être données aux mères sur la manière de nourrir, de baigner et de vêtir leurs bébés. Lorsqu'une salle spéciale n'est pas disponible, ces démonstrations peuvent être données dans la chambre de la mère, ou en face d'une cloison vitrée de la pouponnière.

Unités accessoires diverses

Outre les salles mentionnées à la page précédente, l'hôpital doit fournir une salle où les infirmières peuvent changer leurs vêtements de ville pour les uniformes qu'elles porteront dans la pouponnière.

La fonction et l'ameublement de pièces telles qu'un entrepôt pour fournitures et matériel, un cabinet de toilette pour infirmières et un cabinet de débarras nécessitent aucune explication. Les vadrouilles, les seaux et les autres articles de ménage utilisés dans la pouponnière ne doivent pas servir ailleurs.

section **5**

Biberonnerie

L'agencement de la biberonnerie et les méthodes de procéder qu'on y emploie doivent être étudiés avec soin par les autorités de tout hôpital en mesure de soigner les nouveau-nés.

Les besoins spécifiques à considérer sont:

l'emplacement
la construction
l'ameublement
le personnel
la préparation des formules

Emplacement

L'emplacement de la biberonnerie et la surveillance de la préparation des formules varieront selon le personnel disponible et les prolèmes particuliers à l'hôpital. **Une salle distincte doit être aménagée pour la préparation des boires. Cette salle ne doit servir à aucune autre fin. La biberonnerie doit être située là où le danger de contamination est le moindre et où le maximum de surveillance peut être donné par une diététiste ou une infirmière.** Elle doit être à proximité des pouponnières, ou de la cuisine des diètes, ou du service central d'approvisionnement. **Elle doit cependant être éloignée des malades.**

Construction

Il est recommandé de diviser la biberonnerie en deux sections par une cloison munie d'une lucarne à glissière. Une telle division permet d'utiliser une section exclusivement comme laverie pour la réception et le lavage des biberons, des tétines et des ustensiles; et l'autre section, pour la préparation, la stérilisation terminale et l'emmagasinage des formules et liquides spéciaux. On trouvera le plan d'une biberonnerie modèle à l'appendice, page 118.

Ameublement

L'ameublement minimum pour la laverie consiste en un lavabo, une table de travail munie de deux éviers, une machine à laver et à rincer les biberons, des tablettes, des porte-biberons et un chariot mobile.

L'ameublement minimum pour la salle de préparation comprend un stérilisateur à formules, un réfrigérateur, des chariots pour recevoir les biberons et des armoires.

Personnel

La surveillante de la biberonnerie doit avoir acquis une formation spéciale dans la préparation des formules et dans les procédés de stérilisation. Elle doit former et surveiller tout le personnel de la biberonnerie. Les personnes qui travaillent dans la biberonnerie ne doivent avoir aucun contact avec les patients atteints de maladies infectieuses.

Dans les hôpitaux où la préparation des formules ne nécessite pas les services d'une infirmière ou d'une diététiste à la journée longue, elle peut passer le reste de sa journée de travail dans une zone propre telle que le service central d'approvisionnement, les pouponnières usuelles ou la cuisine de diète. Les membres du personnel de la biberonnerie doivent porter des sarraus et bonnets. (**Voir page 43 en ce qui concerne l'examen médical**).

Préparation des formules

Section de la laverie

Les biberons, capsules et tétines provenant des pouponnières usuelles doivent être rincés à l'eau froide dans la pouponnière avant d'être envoyés à la biberonnerie. On doit faire passer l'eau sous pression à travers le trou des tétines afin de prévenir toute obstruction. Les biberons, capsules et tétines provenant des unités d'observation et d'isolement doivent être lavés à fond, à l'aide d'un détersif, et bouillis ensuite avant leur envoi à la biberonnerie.

Dans la laverie tous les biberons, capsules et tétines doivent être lavés à fond, à l'aide d'une solution détersive (pas de savon) et brossés à la main ou à la brosse mécanique. Les tétines doivent être retournées à l'envers au cours du nettoyage. Elles doivent être rincées à l'eau courante, puis bouillies pendant 5 minutes.

Les détersifs * sont supérieurs au savon pour le nettoyage des biberons et des ustensiles. Le savon se combine avec la caséine du lait pour former un résidu gommeux qui est difficile à enlever.

Préparation des formules

On prépare les mélanges lactés dans des conditions de propreté mais non d'asepsie, on les verse dans les biberons propres auxquels on fixe les tétines, et les capsules ou couvre-tétines; on place ensuite les biberons dans des paniers métalliques. Les capsules ou couvre-tétines peuvent être faits de verre, de métal, de plastique ou de papier hydrofuge, mais ils ne doivent pas produire une fermeture hermétique autour du col de la tétine ou du biberon pendant la stérilisation.

Les mélanges spéciaux qui ne peuvent être soumis à une stérilisation terminale doivent être préparés dans des conditions aseptiques comportant l'emploi d'ustensiles stérilisés et d'eau stérilisée et, autant que possible, d'ingrédients stérilisés.

Stérilisation des formules

On place les biberons remplis dans les stérilisateurs et on leur fait subir la stérilisation terminale, soit sous pression à 230°F. pendant 10 minutes, soit sans pression, à la vapeur ou à l'eau, à une température de 212°F. pendant 25 minutes.

La méthode avec pression et la méthode sans pression de la stérilisation terminale présentent toutes deux des avantages. La méthode avec pression donne un plus haut pourcentage de mélanges lactés stériles. D'autre part, la méthode sans pression comporte un moindre

* Ces détersifs doivent être conservés dans leurs contenants primitifs et emmagasinés dans un endroit où il n'y aura aucun risque qu'on les confonde avec les ingrédients des formules.

danger de caramélisation du sucre contenu dans la formule, de coagulation des protéines du lait, d'ébullition de la formule avec obstruction des trous de tétines et dommage au stérilisateur par pénétration du lait dans le tuyau de drainage.

En suivant à la lettre une technique soigneusement étudiée, l'objectif des méthodes décrites peut être atteint dans tous les hôpitaux, même si on ne dispose que d'un matériel très simple et peu coûteux. Un autoclave peut servir de stérilisateur, et la stérilisation terminale sans pression peut être effectuée dans des stérilisateurs ordinaires vendus pour usage domestique.

Refroidissement des formules

Une fois la stérilisation terminale effectuée, on enlève les biberons du stérilisateur, on les refroidit à la température de la pièce pendant une heure, puis on les place dans un réfrigérateur maintenu à une température de 40° à 45°F. Pour un refroidissement rapide, des appareils réfrigérateurs à grand rendement sont désirables. Le refroidissement dans l'eau peut comporter le risque de contamination.

Inspection des formules

La technique de préparation des formules doit être contrôlée par un examen bactériologique au moins une fois par semaine. L'énumération microbienne sur plaque des échantillons de formules ne devrait pas dépasser 25 bactéries par ml.

Guide en matière de techniques et d'organisation

Une publication de l'American Hospital Association (18 East Division Street, Chicago 10, Illinois, $1.50) intitulée: *Procedures and Layout for the Infant Formula Room* **devrait être obtenue et étudiée par les personnes chargées de la préparation des formules dans les hôpitaux. Les surveillantes de petits hôpitaux et d'anciens hôpitaux qui ne disposent pas de l'espace recommandé, ni d'équipement moderne, devraient consulter les médecins hygiénistes des municipalités ou des comtés pour ébaucher un plan de routine approprié à la biberonnerie.**

section **6**

Technique des soins

De bonnes techniques exigent une attention minutieuse ainsi que l'emploi d'un personnel suffisant pour l'exécution des tâches indiquées. Afin qu'aucun détail essentiel ne soit négligé, on ne devrait exiger que des techniques d'importance. Par conséquent, une revision des normes essentielles doit être effectuée périodiquement. Les personnes qui auront à exécuter les tâches dans un hôpital devraient participer à l'élaboration de ces normes afin de connaître les raisons qui ont motivé leur recommandation.

Des copies exactes des techniques approuvées doivent être distribuées aux personnes chargées de les exécuter. Savoir où se procurer un manuel et avoir ce dernier sous la main sont deux choses bien différentes.

Les techniques de soins dont il est ici question concernent:

Les soins immédiats dans la salle d'accouchement
Les soins courants à la pouponnière — technique individuelle
La limitation des contacts.
Les unités d'observation et d'isolement
Les épidémies

Soins immédiats dans la salle d'accouchement

Les facilités et les méthodes de procéder pour le soin du bébé dès sa naissance sont indiquées ci-après en fonction des besoins.

Maintien de la température corporelle

1. Un incubateur réchauffé ou un lit chauffé est requis pour le nouveau-né. Le modèle doit en être approuvé par les Underwriters' Laboratories comme étant à l'épreuve des explosions.

2. Une table de travail d'une hauteur commode et des couvertures réchauffées doivent être disponibles pour la protection du bébé s'il faut le sortir du lit réchauffé.

Nécessaire pour l'établissement de la respiration

1. **Une poire aspiratrice, ou un appareil de succion mécanique peuvent être nécessaires pour l'aspiration délicate du pharynx.** Un catheter semi-rigide peut à l'occasion être requis pour l'aspiration de la trachée chez les bébés gravement asphyxiés. Toutefois, il faut qu'un personnel capable de l'utiliser soit disponible.

2. Il devrait y avoir un dispositif pour incliner le matelas du bébé si cela est jugé nécessaire pour drainer les sécrétions. Lorsque le bébé est couché sur le ventre, même sur un matelas horizontal, les poumons se trouvent plus hauts que la bouche.

3. **La salle d'accouchement devrait être pourvue d'une source d'oxygène à 100% pur, afin qu'une quantité supplémentaire d'oxygène puisse être administrée au moyen d'un masque, si nécessaire.** Il devrait également être possible d'administrer de l'oxygène sous pression positive réglée par une soupape d'échappement. Jusqu'à ce que de plus amples renseignements définitifs soient disponibles, il semble que la pression ne devrait pas habituellement dépasser 20 à 25 cm. d'eau durant les 10 à 15 premières respirations et de 15 à 20 cm. d'eau par la suite.

4. Un laryngoscope pour bébés est nécessaire pour la vision et l'aspiration du pharynx et du larynx. Le laryngoscope ne doit être utilisé que par des personnes habituées à l'employer étant donné qu'il peut être dangereux entre des mains inexpérimentées.

Prophylaxie contre l'ophtalmie gonococcique

1. Les yeux du nouveau-né doivent être protégés au moyen d'une solution à 1% de nitrate d'argent dans des ampoules de cire.

2. Une autre substance peut être utilisée si la loi autorise son emploi et si elle est approuvée par le personnel de l'hôpital. On ne peut recommander d'autres agents prophylactiques pour le moment. Des études plus approfondies sont essentielles.

Détermination de l'état physique

1. Un examen rapide doit être fait pour la constatation de toute maladie ou défaut apparent.

2. Un examen détaillé comprenant les mensurations sera fait plus tard lorsque l'état de l'enfant se sera stabilisé.

Identification

Des pièces d'identité doivent être attachées au bébé avant que lui-même ou sa mère quitte la salle d'accouchement. Voir à l'appendice, page 73, la rubrique "Identification des nouveau-nés".

Soin du cordon ombilical

1. Le cordon ombilical doit être fixé par une pince stérile ou ligaturé.
2. Un pansement ou un bandage n'est ni nécessaire ni désirable.

Transfert à la pouponnière ou au chevet de la mère

1. **Le nouveau-né peut être transféré à une pouponnière ou au chevet de la mère lorsque le permet l'état de la mère et du bébé.**
2. **Le transfert doit s'effectuer sur un parcours aussi exempt que possible de contacts avec d'autres personnes.**
3. **Il doit exister un appareil d'oxygène mobile pour les bébés dont la respiration n'est pas normale.**
4. **Un berceau chauffé et mobile doit être disponible en cas de besoin.**
5. **Le dossier du nouveau-né doit l'accompagner.**

Soins courants à la pouponnière — Technique individuelle

Après avoir transféré le nouveau-né de la salle d'accouchement à la pouponnière, on doit le manier le moins possible mais prêter une attention constante aux techniques individuelles. On doit présumer que chaque bébé, quel qu'ait été l'endroit de sa naissance, constitue une source possible d'infection. De nombreuses épidémies sont survenues dans de prétendues "pouponnières propres".

Le berceau et tous les articles nécessaires aux soins du nouveau-né constituent des unités isolées distinctes. Par conséquent, on doit se laver les mains avant et après le maniement de chaque bébé. Tous les soins doivent être donnés au bébé dans son propre berceau.

Les articles d'ameublement tels que les tables communes pour le bain ou la toilette des bébés ne doivent pas être utilisés. Le plancher est contaminé. Une bonne partie de ces recommandations se trouve auto-

matiquement observée, si l'on utilise une seule chambre pour la mère et l'enfant. Rooming-in (Voir page 44).

Sarraus

Avant d'entrer dans la pouponnière, tous les membres du personnel doivent se laver les mains soigneusement. Tous doivent endosser un sarrau, mais les infirmières doivent porter des sarraus à manches courtes ou des blouses de salle d'opération permettant le lavage des mains et des avant-bras. Les médecins qui entrent pour examiner un seul enfant peuvent porter un sarrau à manches longues.

Ordinairement, point n'est besoin de changer de sarrau plus fréquemment qu'une fois par jour à moins que le sarrau ne devienne souillé pendant le maniement d'un bébé. On doit cependant prendre toutes les précautions voulues pour éviter de contaminer le sarrau lui-même. Le port du bonnet est facultatif, mais si on le porte, on doit s'en coiffer avant de se laver les mains.

Toute personne qui entre dans les unités d'observation ou d'isolement doit endosser un sarrau propre et le mettre au rancart dans cette unité avant d'en sortir. L'usage de sarraus individuels doit être de rigueur dans l'unité d'isolement.

Masques

Les masques peuvent donner un faux sentiment de sécurité si l'on méconnaît leurs points faibles; par conséquent, il n'est pas recommandé aux infirmières d'en porter couramment. Les personnes dont les fonctions exigent une brève visite de temps à autre, comme par exemple le médecin qui vient voir un ou deux patients, peuvent être tenues de porter des masques.

Un masque bien confectionné n'est efficace que pour une période de 20 à 30 minutes. Porter un même masque durant un plus long intervalle ou le porter attaché autour du cou en le relevant de temps à autre au-dessus de la bouche, ou même de la bouche et du nez, est non seulement inutile mais souvent dangereux.

Technique du lavage des mains

La transmission possible de maladies aux nouveau-nés par les mains a été soulignée à maintes reprises dans ce

manuel et ailleurs. Il est de la plus haute importance de se rappeler ce danger lorsqu'on se lave les mains, quel que soit le savon ou le détersif utilisé et la technique employée. Quelques-uns des détersifs antiseptiques sont plus efficaces que le savon, mais leur emploi est responsable parfois de cette fausse notion que tout ce qu'il faut faire est de s'en couvrir les mains.

Les principes suivants sont importants:

1. Considérer que les mains sont contaminées à moins qu'on se les lave immédiatement avant de manier le bébé.
2. Utiliser assez de savon pour former une bonne mousse ou la quantité recommandée d'un détersif particulier.
3. Se laver soigneusement les mains, les poignets et, s'ils sont exposés, les avant-bras, ne négligeant aucune surface, sans oublier les espaces interdigitaux ainsi que les faces latérales des petits doigts.
4. Rincer à fond à l'eau courante.
5. Se nettoyer les ongles avec un bâtonnet de bois d'oranger et répéter le lavage en entrant dans la pouponnière et après avoir manié des objets contaminés. Garder les ongles courts en tout temps.
6. S'essuyer les mains avec des serviettes de papier.

Limitation des contacts

Restrictions des visites

On limite les contacts avec d'autres personnes en n'admettant absolument aucun visiteur dans la pouponnière proprement dite. Seuls les médecins, les infirmières, les étudiants, la préposée aux soins du ménage ou un médecin appelé en consultation doivent y avoir accès. Dans les hôpitaux où un grand nombre de médecins viennent examiner leurs bébés, chacun de ces bébés doit être transporté dans son berceau jusqu'à une salle contiguë afin que le contact avec d'autres bébés soit réduit au minimum.

La répartition des tâches dans la pouponnière

La restriction du personnel exige aussi la répartition des tâches afin de maintenir au minimum le nombre des infirmières admises dans l'unité.

Réaffectation du personnel malade

Les personnes qui souffrent de rhume ou d'infections des voies respiratoires ne doivent pas être admises dans la pouponnière, ni être laissées au contact des nouveau-nés. Aucune règle ne permettra d'atteindre cet objectif en l'absence d'une collaboration volontaire. La régie du personnel doit être telle que l'employé ait l'assurance de ne souffrir aucun détriment, s'il déclare une maladie sans tarder. On doit leur assigner des tâches dans d'autres parties de l'hôpital jusqu'à ce que l'infection soit disparue. (Voir page 44).

Unités d'observation et d'isolement

On doit se reporter aux spécifications de la section 3 visant les unités d'observation et d'isolement (voir pages 17 et 18).

Importance de l'unité d'observation

L'unité d'observation facilite la ségrégation de tout enfant soupçonné d'être malade pour permettre l'observation minutieuse de l'évolution des symptômes. Bien que ces enfants puissent présenter un plus grand danger d'infection que ceux qui se trouvent dans la pouponnière usuelle, la possibilité de la présence d'une infection sans signes cliniques exige qu'il n'y ait aucun relâchement des techniques dans la pouponnière usuelle. Les recommandations déjà faites quant à l'usage de sarraus et de masques et l'importance fondamentale du lavage des mains, s'appliquent tout aussi bien à l'unité d'observation.

Transfert à la pouponnière d'observation

Toute infirmière doit être autorisée à transférer des bébés à l'unité d'observation par précaution, en attendant l'arrivée du médecin, le temps étant un facteur de la plus haute importance. Il est opportun que les bébés ne demeurent pas dans l'unité d'observation plus d'un jour ou deux, pas plus longtemps qu'il ne faut pour décider s'ils peuvent être renvoyés à la pouponnière usuelle ou s'ils sont vraiment malades.

Transfert à l'unité d'isolement

S'il y a indice d'une maladie réelle, infectieuse ou non, le bébé doit être transféré aux locaux réguliers établis pour le soin des nouveau-nés malades. Étant donné que les bébés seront maniés davantage et qu'un plus grand nombre de procédés diagnostiques et thérapeuthiques seront nécessaires, ces locaux doivent constituer une unité distincte telle que décrite antérieurement. Les remarques formulées au sujet de la technique à suivre dans l'unité d'observation s'appliquent tout aussi bien ici.

Épidémies

Les maladies épidémiques qui surviennent le plus fréquemment dans une unité où se trouvent les nouveau-nés sont les diarrhées, les infections cutanées, les infections buccales et les infections respiratoires. La diarrhée est de beaucoup la plus grave de toutes ces maladies.

Prévention des épidémies

La prévention des épidémies dépend de l'application attentive des techniques décrites dans la présente section. L'apparition d'une épidémie est une preuve presque certaine d'un manquement aux techniques. Une telle épidémie réclame des mesures immédiates et énergiques de la part de tout le personnel intéressé.

Déclaration aux services d'hygiène

S'il survient plus d'un cas de maladie infectieuse grave, le fait doit être promptement signalé au service d'hygiène local, à la fois pour la protection de l'hôpital et pour l'obtention de conseils sur les moyens de contrôle à suivre. Les départements d'hygiène des municipalités et des comtés ont élaboré des mesures soigneusement étudiées qui diffèrent quelque peu d'un district à l'autre.

Moyens de contrôle

Ces moyens peuvent varier quant aux détails, mais tous doivent être fondés sur les principes de base suivants:

1. Transfert immédiat des bébés infectés en vue de leur traitement à une unité d'isolement appropriée, en dehors du service d'obstétrique.

2. Interdiction de toute nouvelle admission à la pouponnière infectée jusqu'à la sortie de tous les enfants qui s'y trouvent déjà.

3. Établissement d'une pouponnière propre, avec un personnel distinct, pour recevoir les nouvelles admissions.

4. Enquête approfondie sur la source de l'infection. Cette enquête doit porter sur les malades, les membres du personnel, les techniques de soins, la biberonnerie, la buanderie, le matériel de stérilisation, la tuyauterie, etc.

5. Élimination de la source d'infection et élaboration de mesures propres à en prévenir toute récidive.

6. Nettoyage à fond de la pouponnière infectée avant que de nouveaux enfants y soient admis.

---

section **7**

Soins généraux

Les heures les plus difficiles de la première enfance sont celles qui suivent immédiatement la naissance. Un nouveau-né doit être constamment sous observation. Le berceau d'un bébé nouvellement admis à la pouponnière doit être placé de façon à permettre une surveillance facile.

Son apparence générale, surtout la présence de cyanose ou d'hémorragie, doit être notée. Cela nécessitera l'enlèvement des vêtements ou de la couverture afin de voir le cordon ombilical. On doit observer s'il y a de la dyspnée et des vomissements et noter l'heure de la première selle et de la première miction.

Bien qu'on puisse s'attendre à ce que la température des nouveau-nés normaux baisse de deux ou trois degrés après la naissance, les températures inférieures à 96 degrés lors de l'admission à la pouponnière dénotent un refroidissement et nécessitent l'application de chaleur externe au moyen d'un berceau chauffé ou d'un incubateur.

Les tâches qui comprennent les soins généraux donnés au nouveau-né par le personnel hospitalier et par l'hôpital

lui-même pourraient faire le sujet d'une étude distincte, étant donné leur multiplicité et leur variété. Toutefois, les soins courants les plus importants qui doivent être exécutés chaque jour par les infirmières et par les autres employées de la pouponnière, portent sur

le soin de la peau
les vêtements
la température
la pesée
le transport de l'enfant
l'allaitement au sein
l'allaitement au biberon
les approvisionnements
le nettoyage de la pouponnière
le soin du linge souillé
les dossiers

Soin de la peau

Principes

Le soin convenable de la peau des nouveau-nés joue un rôle important dans la prévention des infections. **A l'heure actuelle l'opinion semble prévaloir que moins on s'en occupe, moins il y a de danger d'infection.**

Nettoyage

Aucun bain d'eau ou d'huile ne doit être donné durant le séjour à l'hôpital. Pour des motifs esthétiques on doit enlever aussitôt que possible après l'arrivée du bébé à la pouponnière, le sang qui n'a pas été enlevé dans la salle d'accouchement. On recommande à cette fin de l'eau chaude et du coton stérile.

Le vernix caseosa peut avoir des propriétés protectrices et il disparaîtra spontanément après quelques jours. S'il est présent en quantité excessive on peut l'enlever délicatement à l'aide de coton stérile. **On ne recommande pas l'emploi de la gaze chirurgicale pour aucun soin courant de la peau du nouveau-né parce qu'elle est plus irritante que le coton.**

Soin des fesses

Les fesses peuvent être nettoyées d'une façon satisfaisante avec de l'eau. **On doit utiliser de l'huile uniquement sur la surface recouverte par la couche.** L'huile pour chaque bébé doit être gardée dans un contenant stérile en verre.

Soin du cordon

On doit veiller à ce que le cordon et la région ombilicale soient tenus propres. On ne doit appliquer aucun pansement. Tout écoulement provenant du cordon doit être enlevé à l'aide d'alcool à 70% ou de chlorure de benzalkonium, et **s'il est persistant et s'accompagne de rougeur, on doit le signaler au médecin.**

Vêtements

On recommande qu'un seul article de vêtement en coton outre la couche, soit porté, comme, par exemple, une chemise ouverte dans le dos ou attachée sur le côté. Les vêtements du nouveau-né ne doivent pas avoir de boutons. La couche doit être faite d'un tissu doux. Par temps chaud, dans les pouponnières où l'air n'est pas climatisé, les bébés seront peut-être plus confortables s'ils ne portent qu'une couche. **Un approvisionnement suffisant de vêtements, de draps ordinaires, de piqués, et de couvertures doit être gardé près du berceau.**

Température

Chaque bébé doit avoir son thermomètre individuel. Dans le cas de bébés normaux, la température doit être prise lors de l'admission à la pouponnière et au moins à quatre heures d'intervalle jusqu'à stabilisation et par la suite une fois par jour. Le personnel médical doit examiner l'opportunité de prendre la température axillaire dans le cas des nouveau-nés normaux. Lorsqu'elle est prise selon les instructions données à la page 65, la température axillaire a une précision suffisante.

Pesée

On doit peser chaque bébé près de son berceau, prenant soin de lui éviter tout refroidissement. Le plateau du pèse-bébé doit être complètement recouvert d'un linge propre pour la pesée de chaque bébé. On recommande de garder le pèse-bébé sur une

table roulante, afin qu'il puisse être facilement déplacé d'un berceau à l'autre. Si le séjour à l'hôpital dure moins d'une semaine, la pesée à l'admission et à la sortie seulement est suffisante dans le cas des bébés qui ne présentent aucun signe de maladie; autrement l'intervalle entre les pesées doit être déterminé par le personnel médical.

Transport de l'enfant

Pour des motifs d'hygiène et l'économie du temps, on recommande à l'infirmière de transporter le bébé dans ses bras et de préférence, dans son propre berceau jusqu'au lit de sa mère. Les chariots communs ne doivent pas être utilisés. Si la mère est en mesure de le faire, elle peut sortir le bébé hors du berceau et voir à tous les détails de l'allaitement, après avoir reçu des instructions appropriées.

Allaitement au sein

On remarquera qu'aucun horaire fixe pour l'allaitement au sein n'est recommandé dans les paragraphes qui suivent. Cela permet de satisfaire aux exigences individuelles et d'écarter les dangers d'un allaitement précipité.

Principes

On recommande l'allaitement au sein pour tous les enfants nés à terme. Rien ne contribue autant au succès de ce mode d'allaitement que l'instruction prénatale. L'expérience a démontré que lorsqu'une mère ne désire pas allaiter son enfant, l'insistance sur ce point, après l'accouchement, aboutit habituellement à l'insuccès. Les avantages de l'allaitement au sein et les petits inconvénients qu'il comporte durant le quelques premières semaines doivent être expliqués à toute mère indécise.

L'allaitement au sein doit commencer dès que le permet l'état de la mère et du bébé, après l'accouchement, et l'eau seule doit servir de complément alimentaire en dépit d'une légère perte de poids durant les 5 ou 6 premiers jours. **Il n'est pas possible, d'ordinaire, de déterminer durant le séjour à l'hôpital si la quantité de lait répondra ultérieurement aux besoins de l'enfant.**

Techniques

Les mères inexpérimentées pourront avoir besoin d'être renseignées sur l'allaitement au sein par un médecin ou une infirmière d'expérience (voir appendice page 78). Il est de la plus haute importance que la mère et le bébé soient confortablement installés durant l'allaitement au sein, que la mère soit alors assise dans son lit ou sur une chaise ou bien encore couchée.

Les tampons utilisés pour absorber l'excédent de lait doivent être stériles. Le lait formant croûte peut être enlevé à l'aide de coton hydrophile et d'eau stérile. **Les solutions antiseptiques ne sont pas recommandées. L'acide borique est dangereux et ne doit pas être gardé dans la pouponnière pour quelque usage que ce soit.**

Il est essentiel de se laver les mains avant de recevoir le bébé pour l'allaitement.

Collecte de lait maternel

Si un bébé ne peut être nourri au sein parce qu'il est prématuré ou à cause d'une maladie de la mère ou de l'enfant, la mère peut extraire son lait pour maintenir la montée laiteuse. Lorsque cette extraction ne doit se faire que pendant peu de temps, les tire-lait manuels et électriques ou l'extraction manuelle sont tous satisfaisants. Si l'extraction doit se prolonger assez longtemps, la méthode manuelle est celle qui donne les meilleurs résultats.

Le lait maternel doit être stérilisé selon la méthode employée pour les rations lactées avant d'être donné au bébé.

Si le lait maternel doit être conservé plus longtemps que 24 heures, on recommande la stérilisation et la congélation du lait.

Allaitement au biberon

Bien qu'aucun horaire fixe pour l'allaitement au biberon ne soit recommandé et afin de satisfaire aux exigences individuelles, il est important que les bébés allaités au biberon soient conduits à leur mère et nourris par elle au moins durant le jour. Les supports à biberons ne doivent pas être permis.

Rations lactées

Le médecin doit prescrire par écrit les rations de lait et les changements à y apporter. L'avantage

d'une formule de base au point de vue de l'économie de temps est manifeste. Une ou deux formules devraient être adoptées d'un commun accord par les membres du personnel médical et les rations lactées spéciales ne devraient être prescrites que pour des motifs valables.

Livraison des formules

Le personnel de la biberonnerie doit apporter à la pouponnière la provision de formules pour 24 heures. Ces biberons sont placés dans le réfrigérateur de la pouponnière où ils sont facilement accessibles au personnel de la pouponnière.

Réchauffage des formules

On doit pourvoir au chauffage des biberons dans la pouponnière, en ayant de préférence un chauffe-biberons réglé par un thermostat. Si l'on utilise des chauffe-biberons dans lesquels les biberons sont immergés dans l'eau, on doit veiller à ce que l'eau soit bouillie entre chaque usage, changée chaque jour, et qu'elle ne vienne pas en contact avec les tétines. **Les biberons ne doivent en aucune circonstance être réchauffés dans le lavabo.**

Biberons et accessoires qui ont servi

Les biberons, tétines et couvre-tétines doivent être rincés dans de l'eau courante froide et portés hors de la pouponnière après chaque boire. On doit faire passer l'eau sous pression à travers les trous des tétines. (Voir appendice, page 79.)

Eau potable

Aux bébés gardés dans une pouponnière très chaude, on recommande d'offrir de l'eau stérilisée, portée à la température du corps, une ou deux fois par jour entre les boires et plus souvent par temps très chaud. De l'eau stérilisée doit être fournie dans des biberons individuels sur lesquels les tétines et les capsules ou couvre-tétines auront été posés avant la stérilisation.

Approvisionnements

Responsabilité

La surveillante de la pouponnière, ou son adjointe, doit vérifier chaque jour les fournitures et le matériel afin de voir à ce que des quantités suffisantes soient disponibles

pour une période d'au moins 24 heures, et que tous les appareils mécaniques soient en bon état de fonctionnement.

Matériel pour les traitements spéciaux

Il est essentiel qu'une poire ou un appareil de succion à embout de caoutchouc mou, un approvisionnement d'oxygène, un appareil pour l'administration d'oxygène et un incubateur soient toujours disponibles.

En outre, il est recommandé que les aiguilles, les cathéters, les seringues et les autres instruments nécessaires au soin des nouveau-nés, ainsi que les ensembles pour traitements particuliers tels que les infusions intraveineuses, les transfusions et les ponctions lombaires soient conservés dans un endroit commode et dans des paquets stériles, pour utilisation en cas d'urgence.

Lingerie

Une quantité de linge propre suffisante pour au moins 8 heures doit être livrée à la pouponnière. Aucun vêtement non lessivé ne doit être utilisé. Il est particulièrement important que les vêtements nouvellement marqués à la teinture d'aniline soient lessivés avant d'être livrés à la pouponnière.

Nettoyage de la pouponnière

Aucun époussetage ou nettoyage ne doit être fait à sec dans une pouponnière. Les murs et les planchers, de même que l'ameublement et autre matériel doivent être lavés ou épongés *.

Le personnel préposé aux soins du ménage, qui n'est pas en service continu à la pouponnière, doit porter des sarraus et des masques pendant le travail. On doit faire coïncider le ménage quotidien avec les périodes d'allaitement, alors que la plupart des bébés sont en dehors de la pouponnière.

Soin du linge souillé

Entreposage et collecte

Les couches souillées doivent être placées dans un seau à couche spécial, distinct de la hotte destinée aux vêtements et à la literie souillés. Les couches ne doivent jamais être rincées à la pouponnière.

* *Manual of Housekeeping*, M16-52. American Hospital Association.

Le linge souillé doit être recueilli au moins deux fois par jour, et de préférence plus souvent. **Le seau à couches et la hotte à linge souillé doivent être placés en dehors de la pouponnière afin qu'on puisse les ramasser sans entrer dans la pouponnière. Les couches et le linge souillés doivent être portés à la buanderie sans être enlevés de leurs propres contenants.**

Lavage

Les couches et le linge souillés de la pouponnière doivent être lavés à part l'un de l'autre et séparément du linge sale de l'hôpital.

Un soin tout particulier est requis pour le lavage afin que les vêtements demeurent souples et soient exempts de toute substance qui pourrait irriter la peau du bébé, comme par exemple un savon fort ou un produit chimique.

Les règles régissant le lavage du linge, comme par exemple la stérilisation, (de préférence à l'autoclave,) la mise en paquets et la livraison à la pouponnière doivent être élaborées avec le personnel médical, infirmier, buandier et administratif, ainsi que l'indique *Hospital Laundry*, manuel pratique publié par l'American Hospital Association, 18 East Division Street, Chicago, 10 Illinois.

Dossiers

Un dossier pour chaque nouveau-né, distinct de celui de la mère, doit comprendre ce qui suit:

Antécédents maternels

Un résumé succinct des principaux points tels que les antécédents familiaux, la grossesse de la mère, l'épreuve sérologique pour la syphilis, le facteur RH, l'analgésie, l'anesthésie, la durée du travail et le genre d'accouchement doit être inscrit au dossier du nouveau-né. Un rapport de radiographie thoracique est désirable.

Progrès du bébé

Le dossier doit comprendre les renseignements suivants au sujet de l'état physique et du progrès de l'enfant:

Comportement immédiatement après la naissance et soins reçus dans la salle d'accouchement.

Examen physique ou évaluation médicale immédiatement après la naissance.
Température
Poids
Moment de la première miction
Nombre, caractère et consistance des selles
Allaitement, au sein ou au biberon, quantités ingérées et réactions à l'allaitement
Notes sur le progrès réalisé par le bébé
Notes de consultation et résultats de laboratoire, si indiqués
Symptômes insolites observés
Examen physique avant la sortie
Diagnostic final

Diagnostic de sortie

On doit utiliser la *Nomenclature Standard des maladies et interventions* **pour les diagnostics de sortie.**

---

section **8**

Préparation en vue des soins à domicile

L'hôpital doit préparer la mère à assumer les responsabilités que comportera le soin de son bébé à la maison en lui donnant des instructions et en prenant des dispositions relatives

aux soins à domicile
à la surveillance ultérieure par un médecin privé ou par un service d'hygiène publique.

Soins à domicile

Avant sa sortie de l'hôpital la mère doit être renseignée sur les soins à donner à son bébé, y compris son comportement probable. Elle doit savoir comment maintenir sa production de lait maternel ou préparer les formules de lait.

Education

Ce programme doit commencer tôt, préférablement durant la période prénatale, et ne pas être différé jusqu'au

moment de la sortie de l'hôpital. On peut démontrer la manière de préparer les boires, de baigner le bébé, de lui donner les soins nécessaires et suggérer des lectures appropriées. L'enseignement individuel doit être donné par le médecin et les infirmières, selon le besoin.

Dans le cas de mères qui ont besoin de conseils et d'aide supplémentaires pour le soin du bébé, des dispositions doivent être prises par l'intermédiaire du médecin ou du personnel de l'hôpital (service administratif, médical, infirmier ou social) pour que le service local d'hygiène ou le service d'infirmières visiteuses de l'endroit se charge de pourvoir cette aide.

On doit veiller à ce qu'il n'y ait aucune contradiction entre les instructions données à l'hôpital et celles qui proviennent de médecins privés et d'autres organisations communautaires.

Surveillance ultérieure par un médecin privé ou un service d'hygiène publique

Avant la sortie de l'hôpital, on doit prendre en considération les conditions qui existent au foyer (faire une visite à la maison si nécessaire). Une attention particulière doit être accordée aux points suivants:

Santé de la famille

L'état de santé des autres membres de la famille doit être constaté particulièremnt là où des enfants pourraient être exposés à une maladie contagieuse.

On doit déterminer si la mère sera capable de prendre soin du bébé elle-même.

Conditions du logement

On doit s'assurer que la disposition du logement convient pour donner les soins au bébé.

Situation financière

On doit se rendre compte si les parents sont financièrement en mesure de procurer au bébé les aliments et les vêtements convenables ainsi que les autres nécessités de l'existence.

Transfert aux soins d'un médecin privé

Si, après la sortie de l'hôpital, le bébé ne doit pas rester sous les soins du médecin qui l'a soigné à l'hôpital, le médecin de famille ou une organisation communautaire doit être informé du fait que le bébé sortira bientôt de l'hôpital, pour lui assurer une surveillance médicale continue y compris la surveillance du régime alimentaire et des soins tant hygiéniques que médicaux.

Sous les soins d'un service public

Si la situation qui existe au foyer n'est pas procice au bébé, des dispositions doivent être prises pour qu'un service d'hygiène publique ou un service social aide à préparer le foyer pour le bébé et à effectuer les ajustements nécessaires.

---

section **9**

Examen médical du personnel

Il est de la plus haute importance que le personnel de la pouponnière et les autres personnes qui pourraient venir en contact avec le nouveau-né soient en parfaite santé afin de réduire au minimum la possibilité d'infection. Par conséquent, l'hôpital doit encourager

les examens médicaux du personnel
la restriction des contacts
les dossiers médicaux des employés
la déclaration des maladies

Examens médicaux du personnel

Tout le personnel affecté à la pouponnière ou à la biberonnerie doit subir avant l'affectation et annuellement, un examen physique comprenant une radiographie thoracique. Il est douteux que l'examen de routine des secrétions du nez et de la gorge et des matières fécales soit utile, et leur exécution régulière n'est pas recommandée.

Restriction des contacts

Il ne doit être permis à aucune personne atteinte d'une infection respiratoire, cutanée, gastro-intes-

tinale ou autre infection contagieuse de travailler dans la pouponnière. Les médecins attachés à l'hôpital, les infirmières et les travailleurs auxiliaires qui souffrent d'une infection doivent en avertir leur directeur respectif. Il peuvent être affectés à un autre service de l'hôpital approuvé par le service de pédiatrie, mais ils doivent être immédiatement exclus du service de la pouponnière.

Le directeur doit s'assurer, par des examens physiques et des épreuves de laboratoire appropriées, que la reprise du travail à la pouponnière ne comporte aucun danger.

Dossiers médicaux des employés

L'administration de l'hôpital doit tenir un dossier médical pour chaque employé.

Déclaration des maladies

Le règlement relatif à la santé des employés doit être conçu de façon qu'aucun préjudice financier ne soit causé aux personnes qui signalent promptement une maladie contagieuse.

---

section **10**

"Rooming-in" ou chambre pour mère et enfant

La chambre mère-enfant est un genre de service de nouveau-nés dans lequel le berceau du bébé est placé à côté du lit de la mère, de façon à ce que la mère et l'enfant puissent être soignés simultanément. Bien entendu, c'est là une méthode qui existe depuis très longtemps et, sans aucun doute, l'on y recourt encore dans la plupart des pays du monde.

Les commentaires additionnels sur la chambre pour mère et enfant doivent porter sur les principes à suivre par l'hôpital touchant

les objectifs
les différents systèmes
les conditions préalables au "rooming-in"
les dispositions physiques
le service du nursing.

Objectifs

Les buts de cette chambre mère-enfant sont les suivants: (1) assurer après l'accouchement des relations étroites entre la mère et l'enfant et cela dès que la mère est en mesure de se charger du soin du bébé; (2) encourager l'allaitement maternel selon un horaire flexible; (3) offrir aux mères et aux pères des conseils sur le soin des bébés, afin de leur permettre de mieux accomplir leur devoir de parents; (4) diminuer le danger d'infection croisée chez les bébés.

Différents systèmes

Facultatif

Pour de meilleurs résultats, le système mère-enfant peut être: (1) continu, le bébé étant constamment auprès de sa mère ou (2) intermittent, le personnel de la pouponnière surveillant les bébés durant la nuit afin d'empêcher toute interruption inutile du sommeil des mères sauf peut-être aux moments des boires. Un bébé placé dans la chambre de sa mère d'une façon intermittente peut retourner à la pouponnière usuelle étant donné que les contacts ne sont guère plus nombreux que dans un système ordinaire de pouponnière.

Les techniques individuelles décrites antérieurement dans ce manuel pour protéger les enfants de la contagion s'appliquent également au système de la chambre mère-enfant.

Obligatoire

En cas d'épidémies graves, tous les bébés peuvent être gardés continuellement auprès de leurs mères. Cette méthode s'est avérée efficace lorsqu'une unité d'isolement n'était pas disponible. C'est uniquement une mesure d'urgence.

Conditions préalables au système de la chambre mère-enfant

Entente entre les divers services

Les services hospitaliers d'obstétrique, de pédiatrie, de nursing et d'administration doivent coordonner leurs efforts pour obtenir une attitude coopérative et unifiée

de la part de tout le personnel chargé du soin de la mère avant et après l'accouchement et du bébé durant les périodes prénatale et postnatale.

Orientation des médecins, infirmières et travailleurs auxiliaires

Avant l'affectation à l'unité mère-enfant, tout le personnel doit être informé des buts, de la raison d'être et de la technique des soins dans cette unité et de l'allaitement à la demande. L'importance qu'on attache à l'unité mère-enfant est incompatible avec une simple attitude de tolérance.

Orientation des parents

Pour en assurer le succès, on doit expliquer en détail aux parents les buts et les techniques de l'unité mère-enfant et, s'il y a possibilité, leur faire visiter l'hôpital avant l'accouchement.

Visites permises

A moins que le système mère-enfant ne soit intermittent et que le bébé ne soit conduit hors de la chambre de la mère aux heures de visite, les seuls visiteurs admis doivent être le père et les grands-parents du bébé. Il ne doit y avoir qu'un seul visiteur à la fois. Des précautions analogues à celles qui sont exigées de la part des médecins qui visitent la mère et le bébé doivent être observées par les visiteurs. Avant de prendre le bébé dans ses bras, tout visiteur doit se laver les mains et revêtir un sarrau.

Dispositions physiques

Répartition de la surface

Bien que presque tous les services de maternité existants, sauf les salles déjà trop remplies, peuvent être utilisés pour le système mère-enfant, les chambres logeant quatre mères au plus sont préférables. L'efficacité du système a été démontrée pour les chambres logeant de 1 à 4 mères. Une unité pratique si on projette une nouvelle construction est constituée par 2 chambres à 2 lits, séparées par une pouponnière pour 4 bébés et une unité de service.

Quelle que soit la grandeur de l'unité, une superficie bien proportionnée d'au moins 80 pieds carrés est nécessaire pour le lit, la chaise, la table de chevet de chaque mère et pour le berceau et les autres installations énumérées ci-dessous pour son bébé.

Ameublement

Toute chambre dans laquelle on pratique ce système mère-enfant doit être pourvu d'un évier, de savon et de serviettes propres pour le lavage des mains. Dans les unités à plusieurs lits, des rideaux ou des alcôves entourés de rideaux sont nécessaires pour créer un peu d'intimité. L'emploi d'un matériel insonore pour les plafonds est recommandé dans les nouvelles constructions. Quel que soit leur agencement, les pièces doivent être gaies, confortables et tranquilles.

Commodités pour le bébé

Un cabinet contiendra les couches propres et les autres vêtements, le coton hydrophile et tous les autres articles nécessaires aux soins des bébés. Ce cabinet peut servir de support au berceau ou être placé sur la table de lit de la mère.

On doit disposer d'un seau à couches avec couvercle et d'une hotte ou tout autre réceptacle pour la lingerie souillée. Ces commodités doivent être placées à la portée des mères. Dans une unité à plusieurs lits, il n'est pas nécessaire que chaque mère dispose d'un seau à couches individuel. Au moins deux fois par jour, les infirmières ou les préposées de service doivent voir au transfert des couches et du linge souillés à la buanderie en utilisant les contenants spéciaux pour le transport.

Un approvisionnement suffisant de sarraus propres à manches longues doit être disponible pour les parents visiteurs.

Une hotte doit être placée à l'intérieur ou à l'extérieur de l'unité pour ces sarraus souillés.

Allaitement

Bien que l'allaitement au sein soit favorisé par la chambre pour mère et enfant, certains bébés seront nourris au biberon. Ces biberons (pourvus de tétines, de capsules

ou couvre-tétines, stérilisés et étiquetés exactement comme les biberons pour bébés dans les pouponnières) doivent être gardés dans le réfrigérateur de la pouponnière la plus rapprochée. Le biberon doit être chauffé et apporté à la mère à l'heure des boires par une infirmière ou une préposée de service. Si les biberons doivent être réchauffés par les mères, un chauffe-biberons convenable (voir page 38) doit être installé dans chaque chambre. Les variations permises dans l'horaire des boires doivent être stipulées par le médecin en chef (voir page 37) tout en tenant compte du fait qu'un certain nombre de biberons supplémentaires pourront être requis dans le cas des horaires flexibles qui contribuent le plus au succès du système mère-enfant.

Service du nursing

L'acquisition d'attitudes de compréhension nécessaires au succès de la chambre pour mère et enfant dépend tout autant des infirmières que des médecins. Le personnel du nursing doit par conséquent avoir reçu une formation lui permettant de donner à la mère un enseignement qui l'aidera à comprendre et à soigner son bébé.

Les observations faites dans les unités mère-enfant existantes semblent démontrer que pour la réalisation des objectifs, une infirmière peut satisfaire aux besoins de 4 mères et 4 bébés. On devra effectuer des études plus poussées afin de déterminer si, dans certaines circonstances, une infirmière peut faire davantage. Il importe qu'une infirmière ou une préposée soit présente dans l'unité en tout temps afin de répondre immédiatement à toute demande d'aide de la part de la mère. L'adoption du système mère-enfant faite principalement en vue d'économiser le temps des infirmières est une mauvaise pratique.

Conclusions

Les avantages de la chambre pour mère et enfant rendent ce genre de service de nouveau-nés digne d'être envisagé par les hôpitaux où l'attitude du personnel professionnel est favorable à ce projet. Cette attitude est plus importante que les dispositions physiques.

DEUXIÈME PARTIE

Normes et recommandations pour les soins hospitaliers des enfants prématurés

INTRODUCTION

Un prématuré est un enfant né vivant dont le poids à la naissance est de 2,500 grammes (5 liv. 8 onces) ou moins.

Les enfants prématurés demandent des soins spéciaux en ce qui regarde le matériel de la pouponnière et l'expérience du personnel. Que la dispensation de ces soins spéciaux soit distincte ou concurrente avec les soins aux enfants nés à terme est une question d'organisation et de fonctionnement d'un hôpital suivant l'importance du service, le genre d'hôpital, et les autres services disponibles dans la localité ou aux environs.

Les grands hôpitaux de maternité et d'enfants, et les grands hôpitaux généraux possédant des services pédiatriques où sont soignés les prématurés, doivent observer les normes décrites ultérieurement dans les sections spéciales traitant des prématurés. Les services de moindre importance qui ne peuvent s'attendre à garder une unité de 5 bébés passablement occupée, doivent pourvoir aux soins des prématurés par le transfert à une autre institution si possible, ou par des modifications appropriées dans leurs propres pouponnières usuelles, ainsi qu'on le verra plus loin. Un service de maternité où a lieu chaque année 1,500 naissances vivantes ou plus peut s'attendre à ce qu'il y ait parmi ces naissances suffisamment de prématurés peu développés et plus faibles pour que soit justifiable l'établissement d'une unité spéciale comme celle qui est décrite ci-après.

Plusieurs des prématurés mieux développés, dont le poids dépasse 5 livres, peuvent recevoir les mêmes soins

hospitaliers que les enfants nés à terme et être placés dans les pouponnières usuelles. *

Dans les grands hôpitaux généraux l'unité des prématurés doit, de préférence, être placée à proximité du service d'accouchement afin de réduire au minimum les problèmes relatifs au transport et aux relations entre mère et enfant. Une bonne organisation est nécessaire pour coordonner les activités du service de pédiatrie et d'obstétrique. Les enfants placés dans une unité spéciale pour prématurés ne doivent, en aucune circonstance, être soignés concurremment ou venir en contact avec des malades infectieux.

Lorsque des services spéciaux pour prématurés sont disponibles dans la localité, comme il est recommandé, la déclaration des naissances prématurées au service de santé est désirable.

Dans le cas des prématurés nés à la maison, les conditions du milieu régissent la nécessité du transfert à l'hôpital et la méthode à suivre en l'occurrence. L'admission de ces enfants dans une unité spéciale dépend du poids, de l'état de l'enfant et de la situation qui existe au foyer. Lorsqu'il est prescrit, le transfert immédiat à un hôpital qui satisfait aux normes énoncées aux pages suivantes doit être effectué en observant les moyens décrits sous la rubrique "Technique des soins", page 60, à moins que les autorités locales n'appliquent un programme actif d'hygiène publique pour le soin à la maison de ces bébés.

On trouvera aux pages suivantes une description du personnel, des commodités et des soins de routine pour les unités de prématurés qui admettent des bébés nés avant terme à l'hôpital même ou ailleurs. Ces recommandations s'appliquent donc à toute pouponnière qu'elle soit dans un hôpital général, dans une maternité ou dans un hôpital d'enfants.

* Dans certaines circonstances, l'individualisation des principes d'admission selon les règles suivantes est plus satisfaisante que l'adoption d'une limite de poids arbitraire:

1. Tous les enfants dont le poids est moins que 2250 grammes (5 livres) à la naissance doivent être admis dans l'unité des prématurés.
2. A la naissance d'un enfant pesant de 2250 à 2500 grammes (de 5 livres à 5 livres et demie) le médecin en sera immédiatement informé et il décidera si le bébé doit être admis à l'unité des prématurés.
3. Tout bébé pesant plus de 2500 grammes (5 livres et demie) à la naissance pourra être admis dans l'unité des prématurés si le médecin juge qu'il est vraiment prématuré.

Service médical pour le soin des prématurés

Le soin des prématurés doit être sous la responsabilité du personnel médical de la pédiatrie. Un médecin (de préférence un spécialiste en pédiatrie) qui s'intéresse particulièrement au soin de ces bébés et possède l'expérience voulue, doit être officiellement désigné médecin en chef des prématurés, qu'il y ait une unité distincte pour les prématurés ou, comme dans certaines circonstances indiquées à la page 49, que les prématurés ne soient pas soignés dans une unité distincte.

Pour qu'un fonctionnement régulier et efficace soit réalisé, il est fortement recommandé que, dans un grand hôpital général ou de maternité, le médecin en chef des prématurés soit nommé membre du comité mixte de l'unité des prématurés, avec des réprésentants des services d'obstétrique, d'administration et du nursing de l'hôpital.

Le médecin en charge doit avoir la surveillance et la responsabilité des:

Soins de routine
Visites
Réunions du personnel
Dossiers et fiches
Fréquences des examens physiques.

Soins de routine

Sans avoir nécessairement à s'occuper directement de chaque enfant en particulier, le médecin en chef des enfants prématurés doit formuler par écrit les instructions permanentes sur les lignes de conduite et des procédés à suivre dans les soins de tous les prématurés qu'ils soient en service régulier ou privé, et il doit être investi de l'autorité nécessaire pour les faire observer.

Les directives ainsi reconnues comme instructions permanentes doivent comprendre non seulement celles qui concernent les soins de routine, mais aussi celles qui s'appliquent à des circonstances extraordinaires comme par exemple l'apparition d'une infection.

Visites

Chaque enfant doit être sous les soins continus d'un pédiatre (qu'il s'agisse ou non du médecin en chef). En outre, un médecin qualifié, de préférence un médecin résident affecté à ce service, doit visiter la pouponnière au moins une fois par jour et répondre aux appels jour et nuit.

Réunions du personnel

Des réunions périodiques pour l'étude des lignes de conduite et des procédés à suivre doivent être organisées par le médecin en chef pour les médecins, les anesthésistes, les infirmières et les préposés au service social. Dans tout hôpital où il existe une unité de prématurés, des réunions conjointes d'obstétriciens, de pédiatres et de pathologistes doivent être tenues mensuellement pour discuter de la morbidité et de la mortalité.

Si un bébé en dehors de l'hôpital est admis pour être soigné, son médecin privé doit être invité à observer le bébé durant son séjour à la pouponnière et à assister à ces réunions.

Dossiers et fiches

Une évaluation médicale (voir pages 60 et 64 sous la rubrique "Techniques des soins") de chaque prématuré doit être consignée au dossier par son pédiatre immédiatement après l'admission.

Le médecin en chef doit avoir la responsabilité de la compilation de statistiques annuelles sur l'incidence, la morbidité et la mortalité de tous les prématurés dans l'institution.

Des fiches pour la préparation de ces statistiques figurent dans l'appendice de ce manuel. Grâce à cette classification, la comparaison des résultats obtenus dans

divers hôpitaux et pour des années différentes dans le même hôpital, aide grandement à l'amélioration des soins.

Fréquence des examens physiques

Un examen physique complet doit être effectué et consigné au dossier dès que l'état du bébé le permet, et chaque semaine ultérieurement, de même qu'à la sortie (voir fiches à l'appendice). L'examen de sortie doit comprendre un examen du fond de l'œil.

---

section **12**

Service du Nursing pour le soin des prématurés

En organisant le service du nursing pour les soins appropriés aux prématurés, on doit prendre en considération le poids du bébé, son état, le règlement médical qui fixe la limite de poids des enfants admis à l'unité des prématurés, le programme d'éducation des parents, le programme d'éducation des étudiants en médecine et des étudiantes-infirmières, et l'enseignement clinique total donné dans l'unité.

A date, aucune étude n'a été faite pour déterminer la quantité de soins requis par enfant selon le poids et l'état physique, et le genre de personnel (infirmière licenciée, étudiante-infirmière, infirmière ou aide auxiliaire) requis pour donner ces soins. De telles études sont à l'état de projet. Jusqu'à leur réalisation, les normes et recommandations suivantes sont établies d'après l'observation faite et l'expérience acquise dans les centres de prématurés, dans tout le pays.

Les points suivants sont d'une importance particulière:

surveillance
proportion des infirmières par rapport aux prématurés
personnel auxiliaire
étudiantes-infirmières
prématurés dans les unités d'observation ou d'isolement.

Surveillance

Le service du nursing dans l'unité des prématurés doit être sous la direction d'une surveillante qui doit être une infirmière licenciée, spécialisée et ayant de l'expérience dans le soin des prématurés.

Outre la surveillante, au moins une infirmière licenciée, spécialisée et ayant de l'expérience dans le soin des prématurés doit surveiller l'unité pendant chaque période de 8 heures sur 24 heures.

Proportion des infirmières par rapport aux prématurés

Le poids et l'état physique du prématuré entrent en ligne de compte lorsqu'il s'agit de déterminer la proportion des infirmières par rapport aux prématurés. En général et en attendant le résultat d'études plus poussées, on estime qu'**une proportion raisonnable devrait comporter une infirmière pour 5 bébés. Cela assurera environ 5 heures de soins de nursing par bébé.**

Si l'hôpital a pour ligne de conduite de n'accepter que les enfants de poids minime, la durée des soins spécialisés du nursing sera nécessairement plus longue que celle qui vient d'être indiquée. Les programmes de recherches cliniques requérant les soins et le temps des infirmières nécessitent un accroissement du personnel du nursing.

Les soins du nursing pour tous les prématurés doivent être assignés par la surveillante selon l'état physique des prématurés et les aptitudes du personnel.

Personnel auxiliaire

Il s'est produit un changement marqué d'attitude quant à l'emploi plus généralisé de personnel non professionnel (aides et auxiliaires) dans les unités de prématurés.

Des assertions absolues concernant le meilleur moyen de procéder à ce sujet, ne peuvent être faites avant la poursuite d'études plus approfondies.

Étudiantes-infirmières

Il est opportun que les étudiantes-infirmières acquièrent une formation dans l'unité des prématurés. Pour la protection des bébés et afin qu'un tel enseignement soit adéquat, **les étudiantes-infirmières devraient toujours travailler sous la surveillance immédiate d'une infirmière licenciée.**

Dans l'exécution d'un tel programme, il serait opportun d'affecter tout d'abord les étudiantes-infirmières au soin des prématurés les plus développés dont le poids va de 2,000 à 2,500 grammes (de 4½ à 5½ livres), puis de leur confier graduellement le soin des prématurés plus petits. Toute étudiante-infirmière doit avoir l'occasion de participer au programme d'enseignement aux parents.

Prématurés dans les unités d'observation ou d'isolement

Si des prématurés sont transférés de l'unité des prématurés à une unité d'observation ou d'isolement dans une autre partie de l'hôpital, ces enfants devront être sous les soins d'infirmières licenciées qui ont complété d'une manière satisfaisante un stage à l'unité des prématurés.

Les infirmières affectées aux soins des prématurés ne doivent pas soigner d'autres malades.

---

section **13**

Commodités matérielles pour le soin des prématurés

Plusieurs des normes et recommandation formulées à la section 3 pour les commodités matérielles à la pouponnière des enfants nés à terme s'appliquent aussi aux unités

de prématurés. Toutefois, étant donné les genres de soins donnés dans les unités de prématurés, il faudra satisfaire à des exigences supplémentaires en ce qui concernent la répartition de la surface, les conditions du milieu et l'ameublement.

Les techniques employées dans les unités d'observation et d'isolement, ou dans l'usage des incubateurs individuels fournis pour le soin des prématurés, doivent être appropriées à la nature du traitement donné, en soulignant l'application de mesures spéciales visant la limitation des contacts et la propreté personnelle.

Par conséquent, ces exigences sont traitées avec plus d'emphase en ce qui concerne les:

pouponnières des prématurés
mesures spéciales pour la prévention des infections
salles accessoires

Pouponnières des prématurés

Répartition de la surface

Le United States Public Health Service exige que, dans les nouvelles constructions, les unités destinées aux prématurés ne contiennent pas plus de six berceaux par chambre, et assurent trente pieds carrés de superficie par berceau. L'usage d'incubateurs peut permettre de loger sans inconvénient jusqu'à 12 prématurés par chambre, mais la superficie par incubateur ou berceau doit être quand même de 30 pieds carrés.

Conditions du milieu

Si des conditions atmosphériques satisfaisantes sont assurées par l'emploi d'incubateurs, la climatisation de la pouponnière n'est pas nécessaire, sauf pour le confort des infirmières et pour le recours à certains genres d'incubateurs qui ne peuvent bien fonctionner que si la chambre est climatisée.

La construction des murs, plafonds et planchers doit être conforme à la description donnée à la page 15 relativement aux pouponnières pour enfants nés à terme. On recommande fortement la plus grande utilisation possible de cloisons vitrées permettant l'observation constante des prématurés.

La pouponnière des prématurés doit être bien éclairée. Les bureaux des infirmières, le porte-dossier, le stérilisateur, l'espace réservé au travail, le matériel en réserve et la salle d'utilité doivent être installés en dehors de la pouponnière proprement dite. Par contre, la pouponnière doit être pourvue d'armoires, de hottes pour linge souillé et de seaux avec couvercles pour les couches souillées, de chauffe-biberons, de lavabos commodément placés, à eau courante, chaude et froide et à robinets actionnés au moyen du coude, du pied ou du genou, etc., ainsi que décrit à la page 15.

Dans la plupart des pouponnières de prématurés, de 50 à 75% des bébés seront dans des incubateurs. Le nombre d'incubateurs sera déterminé par le nombre habituel de malades, le poids à la naissance, la proportion des enfants nés dans l'hôpital, et les règlements d'admission des bébés nés en dehors de l'hôpital. **Tous les incubateurs doivent être à l'épreuve du feu et des chocs électriques ainsi que le certifie l'approbation des Underwriters' Laboratories.** S'il n'est pas muni d'un compartiment pour les fournitures individuelles, chaque incubateur doit être pourvu de sa propre table de chevet. **Outre cet ameublement, les articles suivants doivent être pourvus:**

Des balances précises

Un appareil de succion, avec cathéters individuels pour chaque bébé.

De l'oxygène, de préférence amené par des conduites intra-murales, **et des appareils pour l'administrer et en vérifier la concentration.** *

Une prise de courant électrique pour chaque incubateur et berceau

Un matériel individuel et des fournitures pour 24 heures pour chaque bébé (voir page 80 et appendice, page 90).

Des compte-gouttes à embout de caoutchouc, des tubes de gavage et autres accessoires spéciaux pour les boires.

Des aiguilles spéciales, des cathéters et des seringues en paquets stériles prêts à servir pour les infusions intra-veineuses, les transfusions, les ponctions lombaires, etc.

* Voir page 63.

Mesures spéciales pour la prévention des infections

La prévention des infections doit être considérée avant tout autre aspect dans l'organisation et de la construction d'une pouponnière. Deux plans peuvent être adoptés, selon les règlements locaux d'hygiène publique, l'emplacement et le genre d'hôpital, le nombre et la provenance des prématurés auxquels on donne des soins.

Le plan no 1 pourvoit des unités d'observation et d'isolement distinctes. Le plan no 2 emploie des incubateurs individuels climatisés pour des fins d'isolement. **Le plan à adopter doit être choisi et mis en vigueur par le médecin en chef du service des prématurés.**

Unités d'observation et d'isolement — Plan no 1

Outre la salle ou les salles pour prématurés considérés comme non contaminés, une unité d'observation peut être aménagée pour les enfants dont le lieu de naissance, les antécédents ou l'examen physique laissent supposer une infection. Les bébés prématurés nés en dehors de l'hôpital doivent être admis directement à une telle unité. Les bébés qui présentent des symptômes suspects dans la ou les pouponnières des prématurés doivent y être transférés immédiatement. Les prématurés soupçonnés d'être atteints d'infection de différents genres peuvent, avec une technique appropriée, occuper la même unité d'observation. Il peut être nécessaire, à l'occasion, d'improviser une unité supplémentaire pour parer à une telle situation.

On doit aussi aménager une unité d'isolement où devront être immédiatement transportés les bébés chez qui un diagnostic positif d'infection a été établi. Le service de pédiatrie du même hôpital ou d'un autre (s'il en existe dans le voisinage) peut constituer la meilleure unité d'isolement. Si possible, chacune de ces trois unités aura son propre personnel.

Incubateurs individuels — Plan no 2

Des incubateurs individuels climatisés dans lesquels un strict isolement est maintenu en tout temps peuvent être utilisés pour les enfants soupçonnés ou non d'infection, sans la construction d'une unité d'observation distincte. D'après ce plan, il est même possible d'omettre l'unité

d'isolement et de soigner les enfants actuellement infectés dans des atmosphères différentes mais dans la même pouponnière où se trouvent des enfants non infectés, *mais seulement si les membres du personnel possèdent la formation voulue et observent rigoureusement une technique aseptique.*

Fermeture de la pouponnière

Que l'on adopte l'un ou l'autre de ces plans, si une infection diarrhéique se déclare, il serait préférable de transférer à une autre salle ou à un autre hôpital tout enfant infecté et de ne pas admettre d'autres enfants dans la pouponnière où l'infection s'est déclarée. **Une pouponnière ainsi fermée ne doit pas être réouverte avant la sortie du dernier bébé exposé à l'infection. Elle doit alors être soigneusement ventilée et lavée avant la réouverture.**

Limitation des contacts

L'accès à toute unité ou salle où se trouve un prématuré doit être strictement limité au personnel indispensable et à ceux-ci seulement s'ils sont exempts de maladie. Dans les hôpitaux universitaires, les étudiants en médecine peuvent être considérés comme faisant partie du personnel indispensable, selon la décision du médecin en chef de l'unité des prématurés.

La meilleure sauvegarde contre l'entrée dans l'unité de personnel atteint d'infection est la déclaration volontaire des maladies. Afin d'encourager une telle déclaration, **il devrait exister des mesures pour l'affectation du personnel atteint de maladies bénignes à d'autres services dans l'hôpital** Une telle ligne de conduite diminuera l'hésitation à déclarer une maladie par crainte d'une perte de salaire.

Propreté des membres du personnel

Un règlement sévère doit régir le costume des médecins, infirmières et auxiliaires qui entrent dans une pouponnière où se trouve un prématuré. Il est essentiel de porter des sarraus propres, et de les changer tous les jours. Tous les membres du personnel doivent se laver les mains avant d'entrer dans la pouponnière, avant de manier un prématuré et après l'avoir examiné ou l'avoir changé de couche.

Les nouveaux détersifs contenant des agents synthétiques bactériostatiques ou bactéricides se sont avérés supérieurs au savon et peuvent être utilisés.

Le soin et l'examen de tout prématuré doivent être effectués dans son berceau ou son incubateur. L'unité doit avoir ses propres instruments qui seront nettoyés après l'examen de chaque enfant. Le système des box et les rayons ultraviolets ne sont pas recommandés. **Le balayage à sec des planchers est contre-indiqué.**

Salles accessoires

Les boires pour la pouponnière des prématurés peuvent être préparés dans la biberonnerie usuelle comme il est décrit à la page 22. **La pouponnière des prématurés doit posséder sa propre salle d'utilité.**

Les prématurés ne doivent pas être transportés de leur pouponnière à une salle d'examen ou de traitement quelconque. Toutefois, dans les grands centres de prématurés, il doit exister une salle où les mères peuvent effectivement apprendre à nourrir et à soigner leurs bébés avant leur sortie de l'hôpital.

---

section **14**

Technique des soins

Les soins donnés aux prématurés doivent rencontrer davantage les exigences énoncées dans ce manuel ou établies par l'hôpital lui-même que les soins donnés aux enfants nés à terme.

Plusieurs des techniques employées dans la pouponnière pour enfants nés à terme s'appliquent au soin des prématurés. Toutefois, les techniques sous mentionnées démontrent que les prématurés demandent des soins plus spécialisés:

soins immédiats avant et après l'accouchement,
soins courants à la pouponnière.

Soins immédiats avant et après l'accouchement

Lorsqu'une naissance prématurée est prévue, le personnel de la pouponnière doit en être averti par le personnel de la salle d'accouchement suffisamment tôt afin de pouvoir se préparer à recevoir l'enfant et afin que le médecin qui le soignera puisse assister à sa naissance.

L'analgésie et l'anesthésie de la mère ainsi que le genre d'accouchement, doivent être envisagés en tenant compte des handicaps spéciaux de l'enfant prématuré. Même chez les plus petits prématurés, on peut en toute sécurité utiliser avantageusement deux ou trois minutes pour le drainage de la trachée et des bronches et pour l'aspiration, par succion légère à l'aide du cathéter mousse, des sécrétions du nez, de la gorge et du pharynx.

Transfert à la pouponnière.

Si le bébé naît à l'hôpital où il doit être soigné, on doit le transporter dans un incubateur chauffé et oxygéné de la salle d'accouchement à la pouponnière. L'importance de la chaleur et de l'oxygène ainsi que d'une succion légère, l'emporte probablement sur la nécessité de hâter son transfert à la pouponnière.

Si le bébé doit être transféré de la maison ou d'un autre hôpital à une unité de prématurés, on doit utiliser un équipement spécial, tel qu'un incubateur portatif propre et à l'épreuve des chocs électriques, muni d'un approvisionnement d'oxygène, d'un indicateur de la quantité et du débit de l'oxygène et d'un dispositif de succion. L'incubateur doit être fabriqué de telle sorte que le bébé puisse être observé constamment. Aucun bébé ne doit être ainsi transporté sans être accompagné d'une infirmière qualifiée et entraînée ou d'un médecin.

Soins courants à la pouponnière

La surveillante ou l'infirmière licenciée en service à l'unité des prématurés doit s'occuper personnellement de chaque prématuré lors de son arrivée à la pouponnière. Le pédiatre résident ou le pédiatre traitant doit voir le bébé dès son admission.

Examens

Bien que l'état général d'un prématuré ne permette peut-être pas un examen médical complet à l'admission, **on doit prendre sa température et effectuer immédiatement une inspection aussi complète que possible sans sortir l'enfant de l'incubateur.** Cette inspection et l'observation constante obligatoire éliminent l'usage de langes et de couvertures à moins qu'aucun autre moyen de régler la température ne soit disponible.

Un examen plus détaillé peut habituellement se faire, de préférence dans l'incubateur, au cours des premières 24 heures.

Traitements

Les traitements aux prématurés, bien que rarement nécessaires, doivent être espacés de façon à éviter toute fatigue ou toute exposition excessive.

La détermination du taux d'hémoglobine doit être effectuée au moins une fois durant le séjour à l'hôpital et répétée selon les indications. Les transfusions sont rarement prescrites pour l'anémie des prématurés.

Usage de l'incubateur

Le soin de décider quels bébés doivent être placés dans des incubateurs lors de leur admission est laissé à l'expérience et au jugement du médecin et de l'infirmière, mais les tout petits bébés et plusieurs gros bébés, ont besoin d'être mis dans l'incubateur.

Que ce soit dans un incubateur ou non, le fait de placer le bébé sur le ventre ou de le tourner d'un côté et de l'autre aura pour effet d'empêcher le liquide amniotique ou le mucus de pénétrer dans les poumons ou d'y demeurer. Afin d'assurer l'écoulement de ces sécrétions, la succion légère du nez et de la gorge doit être faite aussi souvent qu'il y a accumulation des sécrétions.

Oxygène

Il ressort nettement des nombreuses observations faites que l'usage excessif d'oxygène constitue une des principales causes de la fibroplasie rétrolentale chez les prématurés. Par "usage excessif" il faut entendre des concentrations de plus de 40% ou l'administration prolon-

gée au-delà des besoins. Il est possible que même de courtes périodes d'administration à concentration plus élevée soient nuisibles.

D'autre part, l'usage judicieux d'oxygène peut être un des moyens de sauver la vie d'enfants souffrant d'anoxémie, de dyspnée et de cyanose. Il serait peu sage de priver ces bébés arbitrairement d'oxygène (et peut-être de la vie) à cause de lésions oculaires possibles chez quelques-uns d'entre eux.

Par conséquent, les recommandations suivantes sont formulées:

1. L'oxygène ne doit être employé que sur l'ordre d'un médecin comme tout médicament ou traitement, (sauf en cas d'urgence).

2. L'administration de l'oxygène ne doit pas se faire couramment mais uniquement en cas d'indication médicale particulière.

3. La concentration d'oxygène doit être maintenue aussi basse que possible, juste suffisante pour faire disparaître les symptômes pour lesquels on l'administre; si possible, elle ne doit pas dépasser 40%.

4. L'oxygénothérapie doit être discontinuée dès la disparition du symptôme pour lequel elle a été indiquée.

5. D'habitude, les motifs d'administration d'oxygène supplémentaire sont la cyanose générale (non pas l'acrocyanose) et la dyspnée. Le soin de décider si le traitement de ces symptômes est urgent doit être laissé au jugement clinique du médecin.

6. La concentration d'oxygène doit être déterminée au moyen d'un analyseur d'oxygène aussi souvent qu'il le faut pour maintenir une concentration stable, mais au moins à toutes les quatre heures.

7. Une source d'oxygène contrôlée à 40%, prévient le danger de tout excédent, mais pourrait bien ne pas être suffisante dans les cas fortuits où une concentration plus élevée serait nécessaire. Si on emploie une source d'oxygène ainsi contrôlée, on devra pourvoir une quantité supplémentaire d'oxygène pour les cas spéciaux qui exigent une concentration plus élevée.

8. Il ne semble pas exister de contre-indication quant à l'emploi d'oxygène supplémentaire chez les bébés dont le poids dépasse cinq livres.

Modifications dans l'état physique

On doit surveiller attentivement toute modification dans l'état physique du prématuré, et en faire rapport immédiatement au médecin en chef. Les points suivants ont une importance particulière:

Modification dans l'activité générale (somnolence ou convulsion).
Changement dans la couleur de la peau (cyanose ou pâleur).
Changement dans le caractère de la respiration
Changement dans la température
Selles liquides
Saignement
Vomissement
Ictère précoce.

Médicaments

La vitamine K (2.5 milligrammes) doit être donnée une fois à tous les prématurés. Un dosage excessif de cette vitamine peut être nuisible.

L'emploi des "stimulants respiratoires" lobeline, coramine, metrazol, etc. n'est guère justifié. En outre, ces médicaments peuvent avoir un effet toxique s'ils sont administrés à trop forte dose. Dans de rares cas, des prématurés très faibles peuvent bénéficier de l'effet stimulant de la caféine en dose unique ou répétée de 3 milligrammes (1/20 de grain) par livre de poids corporel, I.M.

En changeant fréquemment le bébé de position, en le massant délicatement ou en lui tapant doucement les pieds, on procure à l'enfant somnolent et abattu une stimulation physique tout aussi utile que les médicaments, sachant que sa vie peut dépendre dans une large mesure du fait qu'on le tienne éveillé.

---

section **15**

Soins généraux

Les bons soins médicaux, les infirmières compétentes et la prévention de l'infection sauvent la vie d'un plus grand nombre de prématurés que ne le font les autres facteurs envisagés ci-après. Par conséquent, les soins

décrits plus bas peuvent varier légèrement dans les détails, selon les circonstances:

soin de la peau
vêtements
température
pesée
alimentation

Soin de la peau

La peau du prématuré ne nécessite ni bain ni application d'huile si l'on veille à ce que les plis du corps ne deviennent pas irrités et à ce que la couche soit changée dès qu'elle est mouillée ou souillée. **Toute irritation cutanée doit être immédiatement signalée au médecin.**

Vêtements

Il est préférable de ne pas vêtir les plus petits prématurés placés dans des incubateurs bien climatisés, étant donné que les vêtements gênent leurs mouvements et rendent difficile une observation constante. Les vêtements des prématurés mieux développés peuvent, dans un milieu favorable, être semblables à ceux des enfants nés à terme.

Tout le linge utilisé par le prématuré doit être passé à l'autoclave ou lavé séparément du linge ordinaire de l'hôpital et avec un soin particulier.

Température

La température axillaire du prématuré doit être prise lors de son admission, à toutes les 4 heures par la suite, à moins qu'une grande variation ou d'autres circonstances nécessitent un intervalle plus court ou jusqu'à ce que l'état satisfaisant de l'enfant justifie un plus long intervalle comme dans le cas des enfants nés à terme **(voir page 35)**. On doit tenir le thermomètre en place en pressant délicatement le bras de l'enfant contre l'instrument pendant 1½ minute. **Chaque enfant doit avoir son propre thermomètre. La température de l'enfant et celle de l'air ambiant doivent être prises et notées simultanément.**

La température et l'humidité relative du milieu ambiant doivent être réglées selon les besoins de chaque enfant. Les plus petits enfants exigent une température et une humidité relativement élevées, mais **le maintien constant des deux est plus important que tout niveau arbitraire de l'une ou de l'autre.**

La température axillaire de l'enfant ne doit pas varier de plus de 2 degrés par jour, mais la stabilisation peut se faire à un niveau quelconque entre 94 et 99 degrés. Il est peut-être nécessaire, pour cela, de maintenir la température de l'incubateur depuis un maximum de 94 degrés pour les plus petits prématurés jusqu'à 85 degrés pour ceux qui sont plus développés. L'humidité relative doit être d'environ 65% dans les incubateurs.

A mesure que l'enfant croît et que sa température se stabilise, la température de l'incubateur doit être réduite graduellement à 85 degrés et son humidité maintenue à celle de la pièce. Une fois ces conditions réalisées, l'enfant peut être vêtu et placé dans un lit non chauffé exposé aux conditions ambiantes de la température et de l'humidité.

Pesée

On doit peser le prématuré aussitôt que possible après la naissance, mais la première pesée peut être différée si l'état de l'enfant est précaire. Par la suite, sauf dans des circonstances exceptionnelles, il n'est pas nécessaire de peser l'enfant plus souvent qu'à tous les trois ou quatre jours.

Alimentation

On varie d'opinion quant au moment propice du premier boire. En général, plus de la moitié des décès chez les prématurés surviennent dans les premières 24 heures, et environ 70% dans les premières 48 heures. Le fait que ces décès ne sont pas attribuables à un manque d'alimentation ou à la déshydratation a été amplement démontré par l'analyse des certificats de mortalité et d'autopsie de bébés soignés dans des pouponnières où aucun liquide n'est donné durant les deux premiers jours. Il a, en outre, été démontré que l'alimentation des enfants plus petits et plus oedémateux peut être différée aussi longtemps que 4 jours. Si l'état de l'enfant est précaire, l'alimentation hâtive fait surgir des dangers additionnels de vomissement ou d'aspiration. Par conséquent, un délai d'au moins 24 heures est justifiable et, selon les connaissances actuelles, de plus longs délais semblent ne comporter aucun danger. Au cours de cette période, l'administration de liquide par voie parentérale est rarement indiquée.

Pour de meilleurs résultats, les premiers boires peuvent consister d'eau stérile ou d'une solution à 5% de sucre ou de glucose. Ces boires et les autres qui suivront pourront être donnés soit par gavage, soit à l'aide d'un compte-gouttes à embout de caoutchouc. Le choix dépend de l'expérience de l'infirmière.

Les biberons Brecht qui introduisent de force des aliments dans la bouche du bébé, sont dangereux et ne doivent jamais être utilisés. Le gavage ne doit être pratiqué que par une infirmière compétente et habituée à le faire. L'emploi d'un cathéter en polyéthylène d'un diamètre intérieur de 0.05 cm. arrondi à son extrémité pour éviter les bords tranchants, est introduit par le pédiatre dans le nez et l'oesophage inférieur et laissé dans cette position pendant 3 à 7 jours pour l'alimentation au moyen d'un canon de seringue. Ce système peut s'avérer avantageux. Une petite tétine molle peut être utilisée lorsque le bébé se montre capable de téter.

Techniques des boires

On doit supporter l'enfant ou lui soulever légèrement la tête et les épaules pendant le repas, et s'il est nourri au biberon, ce dernier doit toujours être tenu et jamais être laissé appuyé sur un objet. Les enfants à qui on administre de l'oxygène doivent être nourris dans l'incubateur. Le repas au biberon ne doit pas prendre plus de 20 minutes.

De temps à autre, un prématuré mieux développé est assez vigoureux pour être mis au sein de sa mère, et, si les circonstances s'y prêtent, on doit profiter de cette situation avantageuse. Si le séjour de l'enfant à l'hôpital semble devoir être de courte durée, on doit montrer à la mère comment exprimer manuellement le lait de son sein ou l'en extraire au moyen d'un tire-lait afin de maintenir la montée laiteuse pour la mise au sein du bébé aussitôt que possible.

Rations lactées

En général, le genre d'alimentation ne détermine pas la survie du prématuré, mais dans une certaine mesure il influence le rythme et les caractères de sa croissance. Une longue expérience et des études de laboratoire ont révélé qu'une digestion facile, une croissance satisfaisante

et une réduction du taux d'excrétion résultent de l'ingestion de lait humain à teneur relativement faible en électrolytes et en azote. Les rations à base de lait de vache qui favorisent une plus grande retention d'azote, de calcium, de phosphore et probablement d'autres électrolytes, peuvent augmenter le gain de poids par calorie absorbée mais imposent un surcroît de travail au rein.

Vitamines

Les besoins en vitamines du prématuré ne peuvent être déterminés exactement. A la lumière des connaissances actuelles, l'apport sera suffisant si l'enfant reçoit de l'acide ascorbique, de la vitamine A et de la vitamine D selon la méthode courante indiquée ci-après.

L'addition au lait de préparations hydrosolubles des vitamines A, C et D avant la stérilisation terminale, écarte le danger de contamination qui existe lorsque les vitamines sont introduites dans le biberon au moment du boire. Lorsque la stérilisation se fait dans des contenants fermés, soit sous pression à l'autoclave ou bien sans pression à la vapeur, la perte de vitamine C est d'environ 10%.

Dans certaines grandes institutions, en vue d'épargner du temps, on ajoute la préparation de vitamines à la majeure partie des formules en utilisant une concentration pour les bébés de moins de 1,500 grammes et une autre pour ceux dont le poids varie de 1,500 à 2,500. Les préparations hydrosolubles de vitamines A, C et D se vendent dans le commerce en concentration de 1,800 unités de vitamine D, 9,000 unités de vitamine A, et 90 milligrammes de vitamine C par cc. Pour les enfants pesant moins de 1,500 grammes, l'addition de 3 cc. de cette préparation à chaque pinte d'une formule contenant 20 calories par once (0.67 cal / cc.) assurera, par 100 calories ou par 150 cc. (5 onces) de liquide ingéré: 800 unités de vitamine D, 4,000 unités de vitamine A et 40 milligrammes de vitamine C. Pour les enfants au-dessus de 1,500 grammes, la quantité de cette préparation peut être réduite de moitié.

Le fer médicinal n'a aucune valeur pour la prévention de l'anémie des prématurés. Toutefois, l'administration prophylactique de fer (5-10 mgm. par jour) commençant à l'âge de 2 à 3 mois et se continuant pendant 3 à 6 mois est utile pour la prévention ultérieure de l'anémie due à une carence en fer.

Besoins quantitatifs et caloriques

La quantité de nourriture variera selon l'âge, le poids et l'état physique de l'enfant. En général, on commet plus d'erreurs en alimentant un prématuré trop copieusement et trop tôt qu'en l'alimentant trop peu et trop tard. Des boires en quantité excessive même s'ils sont donnés par gavage, peuvent entraîner l'aspiration des aliments.

Les besoins caloriques sont habituellement satisfaits si l'enfant reçoit 40 calories par livre (80 / kilo) par jour à la fin de la première semaine et 60 calories par livre (125 / kilo) avant la fin de la deuxième semaine. Les besoins *liquidiens* après la première semaine seront satisfaits avec environ 2-2½ onces par livre (125-140 cc. / kilo) par 24 heures.

Fréquence des boires

Afin d'éviter le ballonnement, les plus petits prématurés devraient être alimentés à des intervalles plus rapprochés. D'ordinaire, les prématurés pesant quelques onces de plus ou de moins que 2 livres (environ 1,000 gm.) peuvent être alimentés à toutes les 2 heures; ceux qui pèsent environ 3 livres (1,350 gm) à toutes les 3 heures, et ceux dont le poids est d'environ 4 livres (1,800 gm) et plus, à toutes les 4 heures.

Fiches d'alimentation

La diète et le progrès de l'enfant doivent être notés au dossier chaque jour. Les détails à inscrire sont énumérés sur les modèles de fiches de l'appendice (voir pages 97, 98, 99 et 100).

---

section **16**

Préparation en vue de la sortie

Les organismes en mesure de participer au soin du prématuré après sa sortie de l'hôpital varient beaucoup d'une localité à l'autre. Le principe demeure cependant, que **par tous les moyens disponibles, particulièrement par l'entente avec les parents et le médecin avant et après la sortie du prématuré, les bons soins commencés à l'hôpital doivent être continués à la maison.**

Aucun enfant ne doit obtenir son congé avant de s'être montré assez vigoureux pour survivre dans des conditions atmosphériques semblables à celles qui existent au foyer familial. Bien qu'un poids de 5½ livres (2.5 kilos) **à la sortie soit une norme désirable,** l'état physique de chaque enfant, les conditions familiales, les aptitudes de la mère, l'approvisionnement en lait maternel, etc. peuvent permettre une sortie plus hâtive ou en imposer une plus tardive.

En plus d'établir les conditions de sortie, l'hôpital doit préparer la mère à assumer la responsabilité de soigner son enfant à la maison, en lui donnant des instructions et en prenant des dispositions relatives:

aux soins à domicile

à la surveillance ultérieure par un médecin privé ou par un service d'hygiène publique.

Soins à domicile

Pour tous les malades, privés ou non, sur la demande du médecin, des dispositions devraient être prises en coopération avec les services locaux d'infirmières hygiénistes (voir page 105 à l'appendice, les modèles de fiches employées à cette fin) **pour qu'une infirmière visite le foyer avant la sortie et constate si le foyer est convenable et si la famille peut donner les soins adéquats à l'enfant. Elle doit aussi s'assurer de l'absence de maladie dans la famille et de la disponibilité des articles nécessaires au soin de l'enfant.**

L'infirmière doit renseigner la mère quant aux préparatifs à faire pour l'arrivée du bébé. Elle doit être disponible pour démontrer à la mère les soins requis par l'enfant à la maison selon les directives du médecin. Le nombre de ses visites pourra varier dans chaque cas, selon les circonstances.

En ce qui regarde le soin de leur enfant, les parents doivent recevoir à l'hôpital des instructions au moyen de démonstrations, participation active, et directives écrites. Une copie des recommandations propres à chaque enfant doit être mise à la disposition du service d'infirmières hygiénistes. Au moment de la sortie, l'enfant doit être habillé en dehors de la pouponnière des prématurés.

Surveillance ultérieure par un médecin privé ou par un service d'hygiène publique

Un programme pour la surveillance ultérieure de l'enfant doit être tracé par le médecin qui a été en charge du bébé à l'hôpital et par l'infirmière hygiéniste. On doit continuer à faire suivre médicalement le prématuré soit par un pédiatre, par le médecin de famille ou par une clinique, ayant eu soin de leur faire parvenir immédiatement une copie du dossier de l'hôpital.

APPENDICE

INTRODUCTION

Les observations contenues dans l'appendice ne doivent pas être considérées comme des "normes" ni même comme des "recommandations".

Elles ont le caractère de suggestions et tendent à servir de guide dans l'établissement des routines et procédés à suivre par les hôpitaux selon leurs besoins.

Les pages qui suivent renferment certaines illustrations indiquant comment certains hôpitaux appliquent ces principes aux soins des nouveau-nés, à terme et prématurés.

Identification du nouveau-né

Entre le moment de la naissance d'un bébé et celui de sa sortie de l'hôpital, il survient bien des situations où l'on peut se tromper en remettant en place un enfant ou bien le substituer à un autre. Par conséquent, afin de prévenir tout incident de ce genre, l'hôpital doit signaler à tous les membres du personnel l'importance des points suivants:

principes d'identification
procédés pour l'identification

Principes d'identification

1. L'hôpital doit s'assurer que chaque nouveau-né est bien identifié immédiatement au moment de la naissance. Ceci doit être fait à la salle de délivrance avant que la mère ou le bébé soit transféré de la salle d'accou-

chement. La mère et l'enfant doivent être transportés hors de la salle de délivrance avant qu'une autre mère y soit amenée pour accoucher.

Les manières de procéder indiquées ci-après sont importantes pour des motifs d'ordre juridique, afin que l'hôpital puisse prouver qu'un certain bébé appartient effectivement à telle ou telle mère.

II. Deux pièces d'identité absolument semblables doivent être placées sur l'enfant à la salle de délivrance. Ces pièces doivent être bien visibles et elles doivent être vérifiées par les médecins, les infirmières et la mère chaque fois que l'enfant est déplacé.

III. Les pièces d'identité doivent indiquer les noms et prénoms de la mère et son numéro d'admission, le sexe de l'enfant, la date et l'heure de la naissance et tout autre détail en relation étroite avec l'identité de la mère. Des empreintes digitales de la mère et du bébé doivent être prises sur une même page du dossier pendant qu'ils sont tous deux dans la salle d'accouchement (voir VI ci-après). On doit éviter toute erreur dans la désignation du sexe en employant les mots "garçon" ou "fille".

IV. Les pièces d'identité portées par le bébé doivent être reconnues par la mère ou par la personne qui emmène le bébé à sa sortie de l'hôpital. Une de ces pièces doit être conservée dans le dossier d'hospitalisation du bébé.

V. Toutes les mères dans le département d'obstétrique doivent être mises au courant de la méthode d'identification employée ainsi que de leur responsabilité à vérifier la pièce d'identité de l'enfant chaque fois qu'il leur est apporté et lorsqu'elles retournent chez elles.

VI. Lorsque les empreintes des pieds, des doigts ou des paumes de l'enfant sont obtenues par l'emploi de méthodes appropriées sous une surveillance experte, elles peuvent servir d'identification positive. Sans ces précautions, elles ne sont pas utiles. Convenablement prises, les empreintes constituent l'unique méthode sûre d'identification.

Procédés pour l'identification

Pièces d'identité

1. Des pièces d'identité, en double, sont attachées soit aux deux poignets ou aux deux chevilles, soit à l'un et à l'autre.

2. Les pièces appropriées sont: des bandes qui peuvent être attachées ou cousues; des bandes étanches à l'eau et à l'huile; ou tout autre pièce d'identité analogue sur laquelle sont inscrits les détails énumérés à l'article III des principes.

Salle d'accouchement

1. Les pièces d'identité sont préparées individuellement pour chaque enfant par l'infirmière surveillante de la salle d'accouchement.

Toutes les pièces d'identité sont attachées au nouveau-né immédiatement après l'accouchement.

2. Les empreintes digitales de la mère et du bébé doivent être prises sur la même page du dossier par une personne compétente et responsable désignée à cette fin.

3. Avant de transporter l'enfant à la pouponnière, toutes les pièces d'identité doivent être vérifiées par l'infirmière surveillante et le médecin afin de voir à ce que le nom de la mère, son numéro d'admission, la date et l'heure de la naissance ainsi que le sexe du bébé (garçon ou fille) soient enregistrés. Les mêmes détails d'identification doivent être simultanément inscrits au dossier de l'enfant nouveau-né.

Pouponnière

1. Lorsque le bébé est apporté à la pouponnière, l'infirmière de la salle d'accouchement et l'infirmière de la pouponnière doivent s'assurer que les renseignements sur toutes les pièces d'identité et sur le dossier du nouveau-né sont identiques. Après avoir vérifié le sexe de l'enfant, les deux infirmières doivent signer au dossier du nouveau-né.

2. La carte d'identification pour le berceau doit être remplie par l'infirmière de la pouponnière, qui l'attache ensuite au berceau du bébé.

3. On doit vérifier les pièces d'identité et la carte d'identification du berceau chaque fois que le bébé est enlevé de son berceau ou y est replacé.

Présentation à la mère

1. A l'occasion de la première présentation du nouveau-né à la mère, on doit expliquer la manière de vérifier et les moyens d'identifier son enfant. On fait

savoir à la mère qu'elle doit vérifier les pièces d'identité chaque fois qu'elle reçoit l'enfant. On fait observer par la mère le sexe du bébé.

2. Pour le transport des enfants aux mères, on ne doit prendre qu'un seul enfant à la fois.

3. Chaque fois avant de remettre l'enfant à la mère, l'infirmière doit prononcer le nom de la mère ainsi que le nom et le sexe du bébé et attendre que la mère confirme l'identité de son bébé.

Départ de l'enfant et de la mère

1. Au moment de la sortie, la surveillante ou l'infirmière licenciée en charge doit confronter toutes les pièces d'identité de l'enfant à la carte d'identité du berceau ainsi qu'au dossier.

2. On doit apporter le bébé à la mère ou à la personne qui en assume la garde. Aidée de l'infirmière, la mère doit vérifier les pièces d'identité du bébé, en enlever une, et signer le dossier reconnaissant ainsi qu'elle accepte son bébé. Cette signature doit être certifiée par l'infirmière licenciée en charge qui vérifie les pièces d'identité. La pièce d'identité enlevée au bébé doit être annexée au dossier de l'enfant.

3. L'enfant est habillé en présence de la mère, ou de la personne qui en assume la garde et on le laisse partir sans enlever l'autre pièce d'identité.

Modes de fonctionnement à la pouponnière des nouveau-nés

Les modes de fonctionnement indiqués ci-après régiront le soin de tous les bébés admis à la pouponnière des nouveau-nés.

Admissions

Seuls les bébés nés dans les salles d'accouchement ou d'opération de l'hôpital peuvent être admis à la pouponnière des nouveau-nés.

Milieu ambiant à la pouponnière

Les portes de la pouponnière doivent rester fermées. Une température d'environ 75 degrés et une humidité d'environ 50% sont désirables dans la pouponnière. La surveillante sera tenue de signaler toutes variations au service de réparation. Lorsqu'elle s'absente elle doit confier cette tâche à une autre personne.

Vêtements du personnel

Les infirmières et les aides-infirmières doivent porter une blouse qui doit être changée chaque jour. Si une blouse est portée ailleurs que dans la pouponnière, un sarreau protecteur doit être utilisée.

Les médecins, les techniciens, et le personnel qui vaque aux soins du ménage doivent porter un sarrau et un masque lorsqu'ils sont en service à la pouponnière.

Lavage des mains

Tous les membres du personnel qui ont à manier les enfants doivent se laver les mains avant et après avoir touché un enfant ou les objets qui lui sont alloués, utilisant la technique recommandée par l'American Academy of Pediatrics (voir page 29).

Soin des enfants nés à terme

1. Une fiche d'admission doit accompagner chaque bébé provenant de la salle d'accouchement.

2. Chaque enfant doit recevoir les soins voulus dans son propre berceau.

3. Si la température à l'admission est inférieure à 96 degrés, on doit placer le bébé dans un berceau chauffé ou dans un incubateur.

4. Le bébé ne doit porter qu'une couche et une chemise de coton. Si la pouponnière est trop chaude, on peut enlever la chemise.

5. Le berceau de chaque bébé nouvellement admis doit être placé de façon à ce qu'on puisse l'observer fréquemment. On doit surveiller particulièrement la cyanose, l'hémorragie, la dyspnée ou les vomissements, ainsi que la première selle et la première miction.

Alimentation

Formules

Sauf pour certains bébés, une des deux formules standards doit être utilisée. La formule "300" donne 13.5 calories à l'once (0.45 cal./cc) et la formule "301" donne 20 calories à l'once (0.67 cal./cc.). La formule à employer doit être prescrite par écrit par le médecin.

La surveillante tiendra le médecin en chef de la pouponnière au courant de toutes demandes de formules spéciales afin qu'il puisse en déterminer le besoin. Si des formules spéciales sont demandées inutilement, il en résulte plus de travail pour la biberonnerie, et moins de temps alloué aux détails essentiels.

Eau

L'eau stérile doit être fournie dans des biberons individuels, avec les tétines et les capsules ou couvre-tétines posés à la biberonnerie avant la stérilisation.

Alimentation par la mère

A l'heure des boires, l'infirmière amènera le bébé à sa mère, de préférence dans son propre berceau ou bien elle le portera dans ses bras. Si elle en est capable, la mère

prendra elle-même le bébé dans le berceau; autrement, l'infirmière s'en chargera. Avant de donner le bébé à la mère, l'infirmière devra veiller à ce que cette dernière soit confortablement installée dans son lit et qu'elle se soit lavé les mains.

Vérification préalable des boires

Avant de donner le biberon, on doit le placer dans un chauffe-biberons à réglage thermostatique installé dans la pouponnière. On s'assurera que le lait est à la température voulue en laissant tomber quelques gouttes sur la face interne du poignet.

Nettoyage après les boires

Après les boires, avant que le lait ne sèche, la tétine, le biberon et les accessoires doivent être rincés à fond dans de l'eau froide, en forçant l'eau à passer à travers la tétine. On placera les biberons et les accessoires usagés dans les paniers et contenants réservés à cette fin.

Retour des biberons

On doit retourner les biberons, les tétines et les autres accessoires (capsules etc.) après les avoir rincés à la biberonnerie avant de quitter le service.

Enfants malades

Tout enfant soupçonné de maladie peut être transféré à l'unité d'observation. Si cet enfant n'a pas été exposé à la contagion et ne montre aucun signe de maladie après 2 jours, il peut être renvoyé à la pouponnière usuelle. Si cet enfant présente des signes évidents de maladie, infectieuse ou non, ou encore si un enfant à la pouponnière des nouveau-nés présente des signes évidents de maladie, il doit être transféré au local réservé pour le soin des nouveau-nés malades.

S'il survient plus d'un cas de maladie infectieuse, le médecin en chef de la pouponnière donnera instruction au médecin résident de le signaler au titulaire du département de pédiatrie et au Bureau de Santé.

Médecins

Visites quotidiennes

Le médecin en chef ou son remplaçant doit faire des visites quotidiennes. Le médecin résident attaché à la pouponnière doit effectuer les tournées régulières au moins deux fois par jour. Un médecin résident nommé sera constamment de garde.

Examen des enfants

Les médecins visiteurs examineront tous les bébés dans la salle d'examens et ils ne doivent pas entrer dans la pouponnière sauf pour soigner un bébé trop malade pour être déplacé. Le médecin en chef de la pouponnière et les médecins résidents affectés à la pouponnière sont les seuls praticiens qui ont régulièrement accès à la pouponnière. Le médecin doit se servir du matériel d'examen fourni par la pouponnière plutôt que de son matériel personnel.

Dossiers

Le premier examen de l'enfant doit être complété et inscrit au dossier dans les 24 heures qui suivent la naissance. L'examen de sortie doit être fait avant que le congé soit donné et il doit avoir lieu dans les 24 heures qui précèdent la sortie. Les résultats doivent être inscrits au dossier dès l'examen terminé.

Approvisionnements

La surveillante ou sa remplaçante sera responsable des approvisionnements suivants:

Ordonnance des boires. Ces ordonnances doivent être envoyées à la biberonnerie avant 8.00 a.m., si possible, pour un approvisionnement de 24 heures. Si les parents de l'enfant fournissent des biberons pour avoir ainsi des boires à apporter à la maison, ces biberons ne doivent pas être déposés à la pouponnière, mais envoyés directement à la biberonnerie.

Emmagasinage des boires. La surveillante doit veiller à ce que les mélanges lactés soient reçus en bon état et convenablement étiquetés avant d'être mis au réfrigérateur.

Lingerie. Un approvisionnement de lingerie pour enfant, suffisant pour 24 heures, doit être commandé chaque jour. La lingerie doit être déposée dans des placards spéciaux dans la salle de traitement. Une méthode doit être établie pour la disposition du linge souillé.

Les médicaments doivent être commandés chaque jour avant 10.00 A.M.

Le nettoyage du matériel et des instruments doit être fait après l'examen ou le traitement de chaque bébé.

---

modèle **b**

Instructions permanentes pour la pouponnière des nouveau-nés

Les instructions permanentes décrites ci-après régiront le soin de tous les bébés admis à la pouponnière des nouveau-nés à moins qu'elles ne soient spécifiquement modifiées par le médecin en chef de la pouponnière ou par le médecin d'un enfant en service privé.

Modes de fonctionnement

Les modes de fonctionnement établis doivent être suivis.

Soin de la peau

Le sang doit être enlevé avec du coton hydrophile et de l'eau. L'enduit sébacé ne doit être enlevé que s'il existe en quantité excessive. On utilisera pour cela du coton stérilisé. Par la suite, on touchera le moins possible à la peau. On nettoiera les fesses à l'eau du robinet tiède, en frottant le moins possible. Au besoin, de l'huile peut être appliquée sur les parties recouvertes par la couche.

Soin du cordon

Aucun pansement ne doit être utilisé en cas ordinaire. Si le cordon est humide, on appliquera quotidiennement de l'alcool à 70%, et on le notera dans le dossier.

Prise de la température

La température doit être prise lors de l'admission à la pouponnière et au moins à toutes les 4 heures par la suite jusqu'à stabilisation, puis une fois par jour, sauf en cas d'ordre contraire.

Pesée

Le poids de chaque enfant doit être inscrit au dossier lors de son admission à la pouponnière des nouveau-nés, de même qu'à sa sortie de l'hôpital.

Alimentation

Au sein

L'allaitement au sein doit être commencé dès que le médecin déclare que l'état du bébé et de la mère le permet. On doit commencer par des tétées de 3 à 5 minutes sur chaque sein, et ensuite accroître graduellement leur durée à mesure qu'augmentent les exigences du bébé, et que les mamelons de la mère peuvent les supporter.

Au biberon

Si l'alimentation au biberon est prescrite, elle commencera lorsque le médecin aura indiqué que l'état du bébé le permet. Le médecin prescrira une des deux formules standards. Dans le cas de certains bébés, une ration spéciale pourra être prescrite par le médecin.

Horaire

Les bébés alimentés au sein ou au biberon le seront d'après un horaire choisi et flexible. Cela signifie que le bébé sera alimenté à toutes les quatre heures, une variation d'une heure de plus ou de moins étant permise selon que le bébé manifeste ou non de la faim. Dans le cas de certains bébés, un horaire spécial peut être prescrit par le médecin.

Méthode

On doit prendre les enfants pour leur donner leur biberon. Il ne faut jamais donner le biberon en utilisant des supports, ou tout autre dispositif mécanique.

Eau

Par temps chaud, on doit offrir de l'eau stérilisée au moins deux fois par jour.

---

modèle **C**

Modes de fonctionnement à la pouponnière des prématurés

Les modes de fonctionnement indiqués ci-après régiront le soin de tous les bébés admis à la pouponnière des prématurés.

Admissions

1. Tous les nouveau-nés pesant moins de 2,250 gm (5 livres) à la naissance seront automatiquement admis à la pouponnière des prématurés.

2. Lors de la naissance à l'hôpital d'un bébé pesant de 2,250 gm. à 2,500 gm. (5½ livres) le médecin résident de garde sera immédiatement averti et il décidera si le bébé doit être admis à la pouponnière des prématurés.

3. Tout nouveau-né pesant plus de 2,500 gm (5½ livres) peut être admis dans l'unité des prématurés si le résident en charge de la pédiatrie croit que le bébé requiert effectivement les soins réservés aux prématurés.

Milieu ambiant à la pouponnière

Pour le bénéfice des bébés qui ne sont pas gardés en incubateurs, la température ambiante doit être de 75 à 80 degrés F., et l'humidité de la pièce, de 55-65%. La température et l'humidité de la pièce (au thermomètre et à l'hygromètre) doivent être notées à 7.00 a.m., 3.00 p.m. et à 11.00 p.m. L'infirmière surveillante aura le devoir de signaler toutes variations au service de réparation. Lorsqu'elle s'absente, elle doit confier cette tâche à une autre personne.

Vêtements du personnel

Les infirmières et les aides-infirmières doivent porter une blouse qui doit être changée chaque jour. Si une blouse est portée ailleurs que dans la pouponnière, un sarrau protecteur doit être utilisé.

Les médecins, les techniciens, et le personnel qui vaque aux soins du ménage doivent porter un sarrau et un masque lorsqu'ils sont en service à la pouponnière.

Lavage des mains

Tous les membres du personnel qui ont à manier les enfants doivent se laver les mains avant et après avoir touché un enfant, utilisant la technique recommandée par l'American Academy of Pediatrics. (Voir page 29.)

Soin des enfants prématurés

Avis à la pouponnière

Lorsqu'une naissance prématurée est prévue, l'hospitalière des salles d'accouchement avertira la surveillante ou l'hospitalière de la pouponnière des prématurés (afin de compléter les préparatifs en vue des soins à l'arrivée). Elle avertira aussi le médecin résident attaché à la pouponnière des prématurés, et, s'il s'agit d'un bébé en service privé, elle avertira également le médecin désigné par l'accoucheur ou choisi de quelque autre façon pour s'occuper de l'enfant (afin qu'il ou qu'ils puissent assister à la naissance du bébé).

Préparatifs en vue de recevoir l'enfant

Sitôt informée de l'admission probable d'un prématuré, la surveillante de l'unité des prématurés doit:

a) Chauffer un incubateur à une température de 90°F. et s'assurer d'un approvisionnement d'oxygène disponible. L'humidité relative doit être d'environ 65%. Ces conditions peuvent être modifiées dès que l'état physique du prématuré aura été déterminé.

b) Avoir à sa disposition un appareil de succion et un cathéter mou à bout arrondi, pour une succion délicate.

Transfert de l'enfant

Le prématuré doit être transporté du lieu de sa naissance, que ce soit la salle d'accouchement, le domicile, ou un autre hôpital, dans un incubateur chauffé et pourvu d'oxygène. Une infirmière possédant une formation spéciale ou un médecin doit accompagner le bébé.

Fiche d'admission

Une fiche d'amission doit accompagner chaque bébé venant de la salle d'accouchement comme dans le cas des bébés nés à terme (voir fiche 1, page 97).

Surveillance

La surveillante de l'unité des prématurés ou une autre infirmière licenciée en service doit s'occuper immédiatement de chaque prématuré dès son arrivée à la pouponnière. Le médecin résident doit voir le bébé dès son admission.

Soins dès l'admission à la pouponnière

Lors de l'admission du bébé, la surveillante ou l'infirmière licenciée en charge de l'unité des prématurés doit:

a) Avertir le pédiatre résident, à moins d'être certaine qu'il était présent à l'accouchement.

b) Dans le cas des enfants en service privé, avertir le pédiatre traitant, si les services de ce dernier ont été retenus. Si aucun ordre n'a été reçu, l'enfant sera traité comme les autres enfants du service des prématurés.

c) Inscrire tous les prématurés sur la liste des "grands malades" à leur arrivée à la pouponnière. (Il incombe au médecin d'expliquer aux parents ce que cela signifie).

d) Veiller à ce que le prématuré porte ses pièces d'identité (voir page 73).

Vêtements

Exception faite des prématurés de petite taille gardés dans des incubateurs où l'humidité et la chaleur sont

réglées, tous les prématurés seront vêtus d'une couche et d'une chemise de coton. Les petits prématurés placés dans ces incubateurs climatisés n'ont pas besoin de vêtements.

Modification dans l'état physique

La surveillante de l'unité des prématurés ou l'infirmière licenciée en charge doit signaler immédiatement au pédiatre résident, qui avertira le médecin traitant s'il s'agit d'un enfant en service privé, toute modification physique importante dans l'état des prématurés confiés à leurs soins. Voici des exemples: changement dans la couleur de la peau (cyanose ou pâleur), modification de l'activité générale (somnolence ou convulsions), changement dans le caractère de la respiration, changement dans la température, selles liquides, saignement, vomissement, ictère précoce. (Dans les cas de mort apparente, l'oxygène ne doit pas être discontinué tant qu'un médecin n'a pas constaté la mort de l'enfant).

Dossiers

Les informations relatives à la température du bébé, la nourriture, les vitamines, le poids, les vomissements, le refus d'aliments, les selles, l'état général et certaines conditions spéciales du milieu, comme la température de l'incubateur et la concentration d'oxygène, etc., doivent être inscrites au dossier (voir fiche 4, page 103).

Instructions écrites

Toutes les instructions relatives au soin et à l'alimentation des enfants dans la pouponnière des prématurés doivent être écrites par un médecin. Si ces instructions n'existent pas, la surveillante de l'unité des prématurés en fera la demande au résident en pédiatrie pour les prématurés en service régulier ou au médecin traitant pour le prématuré en service privé.

Alimentation

Instructions écrites

Les ordonnances des boires ne seront écrites que par un médecin membre du personnel de l'hôpital autorisé à le faire. Il prescrira par écrit:

a) La composition des boires, par exemple, 5% de glucose, lait humain, lait de vache modifié, etc.

b) La quantité à offrir à chaque boire et les augmentations ultérieures.

c) Le moment du premier boire et la durée de l'intervalle entre les boires.

Techniques

La façon de nourrir un enfant est plus importante que la nourriture elle-même. La technique l'emporte sur les meilleurs calculs. Le choix d'une technique dépendra souvent de l'expérience des infirmières. (Voir page 66-69.)

Vérification préalable des boires

Avant de donner le biberon, on doit le placer dans le chauffe-biberons installé dans la pouponnière. On s'assurera que le lait est à la température voulue en laissant tomber quelques gouttes sur la face interne du poignet.

Nettoyage après les boires

Après les boires avant que le lait ne sèche, la tétine, le biberon et les accessoires doivent être lavés à fond dans de l'eau froide, en forçant l'eau à passer à travers la tétine. On placera les biberons et les accessoires usagés dans les paniers et contenants réservés à cette fin. Si des compte-gouttes ou des tubes de gavage sont utilisés, on devra les laver sans retard en y faisant passer de l'eau froide sous pression.

Retour des biberons

On doit retourner les biberons, tétines et autres accessoires (capsules ou couvre-tétines, etc.) à la biberonnerie avant de quitter le service.

Médecins

Affectation d'un médecin résident

Un résident sera affecté à l'unité des prématurés. Il travaillera sous la surveillance immédiate du résident en chef en pédiatrie, du médecin en charge de l'unité des prématurés et du médecin traitant dans les cas privés.

Assistance à l'accouchement

Le résident affecté à l'unité des prématurés s'efforcera d'être présent à la naissance d'un prématuré et donnera les soins voulus si nécessaire.

Soins immédiats

Il prendra charge du nouveau-né dès que l'obstétricien le lui permettra et il l'accompagnera jusqu'à la pouponnière des prématurés ou le verra aussitôt que possible après son arrivée.

Endroit assigné à la pouponnière

Le résident donnera les ordres voulus pour le placement des enfants dans les pouponnières usuelles, d'observation ou d'isolement.

Examen du nouveau-né

Un examen médical sera inscrit au dossier par le résident immédiatement après l'admission. Ce premier examen sera plus ou moins complet selon l'état général de l'enfant. Il doit assurément comprendre une observation minutieuse de la couleur, de l'activité et de la respiration. On doit rechercher avec soin tout indice de saignement.

L'examen physique complet, comprenant les mensurations de taille et de circonférence de la tête, doit être fait dès qu'il ne comporte plus de danger, ensuite chaque semaine, ainsi qu'à la sortie. Les examens des enfants gardés en incubateurs doivent se faire sans les sortir de l'incubateur. Le médecin doit se servir du matériel d'examen fourni par la pouponnière plutôt que de son matériel personnel.

Surveillance de la température et de l'oxygène

La température axillaire de l'enfant ne doit pas varier de plus de 2 degrés par jour, mais la stabilisation peut se faire à un niveau quelconque entre 94° et 99° F. Il peut être nécessaire, pour cela, de maintenir la température de l'incubateur depuis un maximum de 94° F. pour les plus petits prématurés à 85° F. pour ceux qui sont plus développés. L'humidité relative doit être d'environ 65% dans les incubateurs.

On voudra bien se reporter à la page 62 pour les détails sur l'emploi de l'oxygène.

A mesure que l'enfant croît et que sa température se stabilise, la température de l'incubateur doit être réduite graduellement à 85 degrés et son humidité maintenue à celle de la pièce. Enfin, l'enfant doit être placé dans un berceau non chauffé, exposé aux conditions ambiantes de la pièce, en prévision de la sortie.

Visites quotidiennes

Le médecin en chef ou tout autre médecin membre du personnel et de service avec lui doit visiter la pouponnière quotidiennement. Le résident de service doit faire sa tournée dans la pouponnière chaque matin et revenir au moins une fois l'après-midi. Un médecin résident nommé sera de garde en tout temps.

Renseignements aux parents

Tous les renseignements aux parents, aux proches et aux amis quant à l'état des enfants gardés dans la pouponnière des prématurés doivent être donnés par un médecin, sauf que les infirmières peuvent déclarer si l'état du bébé est "satisfaisant", "inchangé", ou "précaire". Les demandes de renseignements au sujet des prématurés en service privé doivent être transmises au médecin traitant. Les demandes de renseignements concernant les prématurés en service régulier seront données par le pédiatre résident lui-même, en personne ou par téléphone, à la pouponnière, pendant les jours de semaine entre 8.30 A.M. et 9.00 A.M. ou à quelque autre moment spécifique.

Le pédiatre résident doit profiter des questions des parents de prématurés placés sous ses soins pour les renseigner utilement et préparer les mères en vue des soins efficaces à domicile après la sortie des enfants. Cela constitue l'un des aspects les plus utiles de ses fonctions en même temps qu'un devoir important.

Approvisionnements

La surveillante ou sa remplaçante sera responsable des approvisionnements suivants:

Ordonnances des boires. Ces ordonnances doivent être envoyées à la biberonnerie avant 8.00 A.M., si possible, pour un approvisionnement de 24 heures.

Emmagasinage des boires. La surveillante doit veiller à ce que les mélanges lactés soient reçus en bon état et convenablement étiquetés avant d'être mis au réfrigérateur.

Lingerie. Un approvisionnement de lingerie pour enfant, suffisant pour 24 heures, doit être commandé chaque jour. La lingerie doit être déposée dans des placards spéciaux dans la salle de traitement. Une méthode doit être établie pour la disposition du linge souillé.

Les médicaments doivent être commandés chaque jour avant 10.00 A.M.

Le nettoyage du matériel et des instruments doit être fait après l'examen ou le traitement de chaque bébé.

Coordination des mesures prises pour les visites à domicile et la sortie

Visite à domicile

Lorsqu'un prématuré en service régulier (et pour les enfants en service privé, à la demande du médecin) atteint l'âge de 3 à 10 jours le département du service social de l'hôpital doit être officiellement averti. Ce département demandera au service d'hygiène publique ou une agence de service social de faire une visite à domicile et de soumettre un rapport des constatations (voir fiche 5, page 105). Ce rapport est annexé au dossier du prématuré.

Visite éducationnelle

Une autre visite doit être faite au moins une semaine avant le jour prévu de la sortie. Cette visite a pour but de renseigner la mère quant aux préparatifs à faire pour la réception du bébé et de déceler la présence d'infection dans la maison ou tout autre facteur qui pourrait compromettre la venue du bébé à la maison. Le rapport de cette visite doit être transmis à l'hôpital et consigné au dossier le plus tôt possible.

Avis de sortie

Par l'intermédiaire de son département de service social ou de la surveillante de l'unité des prématurés,

l'hôpital doit avertir le service d'hygiène publique ou l'agence de service social, une journée avant la date prévue de la sortie du prématuré.

Permission de sortie

Avant de vêtir l'enfant pour son départ, le bureau de comptabilité doit être prévenu. Après avoir reçu l'approbation de ce bureau, on habille le bébé dans l'antichambre et non dans la pouponnière proprement dite. On fait savoir au médecin résident que le bébé est prêt à sortir de l'hôpital.

---

modèle **d**

Instructions permanentes pour la pouponnière des prématurés

Les instructions permanentes décrites ci-après régiront le soin de tous les bébés admis à la pouponnière des prématurés à moins qu'elles ne soient spécifiquement modifiées par le médecin en chef de l'unité ou par le médecin d'un enfant en service privé.

Modes de fonctionnement

Les modes de fonctionnement établis doivent être suivis.

Instructions à l'admission — Soins immédiats

1. Placer le bébé sur le côté, sur un matelas incliné de façon qu'il ait la tête plus basse que le thorax dans l'incubateur. Ce dernier doit être chauffé afin que la

température axillaire du bébé ne varie pas de plus de 2 degrés par jour, entre 94 et 99° F. Pour les petits prématurés, la température de l'incubateur peut être maintenue aussi élevée que 94° F.; dans le cas des prématurés plus développés, cette température pourra n'être que de 85° F.

1. Administrer de l'oxygène que sur l'ordre d'un médecin. Voir page 62.

2. Veiller à ce que le cordon soit solidement ligaturé.

3. Prendre la température axillaire du bébé en tenant le thermomètre sous l'aisselle et en pressant le bras de l'enfant contre l'instrument pendant 1½ minute.

4. Veiller à ce que le traitement des yeux au nitrate d'argent ait été effectué.

5. Administrer 2.5 milligrammes de vitamine K par voie intramusculaire, à moins que le bébé ne l'ait déjà reçu. Une dose excessive peut être nuisible.

6. Peser le bébé. (La pesée peut être différée si l'état du bébé ne la permet pas.)

7. Ne donner aucun bain.

Instructions générales — Soins courants

1. *Soin de la peau.* A l'admission, on peut enlever délicatement avec du coton stérile sec ou humecté d'eau tiède, le sang ou l'excédent d'enduit sébacé. Les fesses doivent être nettoyées de la même façon. Frotter le moins possible. Aucun autre soin ne doit être donné, exception faite de certains bébés qui nécessitent parfois un shampooing doux à l'eau savonneuse à une ou deux semaines d'intervalle. Toute irritation cutanée doit être signalée sans délai au médecin.

2. *La température* des prématurés doit être prise sous l'aisselle (se servant d'un thermomètre individuel pour chaque enfant), à l'admission et à toutes les heures pendant les 4 premières heures, puis à toutes les 4 heures, à moins qu'une grande variation ou quelque autre circonstance n'exige un plus court intervalle ou jusqu'à stabilisation de la température (i.e., lorsque la température ne varie pas de plus de 2 degrés par jour entre 94° et 99° F).

On doit prendre la température axillaire en tenant le thermomètre en place en pressant le bras du bébé contre l'instrument pendant 1½ minute. La température du prématuré et celle du milieu ambiant doivent être déterminées et notées simultanément.

3. On doit peser le prématuré aussitôt que son état le permet après la naissance, ensuite à tous les trois jours. On doit le peser aussi à la sortie de l'hôpital.

4. *Examen du sang.* Après que l'ordre de sortie a été écrit, il est de pratique courante d'évaluer le taux d'hémoglobine.

Urgences

En cas d'urgence, lorsque le médecin est absent, l'infirmière en charge peut donner des traitements provisoires aux prématurés en service régulier ou privé dans les cas suivants:

Les troubles respiratoires, caractérisés par la cyanose ou l'apnée avec ou sans aspiration d'aliments ou de liquide peuvent être soulagés en mettant l'enfant en position déclive pour dégager les voies respiratoires. On peut faire la succion et administrer de l'oxygène.

La chute de la température corporelle peut se traiter en augmentant la température de l'incubateur, en utilisant des couvertures supplémentaires ou en transférant le bébé d'un berceau à un incubateur.

---

fiches **1-5**

Fiches pour les nouveau-nés

Certains hôpitaux pourront trouver commode d'utiliser une fiche préparée en quatre exemplaires à l'aide de papier carbone. On peut obtenir de telles fiches dans le commerce. L'original est annexé au dossier de la mère; la première copie, qui ne renferme que des détails intéressant le bureau d'admission, est envoyée à ce dernier, qui se trouve ainsi informé d'une nouvelle admission; la deuxième copie est annexée au dossier du bébé et la dernière copie demeure dans la salle d'accouchement pendant environ un mois au cas où des contestations s'élèveraient.

Cet appendice renferme différents modèles pour les genres de fiches suivantes:

Dossier du nouveau-né à la pouponnière
Dossier médical du nouveau-né
Feuille de prescriptions médicales
Dossier de 24 heures
Réquisition du service des prématurés pour une visite au domicile

Fiche 1. Dossier du nouveau-né à la pouponnière

Le recto de cette fiche doit être rempli dans la salle d'accouchement. La fiche doit accompagner le bébé à la pouponnière des prématurés ou à la pouponnière usuelle. L'âge foetal représente la période de gestation en semaines complètes à compter du premier jour de la dernière période menstruelle. Un moyen commode de le calculer a été élaboré par le Children's Bureau et l'on peut facilement se le procurer par l'intermédiaire des State Health Departments. (Formule GPO: 1951 O-947867).

Fiche 2. Dossier médical du nouveau-né

L'enregistrement du premier examen physique a pour but d'indiquer qu'un examen minutieux du bébé a été fait mais il n'est nécessaire d'inscrire que les constatations positives importantes.

Pour établir le diagnostic de sortie, on doit employer la *Nomenclature Standard des maladies et interventions.*

Fiche 3. Feuille de prescriptions médicales

Les prescriptions doivent être écrites lisiblement. La signature de l'infirmière indique qu'elle a vu la prescription, et le temps pointé indique le moment où elle a été exécutée.

Fiche 4. Dossier de 24 heures

Cette fiche a pour but de fournir un aperçu de ce qui s'est passé dans la pouponnière pendant chaque période de 24 heures et elle est particulièrement utile dans les grandes pouponnières d'hôpitaux. Elle est habituellement utilisée par les médecins visiteurs qui la trouvent facile à consulter, et elle sert aussi à recueillir des données qui seront reportées au dossier du nouveau-né.

Pour l'urine, indiquer la miction de l'enfant par un trait de repère.

Pour les boires, inscrire le genre et la quantité absorbée. Indiquer si une méthode autre que l'alimentation au sein ou au biberon est employée, c'est-à-dire le gavage, l'alimentation au compte-gouttes, etc. Noter sous la rubrique "Remarques" le refus d'aliments ou tout problème rattaché à l'alimentation.

Lorsque ces renseignements sont reportés au dossier du nouveau-né, on garde habituellement la fiche 4 dans la pouponnière pour une période de 3 mois, après quoi on la détruit.

Fiche 5. Réquisition du service des prématurés pour une visite au domicile

Les hôpitaux qui disposent d'un service de prématurés doivent se préoccuper des soins qui seront donnés à la maison après la sortie de l'hôpital. Par conséquent, des mesures doivent être prises pour coopérer avec les services d'hygiène publique à l'enquête de ces cas où les conditions du milieu n'ont pas été déterminées. La fiche 5 fournit les détails nécessaires tant aux services publics qu'à l'hôpital.

Le recto de la fiche doit être rempli par l'hôpital en consultant ses dossiers. La nature des renseignements qui doivent être obtenus par la personne chargée de visiter le domicile est aussi expliquée au recto de la fiche.

Fiche 1. Dossier du nouveau-né à la pouponnière

Nom de l'hôpital — Dossier du nouveau-né à la pouponnière.

No du dossier_____ Sexe: masc. fem. enfant de _____

No du dossier de la mère_____ Race: blanche de couleur _____ date de la naissance _____ hre _____ A.M. P.M.

ANTÉCÉDENTS DE LA MÈRE:

Gross. antér._____ Naiss. viv._____ Enf. viv._____ Age de la mère_____ Type sang._____ Rh._____

Maladies de la mère_____

Complications de cette grossesse_____

B.W. de la mère: Prénatal: Date_____ Nég._____ Pos._____ Inconnu_____

Note: Si le B.W. de la mère est toujours positif, un résumé du traitement doit être inscrit dans les notes d'évolution.

R.X. pulmonaire de la mère Date_____ Résultat_____

PRÉSENT ACCOUCHEMENT:

Durée de la grossesse_____ Soins prénatals oui non _____ Age foetal_____ Date prév. de l'acc._____

Durée du travail, 1er et 2ième stade_____

Rupture des membranes: Spont._____ Artif._____ Heures avant l'acc._____

Présentation_____ Position_____ Genre d'acc._____

Raisons si intervention_____

Analgésie (Genre et temps avant l'acc.)._____

Anesthésie_____

Complications de l'acc._____

DOSSIER DE L'ENFANT:

_____ 1% d'agNO^3 instillé dans chaque œil_____

(Signature de l'infirmière et l'heure).

A respiré: Spont._____ Après stim_____, min. après acc. Genre de stim._____

Succion_____

_____

_____

_____

(Signature de l'infirmière de la salle d'acc.)

Identification et sexe vérifiés par

_____

Poids à la naissance_____ (Signature de l'infirmière de la pouponnière).

ESPACE POUR EMPREINTES

RÉSUMÉ DE L'ÉVOLUTION A LA POUPONNIÈRE

Date	Poids	Temp.	BOIRES			Biberons d'eau	Selles	REMARQUES
			Sein	Biberon	Quantité ingérée			
A la naiss.								Vit. K_____

Fiche 2. Dossier médical du nouveau-né

Nom de l'hôpital — Pouponnière des nouveau-nés — Dossier médical

No du dossier_____ Sexe: masc. fém. enfant de_____ Race: blanche de couleur_____

Poids à la naissance_____ Taille_____ Circ. de la tête_____ Cir. du thorax_____

1. ☐ Apparence générale (maturité, activité, tonicité, cris, couleur, nutrition, oedème)	Description des anomalies observées
2. ☐ Peau (éruptions, hématomes)	
3. ☐ Tête, cou (modelage, crâne, craniotabes, céphalématome)	
4. ☐ Yeux (anomalies, conjonctivite)	
5. ☐ O.R.L. (lèvres, gencives, palais)	
6. ☐ Thorax (y compris hypertrophie des seins)	
7. ☐ Poumons	
8. ☐ Cœur	
9. ☐ Abdomen (y compris le cordon)	
10. ☐ Organes génitaux (garçons: testicules descendus. Filles: écoulement)	
11. ☐ Tronc et épine dorsale	
12. ☐ Extrémités (y compris les clavicules)	
13. ☐ Réflexes (Moro, préhension, succion, déglutition)	Impression:
14. ☐ Anus	
Code: O — Pas d'anomalies X — Anomalies (décrire objectivement toute anomalie observée)	

Date de l'examen_____ Signature_____

NOTES D'ÉVOLUTION ET DE SORTIE (Continuer au verso)

NOTES D'ÉVOLUTION ET DE SORTIE (suite)

Diagnostic de sortie

Surveillance médicale ultérieure par

Fiche 3. Feuille de prescriptions médicales

NOM DE L'HÔPITAL

FEUILLE DE PRESCRIPTIONS MÉDICALES

Nom_____ No du dossier_____

Médecin traitant_____

Date	Prescriptions	Signature du médecin	Signature de l'infirmière	Temps pointé

Fiche 4. Dossier de 24 heures

NOM DE L'HÔPITAL

POUPONNIÈRE DES NOUVEAU-NÉS

Dossier quotidien pour une période de 24 heures

NOM	No de ch.	Age en jrs	POIDS			Température	Boires (indiquer le genre et la quantité)	*						Selles* (Indiquer l'heure dans l'espace ci-dessous)				Traitements, Médications et Remarques
			Naiss.	Dernier	Actuel			Yeux	Bouche	Cordon	Peau	Fesses	Urine					

* Si anormal, inscrire "a" et expliquer sous la rubrique des remarques et dans le dossier du nouveau-né (fiche 1).

Fiche 5. Réquisition du service des prématurés pour une visite du domicile

REQUISITION DU SERVICE DES PRÉMATURÉS
POUR UNE VISITE DU DOMICILE

A :_____	De l'hôpital :_____ Unité des prématurés
Adresse :_____	Adresse :_____

DEMANDE DE VISITE À DOMICILE

Enfant prématuré_____ No du dossier_____
(Nom de famille) (Prénom)

(1) *Parents:* Père:_____ Mère:_____
(Nom de famille) (Prénom) (Nom de famille) (Nom de jeune fille) (Prénom)
Emploi du père:_____
Adresse:_____
(rue) (ville) (paroisse) (Numéro de téléphone)
Indications permettant de trouver le domicile :_____

(2) *Information médicales:*
Date de naissance du bébé :_____ Poids à la naissance :_____ Race____ Sexe____
Genre d'accouchement :_____
Complications chez la mère :_____
B.W.: mère :_____
Anomalies chez le bébé:_____
Remarques :_____

(3) *Renseignements sociaux connus de l'hôpital:*
Statut matrimonial des parents :_____
Situation économique :_____
Attitude envers le bébé :_____

SERVICES DEMANDÉS À L'INFIRMIÈRE HYGIÉNISTE OU À UNE AUTRE TRAVAILLEUSE SOCIALE:

Une visite d'évaluation du domicile est demandée parce que des renseignements préalables au sujet des conditions domiciliaires aideront tous les intéressés à organiser le soin de ce bébé après sa sortie de l'hôpital. Les meilleures conditions possible devraient exister au foyer pour que le bébé se développe normalement et pour éviter les réadmissions à l'hôpital. Si le foyer est satisfaisant, il ne sera pas nécessaire de fournir en détail les renseignements demandés à l'item 2 au verso. A l'item 3, noter les effets du bébé par "oui" ou "non". A l'item 4, sous la rubrique "Attitude de la mère et de la famille envers le bébé" pointer le mot ou les mots qui décrivent le mieux cette attitude. Sous la rubrique "Surveillance médicale" inscrire le nom du médecin privé ou celui de l'hôpital. Vérifier si l'enfant est sous la surveillance de l'unité sanitaire locale. A l'item 5, "Situation observée" inscrire votre évaluation de visite. L'item 6, "Projets pour solutionner les problèmes existants", a été inclus afin que vous puissiez indiquer vos projets si vous jugez de référer ce cas à un organisme approprié. Il existe des situations que vous projetterez peut-être de régler vous-même. S'il en est ainsi, indiquez-le. Demandez à la mère de vous prévenir s'il survient des problèmes concernant la santé ou la situation sociale et économique de la famille. Si des changements se produisent, avertissez-en immédiatement le service des prématurés. Renvoyez la fiche au Service des prématurés de l'hôpital dans un délai de 7 jours.

_____
Nom — Surveillante de l'unité des prématurés

Date_____

_____
Nom — Surveillante du service médico-social

RAPPORT DE VISITE À DOMICILE

(1) *Liste des personnes habitant la maison:* *Soins médicaux reçus:*

	Degré de parenté	Age	Revenu mensuel moyen	Santé apparente	Numéro de dossier à l'hôpital	Ailleurs

(2) *Installations matérielles du foyer:*

Nombre de pièces_____ Propreté_____ État de la maison_____

Genre et efficacité du chauffage_____

Approvisionnement d'eau_____ Service d'égouts_____

(3) *Effets pour le soin du bébé après sa sortie de l'hôpital:*

Chambre à coucher _____

Accessoires pour préparer les boires: Biberons____ Tétines____ Casserole____ Chaudron de 5 pintes_____ Entonnoir_____

Trousseau du bébé: Couches_____ Chemises_____ Couvertures_____ Draps_____

(4) *Soin du bébé après la sortie de l'hôpital:*

Qui prendra soin du bébé?_____ Compétence_____

Attitude de la mère et de la famille envers le bébé:

Attendent le bébé avec impatience_____

Craintifs_____ Désintéressés_____

Surveillance médicale: Médecin privé (Nom): _____

Autre_____ Clinique (Nom):_____

(5) *Situation observée:*

_____

_____

_____

_____

_____

_____

(6) *Vos projets pour solutionner les problèmes existants:*

_____

_____

_____

_____

_____

Date de la visite :_____ Nom_____

Conseils aux parents à propos de l'alimentation du bébé

Nom de l'hôpital

Nom_____ Date de naissance_____

Date de sortie_____ Taille à la naissance_____

Poids_____ Poids à la sortie_____

Il existe deux méthodes acceptées de préparation des boires: la méthode de stérilisation terminale et la méthode aseptique. L'application de ces méthodes pour le lait évaporé, le lait en poudre, ou le lait frais est décrite ci-après.

Stérilisation terminale

Accessoires nécessaires:

Pot ou casserole d'une pinte
Biberons et tétines
Couvre-tétines et accessoires, au choix (en guise de couvre-tétines, on peut utiliser du papier brun taillé en carrés de 7 pouces)
Tasse graduée (8 onces)
Cuillère à mesurer
Ouvre-boîte ou poinçon à glace
Cuillère à long manche (pour remuer les mélanges)
Entonnoir (de préférence sans soudure)
Brosse à biberons
Couteau de table

Stérilisateur (Le stérilisateur doit être assez profond pour que les couvre-tétines ne touchent pas le couvercle. Le couvercle doit fermer hermétiquement. Il existe dans le commerce une grande variété de stérilisateurs, quelques-uns chauffés à l'électricité, les autres au moyen d'un combustible. On peut aussi utiliser un chaudron garni au fond d'un treillis métallique ou d'un linge propre. L'anse du chaudron doit être enlevée et les attaches de l'anse repliées vers le bas, afin qu'un couvercle puisse se poser bien à plat.)

Lavage

Laver tous les ustentiles qui seront utilisés. Employer la brosse à biberons pour laver les biberons, les tétines, les couvre-tétines et les accessoires dans de l'eau chaude savonneuse. Bien rincer dans de l'eau chaude propre et laisser égoutter. Ne pas essuyer.

Préparation de la formule

Mesurer la quantité requise d'eau chaude du robinet. Verser dans le pot ou la casserole d'une pinte.

Mesurer la quantité requise de sirop, de sucre ou d'autres ingrédients (mais pas le lait) dans la cuillère à mesurer. Si l'on emploie du sirop, le verser directement de la bouteille ou de la boîte dans la cuillère. Si l'on emploie du sucre granulé, égaliser le contenu de la cuillère avec le dos d'un couteau de table. Ajouter le sirop ou le sucre à l'eau dans la casserole. Mélanger jusqu'à dissolution.

Si l'on emploie du lait évaporé, savonner soigneusement le dessus de la boîte et rincer à l'eau chaude courante. Ouvrir la boîte en poinçonnant deux trous sur le dessus. Si l'on emploie du lait en poudre, égaliser le contenu de la cuillère à mesurer avec le dos d'un couteau de table ou se servir d'une mesure spéciale selon le mode d'emploi indiqué.

Si l'on emploie du lait frais, mesurer la quantité requise dans la tasse graduée.

Verser le lait dans le mélange d'eau et de sucre et brasser avec la cuillère à long manche.

Embouteillage de la formule

Se servir de l'entonnoir pour verser la formule de lait dans les biberons. L'eau pour boire doit être versée

dans les biberons par la même occasion et stérilisée en même temps.

Poser les tétines et les accessoires sur les biberons. Placer les couvre-tétines sur les tétines, sans presser ou visser serré. Ils devraient être suffisamment lâches pour permettre à la vapeur de s'échapper librement. Si les tétines sont couvertes de papier brun, retenez-le à l'aide d'une ficelle ou de bandes élastiques.

Stérilisation

Mettre le porte-biberons, le treillis métallique ou le linge propre dans le fond du stérilisateur. Placer ensuite les biberons contenant la formule de lait et ceux qui sont remplis d'eau. Verser alors 2 pouces d'eau dans le stérilisateur.

Couvrir le stérilisateur et le mettre sur le poêle. Faire chauffer. Lorsque l'eau commence à bouillir, notez l'heure. Faire bouillir pendant 25 minutes calculées d'après l'horloge.

Après une ébullition de 25 minutes, enlever le stérilisateur du poêle, en retirer les biberons et laisser ces derniers refroidir à l'air pendant 20 minutes. Fermer hermétiquement les biberons en pressant ou vissant les couvre-tétines.

Refroidissement et réfrigération

Placer les biberons dans une casserole d'eau froide et les y laisser pendant 10 minutes. Si nécessaire, changer l'eau de la casserole pour que le refroidissement soit plus rapide. L'eau doit atteindre le niveau du lait dans les biberons.

Placer les biberons couverts dans le réfrigérateur jusqu'à ce qu'on en ait besoin.

Hygiène personnelle

Pour protéger votre bébé contre l'infection, lavez-vous les mains et mettez un tablier propre avant de réchauffer le biberon et de faire boire l'enfant. A moins que vos vêtements et vos mains ne soient propres, vous pouvez transmettre à votre bébé les microbes qui s'y seront déposés lors du maniement de la lingerie ou des couches.

Si vous avez le rhume, vous devez vous couvrir le nez et la bouche d'un masque ou d'un linge doux pendant que vous préparez la formule et que vous faites boire l'enfant.

Tétines

Les trous des tétines doivent être suffisamment grands pour permettre l'écoulement du lait goutte à goutte mais non pas à jet continu. Employez une aiguille rougie au feu pour agrandir les trous, si nécessaire.

Si les tétines ont tendance à se boucher pendant les boires, en dépit de l'agrandissement des trous, vous pourrez acheter des tétines à incision cruciale. Si ces tétines ne sont pas disponibles, vous pourrez modifier les tétines neuves à l'aide d'un couteau, pour incision cruciale. Si vous ne disposez pas d'un tel couteau, vous pourrez procéder de la façon suivante. Pincez le bout de la tétine entre le pouce et l'index et avec des ciseaux très pointus, faites-y une petite incision. L'ouverture ne doit pas avoir plus de 1/8 de pouce de longueur. En pressant légèrement la tétine après la première incision, vous devriez apercevoir la lumière à travers l'ouverture. Ensuite, tournez la tétine et faites une autre incision exactement comme la première, pour former une croix. La deuxième incision tout comme la première, devrait former une petite ouverture lorsque la tétine est pincée.

Comment donner le biberon

Lorsque le moment est venu de nourrir le bébé, faites réchauffer le biberon dans une casserole d'eau chaude ou dans un chauffe-biberons convenable.

Avant de donner le lait au bébé, vérifiez-en la température en faisant tomber quelques gouttes de lait sur l'intérieur de votre poignet. Le lait devrait être tiède mais pas trop chaud. Un autre moyen de vérifier la température du lait consiste à appuyer le biberon contre l'intérieur de votre poignet. Il est important d'agiter le biberon pendant plusieurs secondes avant de vérifier la température du lait.

Pour le nourrir, il y a deux façons de tenir le bébé. Vous pouvez le tenir sur vos genoux, sa tête reposan dans le creux de votre bras, ou bien vous pouvez le teni dans une position plus verticale. Croisez-vous les genoux pour lui soutenir le dos et tenez-lui la tête avec les doigts.

Faites en sorte que le goulot du biberon soit toujours plein de lait.

Au moins une fois durant le boire et de nouveau après le boire, relevez le bébé sur votre épaule pendant quelques minutes et tapez-lui délicatement le dos. Cela

lui aidera à expulser l'air qu'il aurait pu avaler au cours de la tétée. C'est ce qu'on appelle parfois "faire roter" le bébé. On peut obtenir le même résultat en tenant le bébé debout sur vos genoux ou en l'assoyant sur vos genoux, tout en lui soutenant la tête et la poitrine.

Méthode aseptique

Accessoires nécessaires:

Pot ou casserole d'une pinte
Biberons et tétines
Couvre-tétines et accessoires, au choix (en guise de couvre-tétines on peut utiliser du papier paraffiné (voir page 112)
Tasse graduée (huit onces)
Cuillère à mesurer
Ouvre-boîte ou poinçon à glace
Cuillère à long manche (pour remuer les mélanges)
Entonnoir (de préférence sans soudure)
Brosse à biberons
Couteau de table
Chaudron couvert ou grande casserole avec couvercle (pour stériliser les accessoires)
Bouilloire ou grande casserole (pour faire bouillir l'eau)
Petite casserole (pour faire bouillir les tétines et les capsules ou couvre-tétines en caoutchouc)
Petit bocal avec couvercle à vis (pour y placer les tétines)
Pinces

Lavage

Laver tout le matériel dans de l'eau chaude savonneuse et rincer à fond dans de l'eau chaude propre. Employer la brosse à biberons pour nettoyer les biberons et l'entonnoir. Rincer dans de l'eau chaude propre. Brosser dans de l'eau chaude savonneuse les tétines, les couvre-tétines et les accessoires utilisés. Faire passer l'eau sous pression à travers les trous des tétines pendant le lavage et le rinçage.

Stérilisation

Placer tout le matériel, y compris les biberons, dans le stérilisateur ou le chaudron et y verser 2 pouces d'eau. Mettre le couvercle et faire bouillir pendant 10 minutes.

Mettre les tétines, les capsules ou couvre-tétines et les autres accessoires des biberons dans la petite casserole. (Si des valves spéciales ou d'autres pièces rapportées sont utilisées avec les tétines, les placer dans les tétines à ce moment-ci). Couvrir d'eau et faire bouillir pendant trois minutes.

Serrer les tétines dans le petit bocal qui a été stérilisé avec le matériel. Visser le couvercle stérilisé et tenir le bocal couvert.

Préparation de la formule

Faire bouillir l'eau dans la bouilloire ou la grande casserole pendant 10 minutes et mesurer la quantité requise dans la tasse graduée. Verser dans le pot ou la casserole stérilisés.

Mesurer la quantité requise de sirop, de sucre ou d'autres ingrédients (mais pas le lait) avec la cuillère à mesurer. Si l'on emploie du sirop, le verser directement de la bouteille ou de la boîte dans la cuillère. Si l'on emploie du sucre granulé, égaliser le contenu de la cuillère avec un couteau de table. Ajouter à l'eau dans la casserole. Mélanger jusqu'à dissolution.

Mesurer la quantité requise de lait dans la tasse graduée. Si l'on emploie du lait évaporé, savonner le dessus de la boîte et rincer avec de l'eau bouillante avant d'ouvrir. Verser le lait dans le mélange d'eau et de sucre et mélanger avec la cuillère à long manche.

Embouteillage de la formule

Se servir de l'entonnoir pour verser la formule de lait dans les biberons. L'eau pour boire, bouillie au préalable, peut être versée dans un ou deux biberons et donnée entre les boires.

Couvrir les biberons avec des capsules ou couvercles spéciaux ou avec du papier paraffiné retenu en place par des bandes élastiques ou des ficelles.

Refroidissement et réfrigération

Faire refroidir rapidement la formule de lait en plaçant les biberons dans une casserole d'eau froide pendant 10 minutes, l'eau doit atteindre le niveau du lait dans les biberons.

Placer les biberons dans le réfrigérateur jusqu'à ce qu'on en ait besoin.

Préparatifs à l'heure des boires

Lorsqu'il est temps de nourrir le bébé, prendre un biberon du réfrigérateur et en enlever le couvre-biberon.

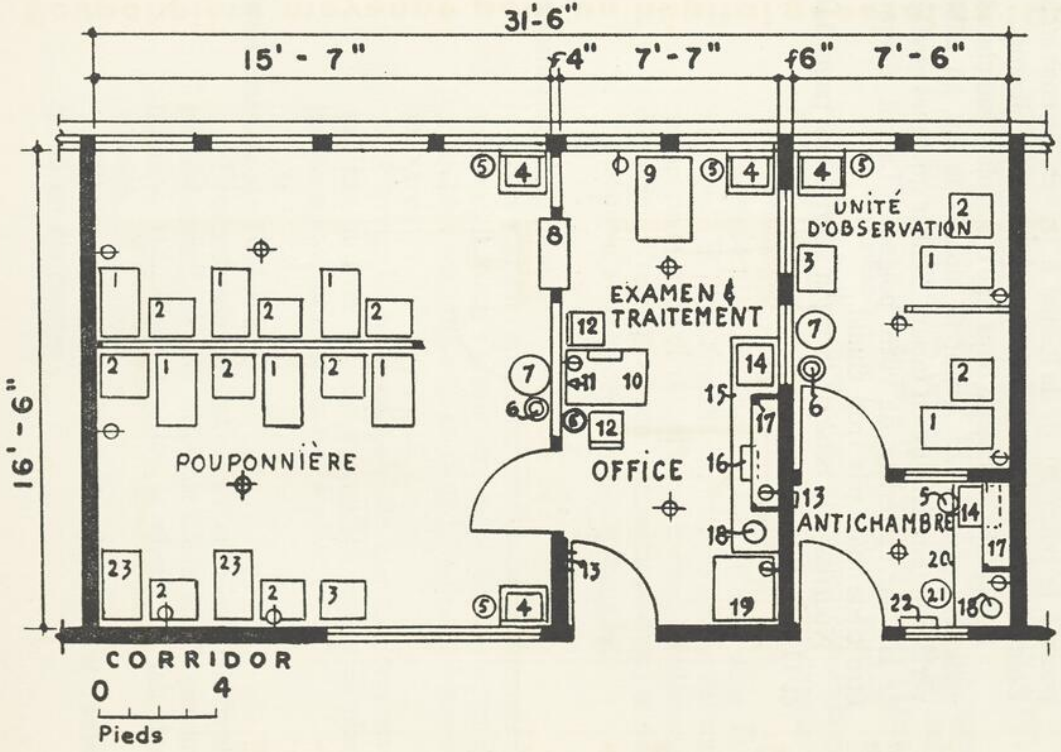
S'il s'agit de biberons munis de capsules qui retiennent les tétines, le biberon est prêt à être réchauffé pour le boire.

Pour les autres genres de biberons, employer des pinces stérilisées pour retirer une tétine du bocal. Remettre le couvercle sur le bocal.

Placer la tétine sur le biberon. Si les biberons sont munis d'un couvercle à vis avec tétine inversée, retirer du biberon la tétine et le disque. Se servir du disque pour pousser le bourrelet de la tétine à travers le couvercle. Enlever le disque et visser le couvercle sur le biberon.

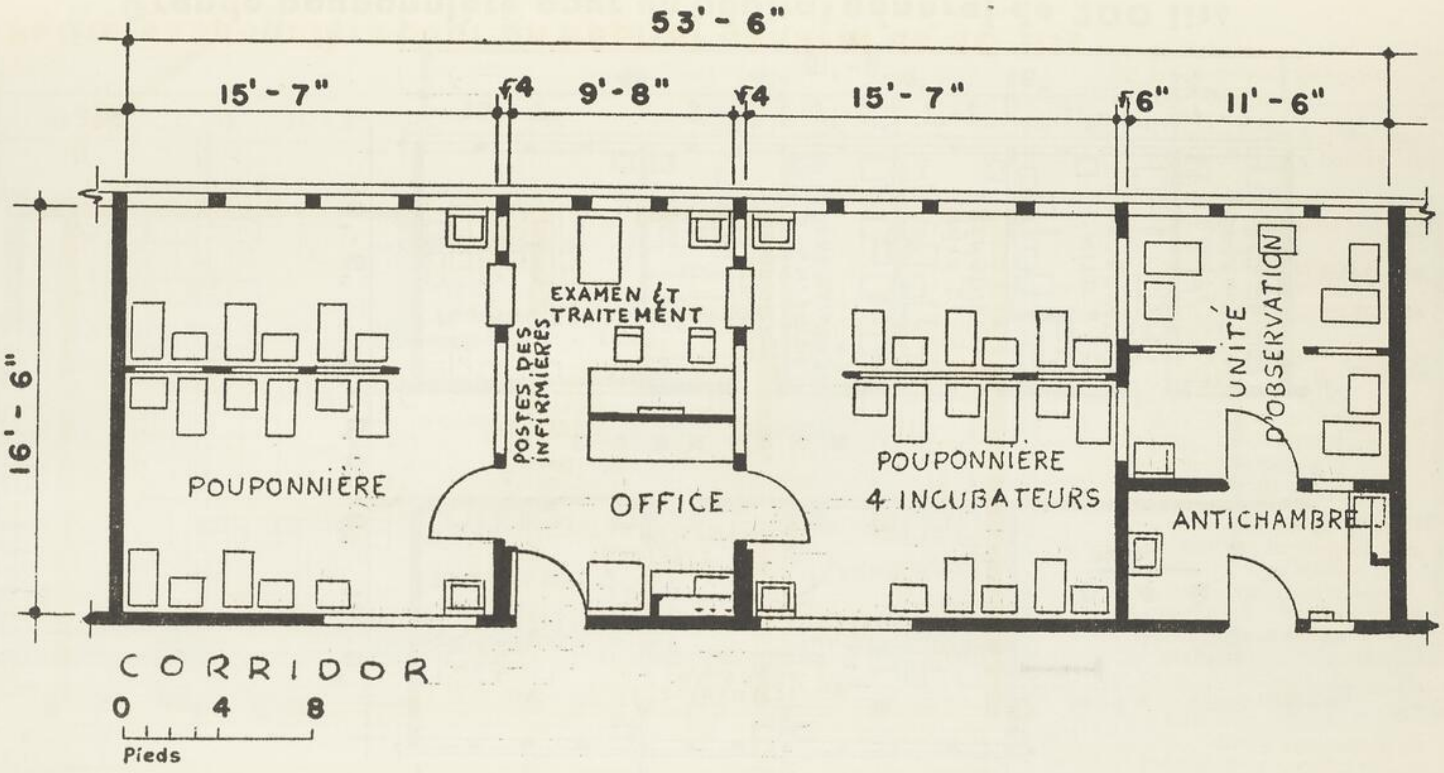
Réchauffer le biberon dans une casserole d'eau chaude mais non bouillante. Avant de donner le lait au bébé, vérifier la température en faisant tomber quelques gouttes de lait sur l'intérieur de votre poignet. Le lait devrait être tiède mais pas trop chaud.

Nourrissez le bébé de la façon décrite aux pages 110 et 111.

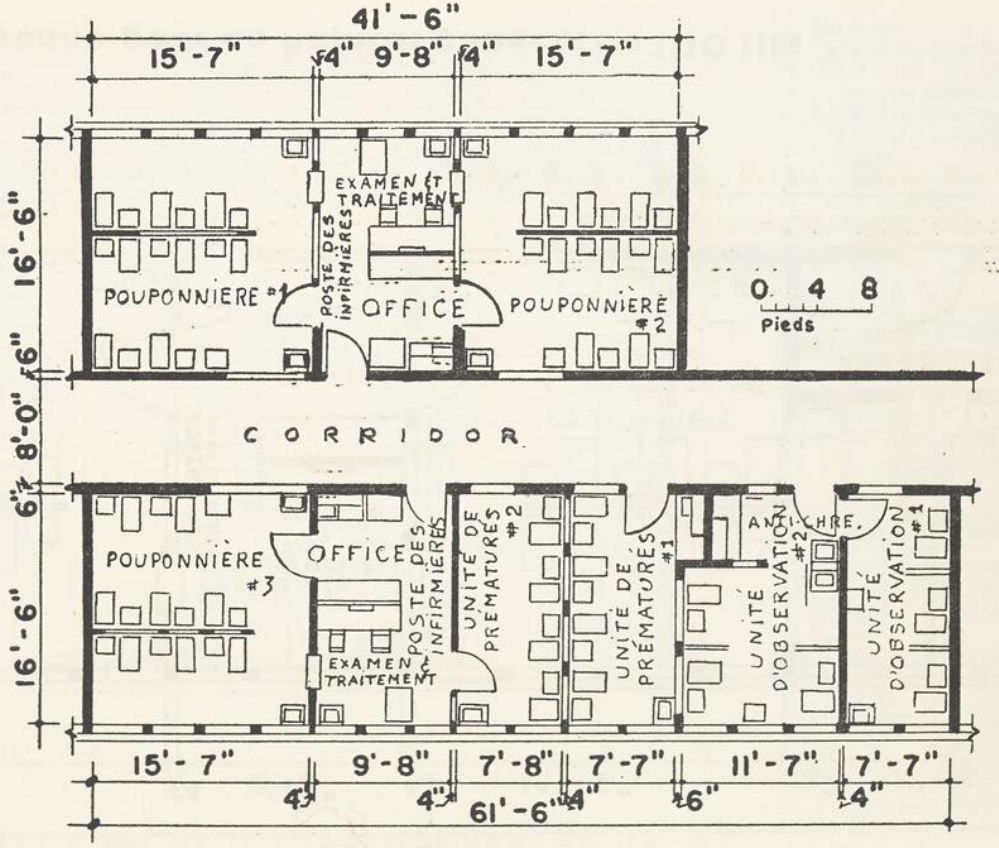


Petite pouponnière pour un hôpital général de 50 lits

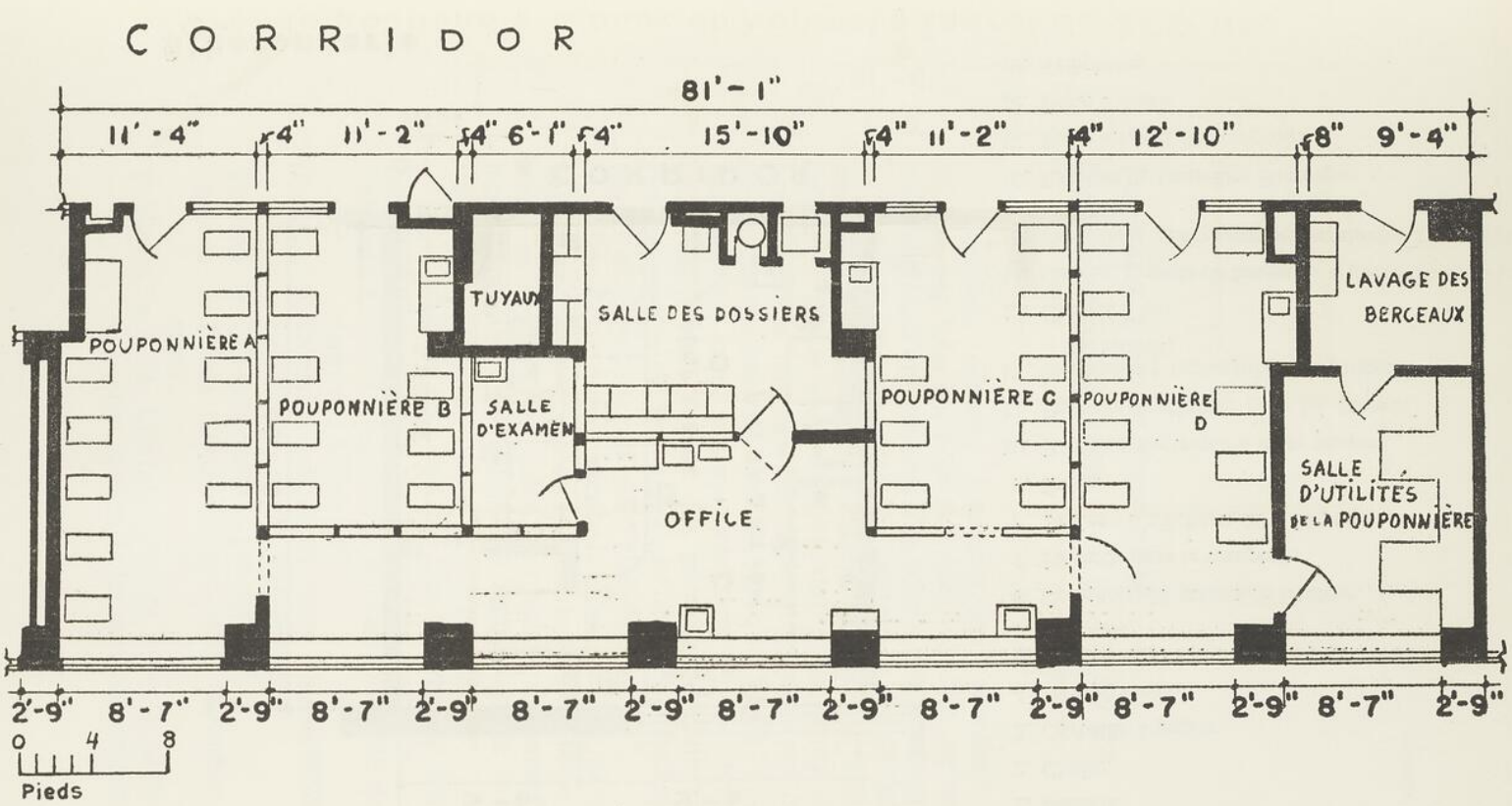
1. Berceau.
2. Cabinet de chevet.
3. Table, 16 x 24 pouces (pour le pèse-bébé).
4. Lavabo avec robinet en col de cygne à commande au genou.
5. Corbeille à papier.
6. Seau hygiénique pour les couches.
7. Hotte à linge souillé.
8. Guichet à glissière avec comptoir.
9. Table, 24 x 36 pouces.
10. Bureau des infirmières avec porte-dossiers de 8 cases.
11. Téléphone.
12. Chaise droite.
13. Porte-sarrau.
14. Évier avec robinet en col de cygne à commande au genou.
15. Comptoir de 36 pouces de hauteur avec placards sous-jacents.
16. Stérilisateur d'instruments, 4 x 6 x 16 pouces.
17. Placards avec applique murale.
18. Réchaud électrique.
19. Réfrigérateur de 6 pieds cubes.
20. Comptoir, 36 pouces de hauteur, ouvert en dessous.
21. Tabouret.
22. Porte-dossiers de 2 cases.
23. Incubateur.



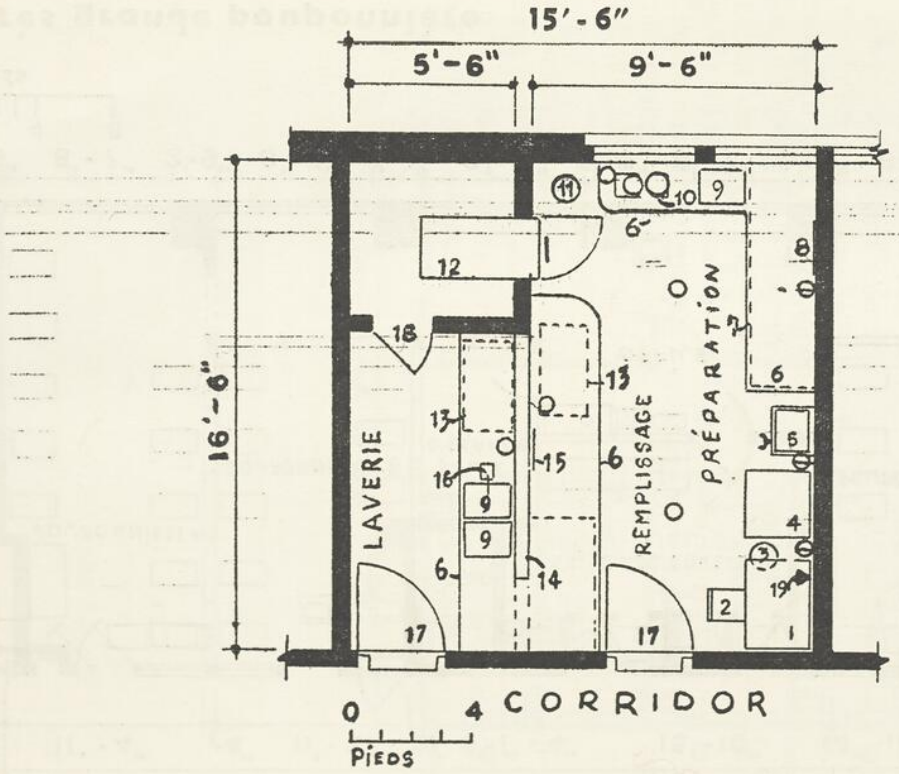
Pouponnière moyenne pour un hôpital général de 100 lits



Grande pouponnière pour un hôpital général de 200 lits



Très grande pouponnière



Biberonnerie

1. Bureau.
2. Chaise.
3. Corbeille à papier.
4. Réfrigérateur.
5. Lavabo avec robinet à commande au genou.
6. Comptoir, 36 pouces de hauteur.
7. Placards sous le comptoir.
8. Tableau d'affichage, 26 x 24 pouces.
9. Évier.
10. Réchaud électrique à deux plaques.
11. Poubelle hygiénique pour les déchets.
12. Stérilisateur rectangulaire à pression, fini nickelé.
13. Chariot à lait.
14. Cloison, 5 pieds de hauteur.
15. Porte-livre des prescriptions de formules.
16. Laveuse de bouteilles électrique.
17. Porte servant de comptoir.
18. Porte d'accès.
19. Téléphone.

Tableaux pour la mortalité foetale et néonatale

Certaines données fondamentales devraient être gardées par tous les hôpitaux pourvus d'un service de maternité ou d'une pouponnière pour enfants prématurés.

Le but de cette partie de l'appendice est d'élaborer un plan pour obtenir des données permettant d'évaluer l'efficacité des services de maternité et de pouponnière. Les personnes hospitalisées diffèrent à plusieurs points de vue: aspect médical, état physique, durée de l'hospitalisation, âge, race, culture, condition socio-économique, etc. Néanmoins, l'étude des services hospitaliers peut être instructive s'il y a uniformité dans la définition des termes et dans la compilation des données.

Note: Pour que les données aient quelque valeur, il faut évidemment que tous les termes soient définis avec clarté et concision et qu'on s'en tienne rigoureusement aux définitions. Les définitions accompagnent le texte explicatif du tableau auquel elles s'appliquent.

Ces tableaux sont destinés à la compilation des données comprises dans les classifications suivantes:

Tableau 1. Décès néonatals et taux de mortalité des enfants nés à l'hôpital.

Tableau 2. Décès néonatals et taux de mortalité des prématurés nés à l'extérieur.

Tableau 3. Décès néonatals, par âge.

Tableau 4. Décès néonatals, par cause (autopsie effectuée).

Tableaux 5*a* et 5*b*. Mortalité foetale selon le poids à la naissance, la race, et les semaines de gestation.

Tableau 1. Décès néonatals et taux de mortalité des enfants nés à l'hôpital

Le tableau 1 est destiné à l'usage des hôpitaux pourvus d'un service de maternité. Au minimum, les données fondamentales doivent inclure le nombre d'enfants nés vivants dans un hôpital pour chaque année civile et le nombre de ces enfants décédés avant leur sortie. Pour avoir des données plus significatives et pour établir des comparaisons plus justes, que ne le permettent les taux généraux de mortalité, les enfants doivent être classés selon le poids à la naissance et la race.

Avant d'entreprendre une telle étude, tout le personnel hospitalier qui aura à noter, à compiler ou à classifier les données doit se familiariser avec le but de l'étude et les méthodes à suivre. Cela comprend non seulement le personnel obstétrical et pédiatrique, mais aussi les archivistes, les administrateurs et les infirmières.

Un statisticien compétent sera d'un précieux secours pour l'élaboration et l'organisation de ce travail. Les hôpitaux dont le personnel ne comprend pas de statisticien pourront peut-être obtenir les services d'un statisticien consultant du Service de Santé local ou provincial, d'une école d'hygiène publique, ou d'un collège, d'une université ou d'une autre institution avoisinante.

En élaborant cette étude, chaque hôpital devra envisager le problème de la surveillance de chaque enfant depuis sa naissance jusqu'à sa sortie de l'hôpital ou jusqu'à son décès. Peut-être sera-t-il relativement facile aux hôpitaux de signaler le nombre total de naissances au cours de chaque année civile, de même que tous les décès survenus à l'hôpital pendant la même année civile. Toutefois, seule une organisation minutieuse mettra un hôpital en mesure de suivre chaque enfant né vivant durant tout son séjour à l'hôpital.

La méthode adoptée devra prévoir le dénombrement des décès qui surviennent à divers moments et en divers endroits dans l'hôpital, comme par exemple ceux qui se produisent presque immédiatement dans la salle d'accouchement ou dans la salle d'urgence ou pendant le transfert à la pouponnière, les décès qui surviennent après le transfert au département de pédiatrie ou de chirurgie, et ceux

qui se produisent dans les pouponnières usuelles établies pour les nouveau-nés ou les prématurés.

Puisque l'objet de ces données est de permettre à chaque hôpital d'étudier son taux de mortalité chez les nouveau-nés, on a décidé de limiter à la période néonatale le laps de temps auquel ces tableaux s'appliquent. Évidemment, quelques prématurés seront encore à l'hôpital lorsqu'ils auront atteint l'âge de 28 jours, de même que quelques bébés malades ou anormaux.

Pour avoir des dossiers aussi complets que possible, quelques hôpitaux désireront peut-être suivre ces bébés jusqu'à l'âge d'un an s'ils sont à l'hôpital depuis la naissance, ou les suivre jusqu'à leur sortie ou leur décès, si l'un ou l'autre a lieu avant la fin de la première année.

Définition des termes employés au tableau 1

Période néonatale

La période néonatale est celle qui va de la naissance à 27 jours complets ou à moins de 28 jours d'âge.

Décès néonatals à l'hôpital

Les décès néonatals sont ceux qui surviennent pendant la période néonatale telle que définie ci-dessus.

Les décès néonatals à inclure dans le tableau 1 sont ceux qui surviennent durant le séjour initial à l'hôpital de bébés nés à l'hôpital au cours d'une année civile donnée. Tous ces décès doivent être inclus, quel que soit le lieu du décès dans l'hôpital.

Taux de mortalité néonatale à l'hôpital

C'est le nombre de décès néonatals survenus à l'hôpital par 100 naissances vivantes à l'hôpital au cours d'une année civile donnée. Ce n'est pas un taux de mortalité au sens strict du mot puisque le laps de temps durant lequel les bébés sont exposés au risque de mort à l'hôpital variera selon la durée de l'hospitaliation.

Enfants nés à l'hôpital

Ceci comprend tous les enfants nés vivants en quelqu'endroit que ce soit de l'hôpital.

Année civile des naissances

Ceci comprend les naissances qui surviennent dans un hôpital depuis 12.00 A.M. le 1er janvier, jusqu'à 11.59 P.M. le 31 décembre de l'année civile donnée.

Naissance d'enfant vivant

On entend par "Naissance d'enfant vivant" l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation, d'un produit de conception, qui après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie, tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical, ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non, et que le placenta soit ou non demeuré attaché; tout produit d'une telle naissance est considéré comme "enfant né vivant".[1]

Enfant prématuré

Pour des fins d'études statistiques un enfant prématuré est un bébé né vivant dont le poids à la naissance est de 5½ livres (2500 grammes) ou moins.[2]

Poids à la naissance et groupes de poids à la naissance

Dans le cas des enfants nés à l'hôpital, le poids à la naissance indiqué dans ces tableaux doit être le premier poids inscrit au dossier de la pouponnière. Pour le poids au décès, on doit inscrire le poids à la naissance pour les enfants non pesés avant le décès.[3]

[1] *Recommandations internationales pour les définitions de naissance vivante et décès foetal* (PHS Publication No. 39, National Office of Vital Statistics (Octobre 1950).

[2] *Manuel de la classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès* (Sixième revision; Organisation mondiale de la Santé, 1948), Vol. 1, p. 212. Dans cette classification les termes "immature" et "immaturité" sont les équivalents de "prématuré" et "prématurité".

[3] Helen M. Wallace, *et al.*, "Méthods of Securing Uniformity in Hospital Statistics on Premature Infants in New York City", *Journal of Pediatrics*, 39: 200-205 (Août, 1951).

On propose de grouper les enfants d'après une échelle de poids de 500 grammes. En mesures anglaises, l'équivalent de ces poids sont: [4]

Mesures métriques	Mesures anglaises
500 gm. ou moins.	1 liv. 1 once ou moins.
501 — 1000 gm.	1 liv. 2 on. — 2 liv. 3 on.
1001 — 1500 gm.	2 liv. 4 on. — 3 liv. 4 on.
1501 — 2000 gm.	3 liv. 5 on. — 4 liv. 6 on.
2001 — 2500 gm.	4 liv. 7 on. — 5 liv. 8 on.
2501 — 3000 gm.	5 liv. 9 on. — 6 liv. 9 on.
3001 — 3500 gm.	6 liv. 10 on. — 7 liv. 11 on.
3501 — 4000 gm.	7 liv. 12 on. — 8 liv. 13 on.
4001 — 4500 gm.	8 liv. 14 on. — 9 liv. 14 on.
4501 — 5000 gm.	9 liv. 15 on. — 11 liv. 0 on.
5001 gm. ou plus	11 liv. 1 once ou plus.

Certains hôpitaux désireront peut-être recueillir des données par groupes de poids inférieurs. Ainsi, il se peut que quelques hôpitaux veuillent subdiviser davantage le groupe de 500 gm. ou moins comme suit:

400 gm. ou moins
401 — 500 gm.
501 — 1000 gm. et continuer comme ci-dessus.

Tableau 2. Décès néonatals et taux de mortalité des prématurés nés à l'extérieur

Le tableau 2 est destiné à l'usage des hôpitaux pourvus d'une unité pour les prématurés et qui admettent des bébés nés en dehors de l'hôpital.

Si l'hôpital est pourvu d'un service de maternité, les données relatives aux prématurés nés à l'hôpital seront consignées dans la partie supérieure du tableau 1 et elles pourront être comparées au tableau 2.

Les enfants admis à l'unité des prématurés et transférés plus tard dans une autre partie de l'hôpital doivent, pour satisfaire à cette compilation, être surveillés pendant 27 jours complets s'ils demeurent à l'hôpital durant ce

[4] *Recommandations pour l'élaboration de statistiques comparables sur la prématurité et la mortalité néonatale* (Déclaration conjointe de la Public Health Conference on Records and Statistics, Association of Maternal and Child Heath and Crippled Children Directors, Children's Bureau, National Office of Vital Statistics (Décembre 1950).

Tableau 1. Décès néonatals et taux de mortalité des enfants nés à l'hôpital

Décès néonatals et taux de mortalité à l'hôpital chez les enfants nés à l'hôpital
selon le poids à la naissance et la race

Année civile des naissances

Poids à la naissance (1)	Enfants nés vivants			Décès néonatals des enfants nés vivants			Taux de mortalité néonatale à l'hôpital [1]		
	Total (2)	Race bl. (3)	Autre race (4)	Total (5)	Race bl. (6)	Autre race (7)	Total (8)	Race bl. (9)	Autre race (10)
TOTAL	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
Total, 2500 gm. ou moins									
500 gm ou moins									
501-1000 gm									
1001-1500 gm									
1501-2000 gm									
2001-2500 gm									
Total, 2501 gm. ou plus									
2501-3000 gm									
3000-3500 gm									
3501-4000 gm									
4001-4500 gm									
4501-5000 gm									
5001 gm. ou plus									
Poids à la naissance inconnu									

[1] Nombre de décès néonatals à l'hôpital par 100 enfants nés vivants dans la catégorie de poids spécifié.

temps, ou jusqu'à leur sortie ou leur décès, si l'un ou l'autre se produit avant 28 jours.

Définition des termes employés au tableau 2

Les définitions de plusieurs termes employés dans le tableau 1 sont applicables au tableau 2. Des définitions additionnelles pour l'usage du tableau 2 sont ici données.

Décès néonatals d'enfants prématurés admis à l'hôpital

Les enfants qui doivent être inclus dans ce tableau sont ceux dont la naissance a eu lieu pendant l'année civile en dehors de l'hôpital et qui pesaient 2500 grammes ou moins à la naissance et qui ont été admis dans l'unité des prématurés de l'hôpital. Tous les décès néonatals de ces enfants doivent être inclus quel que soit le lieu du décès dans l'hôpital.

Taux de mortalité néonatale à l'hôpital

Ce taux correspond au nombre de décès néonatals survenus à l'hôpital par 100 enfants prématurés admis.

Année civile des naissances

Les enfants prématurés inclus sont ceux dont la naissance a eu lieu entre 12.00 A.M. le 1er janvier, et 11.59 P.M. le 31 décembre de l'année civile donnée.

Tableau 2. Décès néonatals et taux de mortalité des prématurés nés à l'extérieur

Décès néonatals et taux de mortalité à l'hôpital des prématurés nés à l'extérieur mais admis à l'hôpital_____selon le poids à la naissance et la race

Année civile des naissances_____

Poids à la naissance (1)	Enfants prématurés admis			Décès néonatals de prématurés admis			Taux de mortalité néonatale à l'hôpital [1]		
	Total (2)	Race bl. (3)	Autre race (4)	Total (5)	Race bl. (6)	Autre race (7)	Total (8)	Race bl. (9)	Autre race (10)
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
TOTAL									
Total, 2500 gm. ou moins.....									
500 gm. ou moins.....									
501-1000 gm.....									
1001-1500 gm.....									
1501-2000 gm.....									
2001-2500 gm.....									
Poids à la naissance inconnu.....									

[1] Nombre de décès néonatals à l'hôpital par 100 enfants prématurés admis dans la catégorie de poids spécifié.

Tableau 3. Décès néonatals par âge

Les tableaux 3 et 4 sont pour l'usage des hôpitaux qui désirent recueillir plus de données que n'en comportent les tableaux 1 et 2.

Le tableau 3 groupe, d'après l'âge au moment du décès, les enfants nés vivants à l'hôpital et qui y sont décédés pendant la période néonatale. Ces décès sont décomposés par groupes de poids à la naissance.

On recommande que des tableaux distincts soient préparés pour les enfants de race blanche et les enfants d'autres races si la proportion des autres races par rapport au total est de 5% ou plus.

Il existe certaines périodes critiques pendant lesquelles une forte proportion des décès néonatals surviennent, c'est-à-dire à l'âge de moins d'un jour, moins de deux jours, moins d'une semaine et moins de 28 jours. En consultant le tableau 3, on peut obtenir le nombre de décès survenus pendant ces quatre périodes critiques:

moins d'un jour:	colonne (3)
moins de 2 jours:	colonnes (3) plus (4)
moins d'une semaine:	colonnes (3) plus (4) plus (5).
moins de 28 jours:	colonnes (3) plus (4) plus (5) plus (6).

Dans le cas des hôpitaux pourvus d'une unité pour le soin des prématurés venant de l'extérieur, un tableau semblable à la partie supérieure du tableau 3 doit être préparé afin d'indiquer l'âge au moment du décès à l'hôpital des prématurés admis à l'hôpital, d'après le poids à la naissance et la race.

Définition des termes employés au tableau 3

Les instructions et définitions données pour le tableau 1 s'appliquent aussi à ce tableau. Des définitions additionnelles pour l'usage du tableau 3 sont ici données.

Décès à l'âge de moins de 1 jour.

Ce sont là les décès qui surviennent à l'hôpital chez les enfants dont l'âge est de 23 heures 59 minutes, ou moins, au moment du décès.

Décès à l'âge de 1 jour, et de moins de 2 jours.

Ce sont là les décès qui surviennent à l'hôpital chez les enfants dont l'âge est d'au moins 24 heures mais ne dépasse pas 47 heures 59 minutes au moment du décès.

Décès à l'âge de 2 jours, et de moins de 7 jours.

Ce sont là les décès qui surviennent à l'hôpital chez les enfants dont l'âge est d'au moins 48 heures mais est moindre que 7 jours au moment du décès (moins de 168 heures.).

Décès au début de la période néonatale.

Ce sont là les décès qui surviennent durant la première semaine d'existence (0-6 jours.). En additionnant les chiffres des colonnes (3), (4) et (5), on obtient le nombre total des décès survenus au début de la période néonatale.

Décès de l'âge de 7 jours à moins de 28 jours.

Ces décès sont ceux qui surviennent durant les trois dernières semaines de la période néonatale, c'est-à-dire, la deuxième semaine (7-13 jours); la troisième semaine (14-20 jours), et la quatrième semaine (21-27 jours).

Tableau 3. Décès néonatals par âge

Age au moment du décès à l'hôpital des enfants nés à l'hôpital_____
et qui sont décédés durant la période néonatale, selon le poids à la naissance et la race

Année civile des naissances_____

TOTAL (ENFANTS DE RACE BLANCHE OU AUTRE) [1]

Poids à la naissance (1)	Nombre de décès néonatals par jours complets d'âge au décès					
	Total (2)	Moins d'un jour (moins de 24 heures) (3)	1 jour (24-47 heures) (4)	2-6 jours (48-167 heures) (5)	7 à moins de 28 jours (6)	Age inconnu (7)
TOTAL						
Total, 2500 gm ou moins....						
500 gm. ou moins.....						
501-1000 gm.....						
1001-1500 gm.....						
1501-2000 gm.....						
2001-2500 gm.....						
Total, 2501 gm. ou plus.....						
2501-3000 gm.....						
3001-3500 gm.....						
3501-4000 gm.....						
4001-4500 gm.....						
4501-5000 gm.....						
5001 gm. ou plus.....						
Poids à la naissance inconnu.						

[1] On préparera des tableaux distincts, analogues à celui-ci pour les enfants de race blanche et les enfants d'autres races.

Tableau 4. Décès néonatals par cause (autopsie effectuée)

Le tableau 4 a été conçu en vue d'indiquer la cause première du décès néonatal des enfants qui meurent à l'hôpital. Seuls les décès d'enfants nés à l'hôpital doivent figurer à ce tableau. Toutefois, un autre tableau exactement semblable peut être préparé pour les enfants nés à l'extérieur mais transportés à l'hôpital pour y recevoir les soins réservés aux prématurés.

Dans les hôpitaux où une proportion de 5% ou plus des nouveau-nés ne sont pas de race blanche, il peut être instructif de préparer séparément des données sur les causes de décès chez les enfants de race blanche et les enfants d'une autre race.

Le tableau 4 doit être préparé séparément pour les décès suivis d'une autopsie et pour les décès où il n'y a pas eu d'autopsie. Tous les décès doivent être classifiés selon le groupe de poids à la naissance du bébé, et selon les principales causes de décès dans la première enfance. D'après les connaissances actuelles, reconnues comme incomplètes, une forte proportion des décès survenant dans la première enfance entrent dans cinq catégories générales, ainsi que l'indique le tableau 4, item 1 à 5 inclusivement.

La première cause, et de beaucoup la plus importante, comprend un groupe mal défini d'affections respiratoires, à l'égard desquelles la classification internationale emploie l'expression "asphyxie et atélectasie postnatales".

Autant que possible, une cause spécifique du décès doit être indiquée en sous-titre sous la catégorie générale appropriée. Ainsi, sous la catégorie "asphyxie et atelectasie postnatales" des sous-titres complémentaires pourraient être:

a) ventilation pulmonaire anormale (Potter)[5]
b) anoxie
c) membrane hyaline pulmonaire

Sous la catégorie "dyscrasie sanguine", les sous-titres particuliers tels qu'indiqués dans la *Classification Internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, 6ième revision, sont les suivants:

a) Maladie hémolytique du nouveau-né (érythroblastose) (770)
b) Maladie hémorragique du nouveau-né (771)

[5] *Journal of the American Medical Association*, 148, no 11: 907 (15 mars 1952).

Chaque cause de décès connue qui n'est pas classifiée sous une des cinq catégories générales doit être indiquée séparément sous la rubrique "autres". Jusqu'à ce que nos connaissances soient plus complètes, il continuera de survenir durant la période néonatale des décès qui, même après une étude clinique et pathologique attentive, devront demeurer dans la catégorie des "causes inconnues". La Classification Internationale emploie l'expression "immaturité mal définie" (776) pour les décès de prématurés lorsque la cause spécifique est inconnue ou n'a pas été déclarée. Un grand nombre de décès survenant durant la période néonatale tombent dans cette catégorie, qui est un groupe de causes de décès "inconnues", sauf pour le fait de la prématurité.

Les termes afférents aux groupes de causes et les chiffres entre parenthèses au tableau 4 suivent la *Classification Internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, sixième revision. Dans la quatrième édition de la *Nomenclature Standard des maladies et interventions*, un numéro de la liste internationale est donné pour chaque affectation nommée dans la Nomenclature Standard. Par conséquent la classification des décès selon la Classification Internationale des causes peut être effectuée très facilement pour les conditions particulières indiquées dans la *Nomenclature Standard des maladies et interventions*.

Tableau 4. Décès néonatals par cause (autopsie effectuée)

Cause de décès à l'hôpital des enfants nés à l'hôpital_____qui sont morts pendant la période néonatale, selon le poids à la naissance et avec mention d'autopsie

Année civile des naissances_____

Cause de décès néonatal [1] (1)	Nombre de décès néonatals chez les bébés nés vivants								
	Total (2)	Total 2500 gm. ou moins (3)	500 gm. ou moins (4)	501-1000 gm. (5)	1001-1500 gm. (6)	1501-2000 gm. (7)	2001-2500 gm. (8)	Total 2501 gm. ou plus (9)	Poids à la naissance inconnu (10)
AUTOPSIE EFFECTUÉE [2]									
1. Asphyxie postnatale et atelectasie (762)									
2. Lésions obstétricales (760, 761)									
3. Malformations congénitales (750-759)									
4. Infections du nouveau-né (763-768)									
5. Dyscrasie sanguine (770, 771)									
6. Toutes autres causes connues.									
7. Cause inconnue									
(a) Prématurité (Immaturité) indéfinie (776)									
(b) Autres décès néonatal d'une cause inconnue									

[1] D'après la Classification Internationale des maladies, traumatismes, et causes de décès, sixième revision.
[2] Préparer un autre tableau comme celui-ci pour les décès où une autopsie n'a pas été effectuée.

Tableaux 5a et 5b. Mortalité foetale selon le poids à la naissance, la race et les semaines de gestation

Les tableaux 5*a* et 5*b* doivent être utilisés par les hôpitaux pourvus de services d'obstétrique et de gynécologie qui désirent recueillir des données sur les décès foetaux. On recommande que le poids à la naissance et la race soient notés dans le cas de tout enfant mort-né à l'hôpital (tableau 5*a*). Il est également désirable que le nombre de semaines de gestation soit noté (tableau 5*b*).

Définition des termes employés aux tableaux 5a et 5b

Décès foetal

"On entend par décès foetal le décès d'un produit de conception, lorsque ce décès est survenu avant l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère indépendamment de la durée de gestation; le décès est indiqué par le fait qu'après cette séparation, le foetus ne respire ni ne manifeste aucun autre signe de vie, tel que battement du coeur, pulsation du cordon ombilical ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté."[6]

Naissances

Pour les tableaux 5*a* et 5*b* tout produit de conception qui a été complétement expulsé ou extrait du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation ou des signes de vie, doit être compté comme une naissance. Le terme naissance est employé dans ce tableau plutôt qu'accouchement parce que dans le cas de plusieurs enfants nés d'un même accouchement chaque naissance doit être comptée séparément.

Taux de mortalité foetale

C'est le nombre de décès foetaux par 100 naissances dans un hôpital donné, comprenant non seulement les naissances vivantes mais aussi tout produit de conception sans aucun signe de vie.

[6] *Manuel de la Classification Internationale des maladies, traumatismes et causes de décès* (sixième revision; Organisation mondiale de la santé, 1948), Vol. 1, p. 212.

Durée de la gestation

A des fins statistiques, la période de gestation est définie comme le nombre de semaines complètes qui se sont écoulées entre le premier jour de la dernière menstruation et la date de la naissance de l'enfant ou du produit de conception.

Les groupes de semaines complètes de gestation dont l'indication est prévue au tableau 5*b* sont ceux que recommande l'Organisation mondiale de la santé[7], tel qu'indiqué:

Groupe I	moins de 20 semaines complètes de gestation
Groupe II	20 semaines complètes de gestation mais moins de 28 semaines
Groupe III	28 semaines complètes de gestation et plus
Groupe IV	Période de gestation qu'on ne peut classifier dans les Groupes I, II et III

Si de plus amples détails sont désirés, on peut établir des sous-groupes dans les Groupes I à III. Ainsi, il peut être opportun, à certaines fins, de subdiviser le groupe I comme suit:

Groupe I	Moins de 20 semaines complètes
	Moins de 16 semaines
	16-17 semaines
	18-19 semaines

On peut appliquer le même procédé aux Groupes II et III afin de fournir de plus amples informations tout en retenant les totaux recommandés.

[7] *Recommandations Internationales pour les définitions de naissance vivante et décès foetal* (PHS Publication no 39 (National Office of Vital Statistics, Octobre 1950). Une méthode pour calculer rapidement et selon un procédé uniforme, les semaines complètes de gestation peut être obtenue sur demande adressée au State Department of Health.

Tableau 5a. Mortalité foetale d'après le poids à la naissance et la race

Mortalité foetale à l'hôpital _____
d'après le poids à la naissance et la race

Année civile des naissances _____

Poids à la naissance	NAISSANCES			Taux de mortalité foetale[1] (4)
	Total (1)	Naissances vivantes (2)	Décès foetaux (3)	
	Nombre	Nombre	Nombre	Pourcentage
	TOTAL			
TOTAL				
Total, 2500 gm. ou moins....				
500 gm. ou moins.....				
501-1000 gm.....				
1001-1500 gm.....				
1501-2000 gm.....				
2001-2500 gm.....				
Total, 2501, gm. ou plus.....				
2501-3000 gm.....				
3001-3500 gm.....				
3501-4000 gm.....				
4001-4500 gm.....				
4501-5000 gm.....				
	RACE BLANCHE			
Répéter les groupes de poids à la naissance				
	AUTRES RACES			
Répéter les groupes de poids à la naissance				

[1] Nombre de décès foetaux par 100 naissances dans un hôpital (comprenant non seulement les naissances vivantes, mais aussi tout produit de conception sans aucun signe de vie).

Tableau 5b. Mortalité foetale par semaines de gestation

Mortalité foetale à l'hôpital_____
d'après les semaines de gestation et la race

Année civile des naissances_____

Groupes de semaines complètes de gestation	Naissances			Taux de mortalités foetale [1]
	Total	Bébés nés vivants	Décès foetaux	
	(1)	(2)	(3)	(4)
	Nombre	Nombre	Nombre	Pourcentage
	TOTAL			
TOTAL (I-IV)				
I. Moins de 20 semaines complètes				
II. 20 semaines complètes, mais moins de 28				
20-23				
24-27				
III. 28 semaines complètes et plus				
28-31				
32-35				
36-39				
40-42				
43 et plus				
IV. Autre période de gestation				
	RACE BLANCHE			
Répéter les groupes de semaines				
	AUTRE RACE			
Répéter les groupes de semaines				

[1] Nombre de décès foetaux à l'hôpital par 100 naissances à l'hôpital (comprenant non seulement les naissances vivantes, mais aussi tout produit de conception sans aucun signe de vie).

Schéma pour une évaluation de vos pouponnières

Un pointage n'atteignant pas au moins soixante-dix dans chaque section doit être considéré comme non satisfaisant.

I. Attributions du service médical

points

A. Un médecin est officiellement nommé chef du service de la pouponnière 40
C'est: *a*) Un spécialiste en pédiatrie 30
b) Un pédiatre non attitré ..... (20)
c) Un médecin qui s'intéresse particulièrement aux nouveau-nés (10)

B. Les programmes de soins de routine sont fournis par écrit aux médecins et aux infirmières 10

C. Des tournées quotidiennes sont effectuées par un médecin désigné 10

D. Un médecin est de garde vingt-quatre heures par jour 10

100

II. Service du nursing

A. Une infirmière licenciée est surveillante de la pouponnière 40
Elle a reçu une formation spécialisée dans le soin des nouveau-nés et des prématurés 20

B. Il y a au moins une infirmière ou garde-auxiliaire pour douze bébés 15

C. Il y a une répartition égale du service d'infirmières pour chaque période de huit heures 10

D. Les gardes-auxiliaires et les étudiantes-infirmières ne travaillent que sous la surveillance d'une infirmière licenciée 15

100

III. Commodités matérielles

A. Les services de maternité et de pouponnière sont séparés et isolés des autres services de l'hôpital	10
B. Chaque unité de pouponnière ne contient pas plus de huit berceaux	10
douze berceaux	(5)
C. Il y a au moins trente pieds carrés d'aire de plancher par berceau	10
Il y a au moins vingt-quatre pieds carrés d'aire de plancher par berceau	(5)
D. Chaque unité a son propre lavabo avec robinets actionnés par le pied, le genou ou le coude	10
E. Des seaux hygiéniques pour le linge et les couches souillés se trouvent dans chaque unité	5
F. Il y a un pèse-bébé dans chaque unité	5
G. Il existe un chauffe-biberons convenable	5
H. Un incubateur, ou une autre manière de fournir la chaleur et l'oxygène, est disponible pour chaque unité	10
I. Il y a une chaise pour que l'infirmière puisse s'asseoir en alimentant les bébés	5
J. Il existe une unité d'observation pour les bébés soupçonnés d'avoir une infection	10
K. Il y a un plan d'élaborer pour l'isolement des enfants reconnus infectés	10
L. Il existe une salle convenable où des traitements spéciaux puissent être donnés	10
	100

IV. Biberonnerie

A. Une salle distincte est utilisée uniquement pour la préparation des boires	20
B. Il existe un ameublement convenable pour la préparation des formules et le lavage des biberons	10
C. La surveillante de la biberonnerie a reçu une formation spéciale pour ce travail	20
D. La préparation des formules s'effectue conformément aux recommandations du manuel de l'American Hospital Ass.	20
E. Tous les boires sont stérilisés après leur préparation	20

F. Des examens bactériologiques des boires sont faits au moins une fois par semaine 10

100

V. Technique des soins

A. Un incubateur (ou un berceau chauffé) est disponible dans la salle d'accouchement 10

B. Le matériel (poire aspiratrice, appareil de succion, cathéter trachéal) requis pour le dégagement des voies respiratoires est à portée de la main dans la salle d'accouchement 10

C. L'oxygène, ainsi que le matériel nécessaire pour l'administrer, est constamment disponible dans la salle d'accouchement 10

D. Les procédés pour l'identification tels que décrits dans ce manuel sont appliqués dans la salle d'accouchement 5

E. Le dossier du bébé est commencé dans la salle d'accouchement et accompagne l'enfant à la pouponnière 5

F. Une technique individuelle est suivie dans toutes les pouponnières 10

G. Les bébés soupçonnés d'avoir une infection sont immédiatement placés dans une unité d'observation 10

H. Les bébés souffrant d'infection, sont isolés et soustraits aux soins réguliers du nursing 10

I. Aucun bain n'est donné pendant le séjour à l'hôpital 5

J. On n'utilise aucun pansement sur le cordon et aucune bande abdominale 5

K. Un approvisionnement suffisant de vêtements, etc. est gardé près de chaque berceau 5

L. Chaque enfant a son propre thermomètre 5

M. On ne fait pas d'époussetage ou de nettoyage à sec 5

N. La lingerie de la pouponnière est lavée séparément du linge de l'hôpital 5

100

VI. Dossiers

A. Chaque nouveau-né représente une nouvelle admission à l'hôpital 20

B. Un dossier individuel, distinct de celui de la mère, est tenu pour chaque bébé 20
C. Un examen physique complet est inscrit au dossier lors de l'admission à la pouponnière 20
D. Des fiches appropriées pour le poids, les notes d'évolution, les examens de laboratoire et les consultations sont incluses dans le dossier 20
E. Un examen avant la sortie est inscrite sur chaque dossier 20

100

VII. Examen médical du personnel

A. Tous les membres du personnel de la pouponnière et de la biberonnerie subissent un examen physique lors de l'embauchage 20
B. L'examen susmentionné comprend une radiographie pulmonaire 20
C. Tous les membres du personnel subissent un examen physique au moins une fois l'an, et après une absence pour cause de maladie 20
D. Il n'y a pas de préjudice pour les membres du personnel s'ils déclarent des maladies bénignes 20
E. L'hôpital tient un dossier médical pour chaque employé 20

100

Index

Acide borique, 37
Admission, soin des prématurés à l', 85; instructions à l', soins immédiats, 91-92; principes d', 50; à la pouponnière des nouveau-nés, 77; à la pouponnière des prématurés, 83
Affectations du personnel, 9
Alcool pour le soin du cordon ombilical, 35, 81
Allaitement au biberon, méthode d', 67, 82; des nouveau-nés, 37-38; des prématurés, 67; commencement de l', 82; dans une chambre pour mère et enfant, 47-48
Allaitement, au biberon, 37-38; au sein, 36-37; initial, chez les prématurés, 66-69; fréquence de l', 69; instructions aux parents concernant l', 107-113; inscription au dossier des détails relatifs à l', 41; préparatifs en vue de l', 113; méthodes d' dans la pouponnière des nouveau-nés, 78-79; méthodes d', dans la pouponnière des prématurés, 86-87; commencement de l', 82; techniques de l', 110-111; dans la chambre pour mère et enfant, 47-48
American Academy of Pediatrics, 57, 77, 84
American Hospital Association, 25, 39, 40
American Public Health Association, 7
Année civile des naissances, 122, 123
Antécédents maternels, 40
Antichambre pour l'unité d'observation, 18
Antiseptiques, solutions, 37
Approvisionnements, pour 24 heures, 38, 90; dans l'unité mère-enfant, 47; de vêtements, 35; ordonnance et maintien des, 80-81
Aseptique, méthode de préparation des formules, 111, 113
Aspiration, 27, 61, 62
Association of Maternal and Child Health and Crippled Children Directors, 123

Bains, 34, 65
Bandage pour cordon ombilical, 28
Benzalkonium, chlorure de, 35
Berceaux, 14, 16; chauffés, 28, 33, 78
Besoins liquidiens des prématurés, 69
Biberonnerie, 22-25, 118
Biberons et accessoires, nettoyage des, 79, 87; retour des, 79-87; rinçage des, 38; matériel pour le lavage des, 23-24
Boires, addition de vitamines aux, 68; salle distincte pour la préparation des, 22
Box, système des, 15, 60
Brecht, biberons, 67

Caféine, 64
Caloriques, besoins, des prématurés, 69
Capacité des pouponnières usuelles, 14, 114-118
Catheters, pour aspiration, 27, 61, 84; individuels, 57; en polyéthylène, pour l'alimentation, 67
Chauffage des pouponnières usuelles, 15
Chauffe-biberons, 16, 38
Children's Bureau, 5, 94, 123
Circoncision rituelle, unité de, 19
Clifford, Dr Stewart, 5
Climatisation, 15, 56
Clinico-pathologiques, conférences, 9
Committee on the Fetus and Newborn, 5, 6
Compte-gouttes, 57
Conférences du personnel, 9, 52
Conseils sur l'alimentation, aux parents, 107-113; pour les soins à domicile, 42, 70-71, 90-91
Consultation, inscription au dossier des notes de, 41
Contacts, limitation des, 30-31, 44, 59
Convulsions, 64, 86
Coramine, 64
Cordon ombilical, soin du, 28, 33, 35, 81, 92
Cote des pouponnières de nouveau-nés, tableaux pratiques de, 137-140
Couches, en tant que vêtement, 35, 65, 78, 85-86; lavage des, 40; emmagasinage et collecte des, souillées, 39-40
Cyanose, 33, 64, 78, 86

Somnolence, 64, 86
Détersifs, pour le lavage des mains, 16, 30, 60; pour le lavage des biberons etc., 23, 24
Diarrhée, 32, 59
Diététiste, 22, 23
Dossier médical du nouveau-né, 99-100
Dossiers, de 24 heures, 86; formule de, de 24 heures, 94-95, 103; médicaux des employés, 44; d'alimentation, 69; des nouveau-nés, 40-41; pièce d'identité conservée dans les, 74; de la pouponnière des nouveau-nés, 94, 97-98; d'évaluation médicale, 52; médicaux, 80, 94, 99-100; devant accompagner l'enfant, 28; tenue des, 9; salle des, 20-21
Draperies, 15
Dunham, Dr Ethel, 6
Dyspnée, 33, 78

Eau potable, 38, 78, 83
Éclairage, 15, 57
Électrolytes, 67-68
Employés, dossiers médicaux des, 44
Empreintes, méthode des, 74; des paumes, 74; digitales, 74; des pieds, 74
Enduit sébacé, enlèvement de l', 34, 81, 92
Enfant prématuré, définition de l'expression, 49, 122; préparatifs pour le soin d'un, 84
Enfants nés à terme, soin des, 78
Épidémies, 32-33; séjour avec la mère durant les, 45

État physique, rapport sur les modifications dans l', 63-64, 86
Étudiantes-infirmières, 11-12, 55
Examen, d'admission des prématurés, 88; antérieur à la sortie, 41; immédiatement après la naissance, 40; des bébés, 80; du personnel, 43-44; des prématurés, 60, 62; ophthalmologique chez les prématurés, 53; fréquence des, 9, 53; pour la détermination de l'état physique, 27
Examen bactériologique des formules, 25
Examen et traitement, salle d', 21
Examens médicaux du personnel, 43-44

Famille, santé de la, 42
Fesses, soin des, 35, 81, 92
Feuille de prescriptions médicales, 101
Fiche d'admission devant accompagner chaque bébé, 78, 85
Fiches de dossier, choix des, 9
Fiches, instructions pour l'usage des, 93-95; de dossiers, 9, 52; proposées pour les dossiers de nouveau-nés, 93-106
"Fille", emploi du mot, pour la désignation du sexe, 74
Foetal, âge, 94; décès, définition, 133
Formules, addition de vitamines aux, 68; embouteillage des, 108-109, 112; refroidissement et mise en réfrigérateur des, 25, 109, 112; inspection des, 25; vérification préalable de la température des, 79, 87; préparation des, 23-25, 108, 112; de base, 37; demandes de, spéciales, 78; standard, 78

"Garçon" emploi du mot pour la désignation du sexe, 74
Gavage, 67
Gaze chirurgicale pour le soin courant de la peau, 34
Gestation, durée de la, 134

Hémoglobine, 93
Hémorragie, 33, 78
Hexachlorophène, 16
Hill-Burton Hospital Survey and Construction Act, Regulations for the administration of the, 14, 18
Horaires, des boires pour les prématurés, 69; pour l'allaitement au biberon, 37; pour l'allaitement au sein, 36; pour l'alimentation sélective, 82; pour la prise de la température, 35, 65 82, 92-93
Hospital Laundry, 40
Huile pour le soin de la peau, 34, 35, 65
Humidité, lorsqu'il y a climatisation, 15; élevée, avec oxygène, 63; dans les pouponnières de nouveau-nés, 77; dans les pouponnières de prématurés, 83; relative, dans l'incubateur, 65-66, 84, 88-89, 92
Hygiène personnelle, règles d', 109

Ictère, 64, 86
Identification, vérification de l', 85; dans la salle d'accouchement, 28; principes et procédés d', 73-76
Incubateurs, compris dans le matériel spécial, 39; soin des prématurés dans les, 62; pour les enfants nés à terme, 16; pour le maintien de la température corporelle, 26, 33, 78; pour les prématurés, 57; humidité dans les, 65-66, 88-89, 92; individuels, formant unités d'isolement, 58-59; portatifs, 61; température dans les, 65-66, 88-89, 92
Infections contagieuses, déclaration des, au directeur, 44; prévention des, 58-60; mesures en vue d'enrayer les, 32-33
Infirmière en chef, bureau pour l', 20
Infirmière licenciée au poste de surveillante, 10, 12, 54, 55
Infirmières-visiteuses, service d', 42, 70, 71
Infusions, matériel spécial pour les, 39, 57
Instructions écrites, pour le soin des prématurés, 86; pour les boires, 86-87; pour les rations lactées, 37; pour les soins de routine, 8, 51; formule pour les, 94, 101
Instructions permanentes, pour la pouponnière des nouveau-nés, 81-83; pour la pouponnière des prématurés, 91-93
International Recommendations on Definitions of Live Birth and Fetal Death, 122, 134
International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, 130, 131

Jackson, Dr Edith, 6
Journal of Pediatrics, 122
Journal of the American Medical Association, 130

Laboratoire, résultats de, 41
Lait de vache, rations à base de, 68
Lait maternel, collecte du, 37
Laryngoscope, 27
Lavage, des couches et de tout autre linge, 40; du linge pour les prématurés, 65; des vêtements nouvellement marqués, 39
Lavage des mains, avant et après le maniement de chaque bébé, 28; avant d'entrer à la pouponnière, 29; avant l'allaitement, 37; emploi de détersifs pour le, 30; dans la pouponnière de nouveau-nés, 77; dans l'unité d'observation, 31; technique du, 29-30, 84
Laverie, 22-24
Linge, lavage distinct du, pour les prématurés, 65; récipient pour le, 16, 57; soin du, souillé, 39-40; disposition du, souillé dans l'unité mère-enfant, 47, approvisionnement de, pour 24 heures, 81, 90
Lits chauffés pour le maintien de la température corporelle, 26
Lobéline, 64
Logement, condition du, 42
Losty, Margaret, 6

Maladies épidémiques, 32-33
Maladies infectieuses, mesures en vue d'enrayer les, 32-33; déclaration des, 79
Maladies parmi le personnel, déclaration volontaire des, 31, 44, 59
Manual of Housekeeping, 39
Manual of the International Statistical Classification of Diseases Injuries and Causes of Death, 122, 133
Masques, 29, 77, 109
Matériel, pour la méthode aseptique de préparation des formules, 111; pour la laverie, 23; pour établir la respiration, 27; pour la salle de préparation des formules, 23; pour la pouponnière des prématurés, 57; pour les pouponnières usuelles, 15-17; pour les unités mère-enfant, 47; pour les traitements spéciaux, 39; pour la stérilisation terminale des formules, 107-108; répartition de l'espace pour le, 14; spécial, 57; spécial pour le transport des prématurés, 61; de lavage, 23
Médecin de famille, soins donnés par le, 43
Médecin en chef, fonctions du, 8-9, 51-53, 87-89; qualités requises du, 8, 51
Médecin résident, 80, 89-90; affectation et fonctions du, 87-89; disponible en tout temps, 9; visites par le, 52
Médecins visiteurs, 80
Médicaments, pour les prématurés, 64; moment où les, doivent être commandés, 81, 90
Metrazol, 64
Modes de fonctionnement, dans les pouponnières de nouveau-nés, 77-81; dans les pouponnières de prématurés, 83-91
Mort apparente, 86
Mortalité, tableaux de données sur la, 119-136
Mortalité foetale et néonatale, tableaux de la, 119-136
McLendon, Dr Preston A., 6

Naissance d'enfant vivant, définition de l'expression, 122
Naissance prématurée, préavis à la pouponnière, 84; préparatifs en cas de, 61
National League for Nursing, 7
National Office of Vital Statistics, 122, 123, 134
Nitrate d'argent, 27, 92
Notes d'évolution, formules de, 99-100; dans le dossier de l'enfant, 41

Ophtalmie gonococcique, 27
Ophtalmie, prophylaxie contre l', 27, 92
Oxygène, concentration atmosphérique de l', 62-63, 84, 89, 92; pour les traitements spéciaux, 39; dans la salle d'accouchement, 27; dans la pouponnière des prématurés, 57; approvisionnement mobile d', 28; amené par une conduite à la pouponnière, 15; emploi de l', en cas de mort apparente, 86

Pâleur, 64, 86
Pansements pour le cordon ombilical, 28, 35, 81
Parents, demandes de renseignements de la part des, 89-90
Peau, soin de la, 34-35, 65, 81, 92; changement de couleur de la, 64, 86
Période néonatale, 121
Personnel auxiliaire, 11, 54-55
Personnel, propreté chez les membres du, 59-60; précautions essentielles de la part du, 59; examens médicaux du, 43-44; préposé au nettoyage, 39; répartition des tâches parmi le, du nursing, 10; de nursing pour l'unité d'observation, 17; proportion que doit représenter le, 11, 54; de la biberonnerie, 23; orientation du, 46; assignation d'autres tâches aux membres du, atteints de maladie, 31; restriction du, dans la répartition des tâches, 30
Pèse-bébé, 16, 35, 57
Pesée, des nouveau-nés, 35-36; des prématurés, 66; horaire de, 93
Plans de pouponnières, 114-117
Poids, en tant qu'élément des principes d'admission, 50, 83; des prématurés, à la sortie, 70; groupes de, 123; noté au dossier, 41; inscription du, 82
Poids et groupes de poids à la naissance, 122-123
Ponctions lombaires, matériel pour l'exécution des, 39, 57
Pouponnière des nouveau-nés, vérification de l'identité dans la, 75; nettoyage de la, 39; modes de fonctionnement dans la, 77-81; dispositions physiques dans la, 13-19; plans de la, 114-117; schéma pour l'évaluation de la, 137-140
Pouponnière des prématurés, fermeture de la, 59; dispositions physiques dans la, 55-57
Prescription médicale, feuille de, 101
Prises de courant électrique, 15, 57
Procedures and Layout for the Infant Formula Room, 25
Prophylaxie contre l'ophtalmie, 27, 92
Public Health Conference on Records and Statistics, 123

Rapport de visites à domicile, formule de, 106
Rations lactées, pour l'alimentation au biberon, 37-38; pour les prématurés, 67-68; préparation des, 24, 107-112; ordonnance et emmagasinage des, 80, 90
Rayons ultraviolets, 15, 60
Recommendations for Developing Comparable Statistics on Prematurely Born Infants and Neonatal Mortality, 123
Renseignements aux parents, 89-90
Répartition de la surface, dans l'unité d'observation, 17; dans les chambres

pour mère et enfants, 46; dans les pouponnières usuelles, 14; dans les pouponnières des prématurés, 56
Respiration, changement dans la, 64, 86; nécessaire pour l'établissement de la, 27
Ressuscitateur mécanique, 27
Rideaux, 15
Rooming-in, 44-48

Saignement, 64, 86
Salle d'accouchement, procédés d'identification dans la, 75; établissement de l'identité dans la, 73-74; soins immédiats dans la, 26-28; oxygène dans la, 27; transfert des nouveau-nés hors de la, 28
Salle de démonstration, 21
Salles accessoires, 20-21, 60
Sang, enlèvement du, 34, 81, 92; examen du, 93
Sarraus, 29, 47, 77
Seau à couches, pour la collecte des couches souillées, 39-40; dans la pouponnière des nouveau-nés, 16; dans la pouponnière des prématurés, 57; dans l'unité mère-enfant, 47
Sein, allaitement au, 36-37, 82
Selles, 33, 41, 64, 78, 86
Service d'hygiène publique, soins assurés par un, 43, 70-71; formule de demande de visite à domicile par un, 95, 105; visite à domicile par un, 90
Service du nursing, pour les nouveau-nés, 10-12; pour les prématurés, 53; dans le cas des unités mère-enfant, 48
Services d'hygiène, conseils fournis par les, sur les soins à domicile, 42; déclaration des maladies infectieuses aux, 32
Sexe, désignation du, 74
Shampooing, 92
Situation financière, 42
Soins à domicile, préparatifs pour les, 41-43, 70-71
Soins courants, pour les prématurés, 61-64; instructions générales pour les, 92-93; technique individuelle des, 28-30
Soins de routine, établis par le médecin en chef, 8; pour les prématurés, 51-52; journaliers, 34-41
Soins du nursing, assignation des, 11, 54
Sortie, conditions préalables à la, 69-70; diagnostic de, 9, 41, 94; moment de l'examen de, 80; pièce d'identité retenue à la, 76; avis de, 91; permis de, délivré par le bureau de comptabilité, 91; préparatifs en vue des soins à domicile, avant la, 41-42; 70-71
Standard Nomenclature of Diseases and Operations, 9, 41, 94, 131
Statistiques, 9, 52, 119-136
Stérilisation, de l'air par les rayons ultraviolets, 15; du lait maternel, 37; des formules, 24-25; du linge, 40; procédés de, 107-112
Stimulation physique, 64
Stores vénitiens, 15
Succion, appareil de, 27, 39, 57, 84
Surveillance, du service des nouveau-nés, 10; des prématurés, 85; de la pouponnière des prématurés, 54
Surveillance ultérieure, 42-43, 71
Surveillante de la biberonnerie, 22, 23

Technique des soins, 26-33, 60-64
Technique des boires, 36-37, 67
Technique du lavage des mains, 29-30, 84
Température, à l'admission, 33, 78; axillaire, 35, 65, 88, 92; changements dans la, 64, 86; traitement de la basse, 93; maintien de la, 26-27; inscription de la, dans le dossier, 41; horaire pour la prise de la, 35, 65, 82, 92-93
Température intérieure, 15, 77, 83
Tétines, 110
Thermomètres individuels, 35, 65
Tournées des salles, 9, 80, 89
Traitements pour les prématurés, 62
Transfert des enfants, 28, 61, 85
Transfusions, matériel pour les, 39, 57
Transport des enfants, 36
Troubles respiratoires, traitement des, 93

Underwriters Laboratory, 16, 26, 57
Unité d'isolement, capacité de l', 18; pour les prématurés, 58; incubateur servant d', 58-59; emplacement de l', 18; soin des bébés dans l', 12; soin des prématurés dans l', 55; dispositions physiques dans l', 19; répartition de la surface dans l', 18; transfert des bébés à l', 32
Unité d'observation, transfert de l'enfant à l', 31; pour les nouveau-nés, 17-18; pour les prématurés, 58; importance de l', 31; durée du séjour dans l', 31, 79; soin des prématurés dans l', 55; service de nursing pour l', 12; transfert des enfants malades à l', 79
Urgences, 93
Urine, 33, 41, 78
U.S. Public Health Service, 56

Ventilation, 15
Verre, emploi du, 15, 20, 56
Vêtements, 77, 84; pour enfants nés à terme, 35, 78; pour les prématurés, 65, 85-86
Visite à domicile, 95, 105-106
Visites, permises, 46; du médecin en chef, 8, 52
Visiteurs, à la pouponnière, 30; salle distincte pour les, 19
Vitamine K, 64, 92
Vitamines, addition de, aux formules, 68
Vomissements, 33, 64, 78, 86

Wallace, Helen M., 122
World Health Organization, 122, 133, 134

Yeux, examen des, des prématurés, 53; prophylaxie des, 27, 92.

BAnQ
C 000 427 686