

# Actes du Congrès Actualités Périnatales

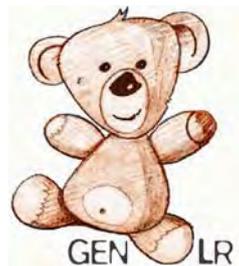
25<sup>ème</sup> édition

vendredi 8 juin 2012

Mas de Saporta, 34 - LATTES

Groupe d'Etudes en Néonatalogie Languedoc-Roussillon

\*





# Actualités Périnatales 8 juin 2012

## Sommaire.....

<b>Sommaire</b>	p.3
<b>Programme</b>	p.5
<b>Intervenants et modérateurs</b>	p.6
<b>Introduction</b>	p.7
<b>Remerciements</b>	p.9
<b>Décisions et pratiques autour de l'extrême prématurité</b> A. JACQUOT, A. LEMAITRE (Etude EPIPAGE 2, Montpellier-Nîmes)	p.11
<b>Les malpositions du pied du petit enfant Epidémiologie et organisation de la prise en charge en LR</b> D. LOUAHEM M SABAH (Montpellier)	p.21
<b>Analgsie lors de l'intubation en salle de naissance Une étude prospective randomisée régionale est lancée!</b> J. BALEINE, C MILESI (Montpellier)	p.27
<b>De la prévention précoce à la protection des enfants en danger : quelles articulations entre les professionnels de l'enfance ? Place et rôle des services départementaux et de justice.</b> A. ALAUZEN, F. TREGUIER (Juge pour enfants) (Montpellier)	P.33
<b>Evaluation des interactions précoces du nouveau-né et du nourrisson par l'échelle de Massie-Campbell</b> J. ROY (Nîmes)	p.43
<b>Concept de retrait relationnel et évaluation par l'échelle ADBB (Alarme Détresse Bébé)</b> A. GUEDENEY (Paris)	p.47
<b>L'annonce du handicap</b> P. SARDA, C. LABORDE (Montpellier)	p.57
<b>Le sommeil du prématuré</b> G. THIRIEZ (Besançon)	p.63
<b>Vaccinations des nouveau-nés et de leurs parents</b> P. CALLAMAND (Béziers)	p.69
<b>Alimentation et grossesse, le risque des extrêmes</b> A. CHARPIN (Montpellier)	p.77





## Actualités Périnatales 8 juin 2012

# Programme.....

### MATIN

#### MATIN

**8h00 Accueil - Introduction : G. Cambonie**

#### ACTUALITES PERINATALES EN REGION LR

*Modérateurs : G. Cambonie, S. Chillault, (Montpellier)*

**08h30 - 09h00** (20 min + 10 min discussion)

**Décisions et pratiques autour de l'extrême prématurité. Données régionales de l'enquête EIPAGE 2**

A. JACQUOT, A. LEMAITRE (Etude EIPAGE 2, Montpellier)

**09h00 - 09h30** (20 min + 10 min discussion)

**Les malpositions du pied du petit enfant. Epidémiologie et organisation de la prise en charge en LR.**

D. LOUAHEM M SABAH (Montpellier)

**09h30 - 10h00** (20 min + 10 min discussion)

**Analgsie lors de l'intubation en salle de naissance Une étude prospective randomisée régionale est lancée !**

J. BALEINE, C. MILESI (Montpellier)

**10h00 - 10h30** (20 min + 10 min discussion)

**De la prévention précoce à la protection des enfants en danger : quelles articulations entre les professionnels de l'enfance ? Place et rôle des services départementaux et de justice.**

A. ALAUZEN, F. TREGUIER (Juge pour enfants) (Montpellier)

**10h30 Pause et visite des exposants**

#### EVALUATION COMPORTEMENTALE DES PREMIERS MOIS

*Modérateurs : H. Daudé, MJ. Hervé, M. Bienfait (Montpellier)*

**11h00 - 11h40** (30 min + 10 min discussion)

**Evaluation des interactions précoces du nouveau-né et du nourrisson par l'échelle de Massie-Campbell**

J. ROY (Nîmes)

**11h45 - 12h30** (35 min + 10 min discussion)

**Concept de retrait relationnel et évaluation par l'échelle ADBB (Alarme Détresse Bébé)**

A. GUEDENEY (Paris)

**12h20 Déjeuner et visite des exposants**

### APRES MIDI

#### APRES MIDI

#### DE L'HOPITAL AU RETOUR AU DOMICILE

*Modérateurs : P. Thévenot (Perpignan), A. Cavalier (Sète)*

**14h15 - 14h45** (20 min + 10 min discussion)

**L'annonce du handicap**

P. SARDA, C. LABORDE (Montpellier)

**14h45 - 15h15** (20 min + 10 min discussion)

**Le sommeil du prématuré**

G. THIRIEZ (Besançon)

**15h15 - 15h45** (20 min + 10 min discussion)

**Vaccinations des nouveau-nés et de leurs parents**

P. CALLAMAND (Béziers)

**15h45 - 16h15** (20 min + 10 min discussion)

**Alimentation et grossesse, le risque des extrêmes**

A. CHARPIN (Montpellier)

**16h30 Conclusions G CAMBONIE**

**16h40 - 17h10 Assemblée générale GEN LR**



Actualités Périnatales 8 juin 2012

# Intervenants et modérateurs

***Intervenants par ordre d'apparition :***

*Dr Aurélien JACQUOT : Pédiatre, CHRU de Montpellier*

*Mme Anne LEMAITRE : Psychologue, CHRU de Montpellier*

*Dr Djamel LOUAHEM M SABAH : Chirurgien orthopédiste infantile, CHRU de Montpellier*

*Dr Julien BALEINE : Pédiatre, CHRU de Montpellier*

*Dr Christophe MILESI : Pédiatre, CHRU de Montpellier*

*Dr Anne ALAUZEN : Médecin PMI, Conseil Général 34*

*Mme Florence TREGUIER : Juge pour enfants, Montpellier*

*Dr Joël ROY : Pédopsychiatre, CHU de Nîmes*

*Pr Antoine GUEDENEY : Pédopsychiatre, Hôpital Bichat, Paris*

*Pr Pierre SARDA : Généticien, CHRU de Montpellier*

*Mme Chantal LABORDE : Psychologue, CHRU de Montpellier*

*Pr Gérard THIRIEZ : Pédiatre, CHRU de Besançon*

*Dr Pierre CALLAMAND : Pédiatre, CH de Béziers*

*Mme Aurélie CHARPIN : Interne des hôpitaux de la région sanitaire du Languedoc Roussillon*

***Modérateurs par ordre d'apparition :***

*Pr Gilles CAMBONIE : Pédiatre, CHRU de Montpellier*

*Mme Stella CHILLAULT : Cadre de santé, CHRU - IFE de Montpellier*

*Dr Hubert DAUDE : Pédiatre, CAMSP de Montpellier - Lunel*

*Dr Marie Joëlle HERVE : Pédopsychiatre, MPEA, Montpellier*

*Dr Marjorie BIENFAIT : Pédopsychiatre, CAMSP de Montpellier - Lunel*

*Dr Pierre THEVENOT : Pédiatre, CH de Perpignan,*

*Dr Ariane CAVALIER : Pédiatre, CHIBT, Sète*

# Introduction à la journée des Actualités Périnatales du 8 juin 2012

Gilles CAMBONIE

Service Pédiatrie Néonatale et Réanimations  
Hôpital Arnaud de Villeneuve, CHRU de Montpellier, Président GEN LR

\*



*Chers tous,  
Bienvenue à cette 25ème édition des Actualités Périnatales au Mas de Saporta à Lattes.*

*Notre matinée sera tout d'abord consacrée aux Actualités Périnatales en région Languedoc-Roussillon.*

*Anne LEMAITRE et Aurélien JACQUOT ouvriront les débats en présentant leur analyse sur les décisions et pratiques autour de l'extrême prématurité, selon une enquête qualitative menée aux CHU de Nîmes et Montpellier dans le cadre de l'étude de cohorte EPIPAGE 2, menée en France l'an dernier.*

*Les déformations congénitales des pieds sont fréquentes, traduisant le plus souvent une contrainte intra-utérine. Djamel LOUAHEM, orthopédiste infantile, nous présentera l'épidémiologie de ces malpositions multiples et détaillera l'organisation de leur prise en charge, par essence multidisciplinaire.*

*Les nouveau-nés, notamment quand ils naissent prématurément, nécessitent parfois une intubation rapide en salle de naissance. Julien BALEINE et Christophe MILESJ militent depuis plusieurs années pour que la douleur et le stress du nouveau-né soient pris en charge par une analgésie de*

*qualité. Dans ce contexte, ils exposeront une étude comparative entre deux sédatifs qu'ils viennent de lancer en région.*

*La protection de l'enfant est un domaine des plus complexes de notre discipline. Dans leur intervention conjointe, Anne ALAUZEN et Florence TREGUIER aborderont les liaisons hospitalières et le circuit des informations préoccupantes, en faisant référence au dernier protocole de l'enfance en danger spécifique aux hôpitaux. Des données chiffrées sur notre région seront présentées ainsi que les différentes modalités de prise en charge des enfants sous mesure de protection.*

*La 2ème partie de la matinée sera consacrée aux interactions mère-enfant, qui ont donné lieu à de nombreux travaux descriptifs ces 20 dernières années. Ce domaine est très complexe, soumis à l'influence de nombreux facteurs, mais son évaluation est primordiale pour son importance sur le développement psychoaffectif et somatique de l'enfant. Nous avons convié deux experts pour nous aider à décrypter le comportement du "tout petit" les premiers mois de vie. Joël ROY nous permettra de mieux nous familiariser avec l'échelle de Massie-Campbell, alors qu'Antoine*

*GUEDENEY nous détaillera un outil qu'il a lui-même développé dans un contexte de retrait relationnel du jeune nourrisson.*

*La préparation du retour au domicile sera au centre de nos échanges lors de la session de l'après-midi.*

*Nous avons tous été confrontés à la question, que l'on peut caricaturalement formuler en "Y-a-t-il une bonne façon d'annoncer une mauvaise nouvelle ?" Nous serons très attentifs à l'exposé de Pierre SARDA et Chantal LABORDE, qui ont une pratique régulière de cet exercice délicat en génétique médicale, dans le cadre de l'annonce d'un handicap.*

*Le retour au domicile après une longue hospitalisation soulève beaucoup d'espoir pour les parents. En pratique, cependant, les biorythmes peuvent être durablement modifiés. Gérard THIRIEZ nous apportera ses connaissances électro-physiologiques et cliniques sur le sommeil du prématuré, notamment sa cinétique avant de devenir le "long fleuve tranquille" tant espéré !*

*Elle court, elle court la rougeole... mais est-elle la seule ? Une commission régionale de la politique vaccinale a été mise en place depuis 2007, à l'initiative de la DRASS. Pierre CALLAMAND nous précisera le calendrier actuellement préconisé pour les nouveau-nés et leurs parents, ainsi que les taux de couverture vaccinale en Languedoc-Roussillon.*

*Des mauvaises surprises peuvent aussi survenir au domicile, en conséquence de comportements nutritionnels inadaptés au cours de la grossesse. Aurélie CHARPIN nous présentera un document qui illustre, à partir*

*d'un cas clinique, le lien nutrition santé. Restez jusqu'à la fin, vous ne le regretterez certainement pas!*

*En 2012, Jean-Bernard MARIETTE clôture un exercice professionnel très riche en néonatalogie, le groupe hospitalier St Pierre à la Réunion et le CHU de Nîmes pour citer les derniers services qu'il a dirigés. Participant actif à de très nombreuses commissions régionales et nationales, Jean-Bernard s'est beaucoup investi dans la vie associative, notamment la Société Française de Néonatalogie où il s'est penché avec pertinence sur les critères d'admission en néonatalogie dans le contexte de la tarification à l'activité. De longue date membre du conseil d'administration du GEN-LR, président depuis décembre 2010 du réseau périnatal Naitre et Grandir en Languedoc-Roussillon, sa compétence et sa disponibilité auront été une aubaine pour nous tous. Dans le cadre spécifique aux Actualités Périnatales, je tiens spécialement à remercier Jean-Bernard pour son aide précieuse annuelle à animer les sessions, un exercice qu'il effectuait avec beaucoup de pragmatisme et de clarté.*

*Originaire des Hautes Pyrénées, nous te souhaitons Jean-Bernard de nombreuses randonnées dans ces montagnes auxquelles tu es si attaché. Ce sont les plus belles... bien entendu!*

*Je vous souhaite à tous une excellente journée.*

*Professeur Gilles CAMBONIE*

*Président du GEN-LR.*

Nous remercions  
tous les acteurs de cette journée  
et nos fidèles partenaires qui nous aident  
à poursuivre l'organisation  
de cette journée régionale,  
lieu d'échanges fructueux et conviviaux.



# Décisions et pratiques autour de l'extrême prématurité

Présentation : Dr Aurélien Jacquot, Mme Anne Lemaître  
Service Pédiatrie Néonatale et Réanimations - CHRU de Montpellier

\*





# Décisions et pratiques autour de l'extrême prématurité. Données de l'enquête EPIPAGE 2 à Montpellier

Dr A. Jacquot, Mme Anne Lemaître

Service de Pédiatrie Néonatale et Réanimations - CHRU de Montpellier

\*

## I. l'étude EPIPAGE 2 : présentation et objectifs

---

L'étude EPIPAGE 2, étude épidémiologique sur les petits âges gestationnels, a débuté le 28 mars 2011 dans les 25 régions françaises, 22 régions de France métropolitaine et 3 régions d'outre mer. Elle concerne toutes les naissances (naissances vivantes, morts nés et interruptions médicales de grossesse) entre 22 et 32 semaines d'aménorrhée sur une période d'inclusion de 8 mois.

Les objectifs de cette étude sont les suivants :

- devenir à très long terme des enfants prématurés et des familles (11-12 ans)
- organisations des soins et pratiques médicales
- amélioration des connaissances sur l'étiologie de la prématurité et ses conséquences
- mise en place d'études qualitatives.

## II. Un projet complémentaire : EPIPAGE ETHIQUE

---

### 1. Présentation

Dans le cadre de cette étude de cohorte nationale, une étude complémentaire "EPIPAGE ETHIQUE" intitulée : "décisions et pratiques autour de l'extrême prématurité : rôle des soignants, soins palliatifs et implication des parents" a été conçue. L'investigatrice principale de ce projet était Madame le Docteur Laurence Foix-L'Hélias, pédiatre épidémiologiste, et la coordination nationale était assurée par Madame Julie Perlberg, interne de santé publique. L'organisme de rattachement était l'INSERM unité 953, recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants, à Paris. Cette étude a été financée par la Fondation de France.

Jusqu'à présent, les pratiques de prise en charge des extrêmes prématurés et leurs conditions n'ont pas été décrites en France. Le cadre législatif actuel sur la fin de vie et les soins palliatifs pédiatriques exige que la dimension éthique de l'activité de réanimation néonatale fasse l'objet d'une réflexion<sup>1</sup>.

Les extrêmes prématurés (âge gestationnel strictement inférieur à 27 SA à la naissance) représentent 0,2 à 0,3% des naissances en France. Il s'agit d'une population dont les risques de décès et de handicap sont très élevés<sup>2-4</sup>. La prise en charge de ces très petits enfants pose une

vraie question : faut-il systématiquement mettre en œuvre des techniques de réanimation ? Préserver la vie mais pas au détriment de sa qualité, éviter toute perte de chance mais refuser un acharnement thérapeutique déraisonnable, respecter l'humanité de ces enfants, être attentif à la souffrance des parents sont autant de questions auxquelles les équipes s'efforcent de répondre<sup>5</sup>. A 24-25 SA, qui correspond à la « zone grise » en France, il est difficile de choisir dans l'urgence entre la mise en route de soins actifs et le recours à des soins palliatifs pour éviter l'obstination déraisonnable<sup>6</sup>. Face à des situations cliniques identiques, les propositions de prise en charge peuvent différer selon les équipes et l'expérience de chacun. Les décisions sont actuellement prises au nom du meilleur intérêt de l'enfant et élaborées si possible en partenariat avec les parents.

## **2. Objectif principal**

L'objectif principal de l'étude "EPIPAGE ETHIQUE" était de décrire les processus de décision qui aboutissent à la survie ou au décès des enfants nés entre 22 SA et 26 SA + 6 j et de décrire leur prise en charge ainsi que les modalités pratiques de soins palliatifs quand ils sont prodigués.

## **3. Objectifs secondaires**

Les objectifs secondaires étaient de :

décrire les situations d'abstention thérapeutique et celles où des soins ont été initiés, poursuivis ou limités secondairement ;

- déterminer sur quels critères, et comment au sein de l'équipe médicale, ces décisions sont prises ;
- étudier, en cas de décès, les modalités de mise en application de la décision prise : soins de confort non médicamenteux, traitements médicamenteux, prise en compte de la douleur ;
- décrire l'état actuel des soins palliatifs mis en place pour les extrêmes prématurés pour lesquels une décision d'abstention, de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques curatives est prise ;
- déterminer le rôle des parents dans la prise de décision.

## **4. Population concernée**

La population concernée par cette étude était celle des naissances (enfants vivants ou mort nés), des morts fœtales in utero (MFIU) et des interruptions médicales de grossesse (IMG) hors anomalies constitutionnelles fœtales, survenues entre 22 SA et 26 SA + 6 j.

18 centres périnataux de type III ont participé à ce travail. Ils étaient issus de 13 régions différentes : Alsace, Auvergne, basse Normandie, Bretagne, Franche Comté, Ile de France, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Provence-Alpes Côte d'Azur, Pays De Loire, Rhône-Alpes.

En Languedoc-Roussillon, il s'agissait du CHU Carémeau à Nîmes et du CHRU Arnaud de Villeneuve à Montpellier.

## 5. Méthodologie

Les données ont été collectées à partir de questionnaires élaborés spécifiquement pour ce projet. Chaque questionnaire rempli pour chaque enfant a fait l'objet d'une rencontre individuelle entre l'enquêteur et les professionnels de soins concernés.

A Montpellier, 25 enfants ont été inclus dans cette étude "EPIPAGE ETHIQUE" entre le 28 mars et le 27 novembre 2011.

Les inclusions ont été réalisées conjointement par les équipes de maternité (Professeur Pierre Boulot) et de néonatalogie (Professeur Gilles Cambonie).

La répartition était la suivante : 8 MFIU, 1 IMG, 6 enfants décédés en salle de naissance et 10 enfants pris en charge en réanimation néonatale.

Parmi les 10 enfants hospitalisés en néonatalogie, 7 sont décédés et 3 sont sortis vivants du service.

Les données concernant le processus décisionnel pour les enfants nés vivants, ainsi que l'implication des parents et des soignants dans la réflexion éthique ont été analysées. Les résultats détaillés de cette analyse seront présentés lors de cette journée de travail.

\*

## Références

\*\*\*

- ❖ 1. Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie ; Journal Officiel de la République Française du 23 avril 2005, p7089. Site internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- ❖ 2. Larroque B, Bréart G, Kaminski M, Dehan M, André M, Burguet A et al. Survival of very preterm infants: Epage, a population based cohort study. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2004;89:F139-44.
- ❖ 3. Marlow N, Wolke D, Bracewell MA, Samara M. Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm birth. N Engl J Med. 2005;352:9-19.
- ❖ 4. Larroque B, Ancel PY, Marret S, Marchand L, André M, Arnaud C et al. Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old children born before 33 weeks of gestation (the EPIPAGE study): a longitudinal cohort study. Lancet. 2008;371:813-20.
- ❖ 5. Dageville C, Rameix S, Andrini P, Bétrémieux P, Jarreau PH, Kuhn P et al. Fin de vie en médecine néonatale à la lumière de la loi. Arch Pediatr. 2007;14:1219-30.
- ❖ 6. Moriette G, Rameix S, Azria E, Fournié A, Andrini P, Caeymaex L et al. Naissances très prématurées : dilemmes et propositions de prise en charge. Première partie : pronostic des naissances avant 28 semaines, identification d'une zone "grise". Arch Pediatr 2010;17:518-26.

\*



# Les malpositions du pied du petit enfant Epidémiologie et organisation de la prise en charge en LR

Présentation : Dr Louahem M Sabah

Service Chirurgie orthopédique pédiatrique - CHRU de Montpellier

\*





# Faut-il réaliser une analgésie du nouveau-né en salle de naissance ?

Présentation : Dr Julien Baleine, Dr Christophe Milesi  
Service Pédiatrie Néonatale et Réanimations - CHRU Montpellier

\*





# Faut-il réaliser une analgésie du nouveau-né en salle de naissance ?

Dr J.Baleine, Dr C.Milesi, Dr A.Jacquot, Dr S.Durand, Dr R.Mesnager, Pr G.Cambonie

Service de Pédiatrie Néonatale et Réanimations - CHRU de Montpellier

\*

## Abstract

---

Lors de l'intubation en salle de naissance, une anesthésie est actuellement rarement réalisée malgré les recommandations internationales. Cette procédure est à l'origine de douleur et de stress chez les nouveau-nés particulièrement vulnérables dans leur phase d'adaptation à la vie extra-utérine. L'anesthésie permet de remédier aux conséquences néfastes physiologiques accompagnant le stress, d'autre part elle améliore les conditions d'exposition de la glotte et facilite le geste. La difficulté de cette anesthésie tient à l'absence fréquente d'accès veineux en situation d'intubation semi-urgente. La littérature dans ce domaine est pauvre et il n'existe pas à ce jour de procédure validée en termes d'efficacité et de tolérance. Des pistes prometteuses sont en cours d'évaluation. Elles font appel soit à des anesthésiques volatiles, soit à des médicaments tels que le midazolam ou la kétamine en instillation intra-nasale. Les propriétés pharmacodynamiques variables chez le nouveau-né prématuré imposent la réalisation d'une ventilation assistée de quelques heures après la procédure.

Si la nécessité d'anesthésier les nouveau-nés avant de réaliser une intubation ne fait pas de doute, la séquence la plus appropriée en termes d'efficacité et de tolérance reste à définir.

**Mots clefs** : intubation, nouveau-né, salle de naissance, anesthésie, douleur.

## Introduction

---

L'intubation en salle de naissance est un geste qui reste actuellement fréquemment réalisé essentiellement dans trois circonstances :

- Chez un nouveau-né, quel que soit son terme, présentant une instabilité respiratoire malgré le recrutement alvéolaire effectué par pression positive continue nasale (PPC).
- Chez un nouveau-né prématuré présentant des signes précoces de maladies des membranes hyalines pour lesquels on décidera de réaliser une instillation prophylactique ou thérapeutique précoce de surfactant (1) (Rmq : l'intérêt ou le délai optimal de cette procédure prophylactique dépasse le cadre de ce texte).
- Dans des circonstances d'urgence comme une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine, la présence d'une inhalation méconiale ou un diagnostic anténatal d'hernie diaphragmatique. Dans

ce contexte la question de la sédation/analgésie est rendue secondaire par rapport à l'urgence à assurer une oxygénation cérébrale.

La question d'une anesthésie lors de cette procédure (hors contexte d'urgence) reste sujette à controverse en 2012. Ce thème apparaîtrait sans doute anachronique auprès d'anesthésistes, de réanimateurs adultes ou de pédiatres. Cette réticence dans la pratique néonatale est liée essentiellement à quatre raisons.

La première tient à la croyance encore tenace que le nouveau-né, particulièrement juste après la naissance ne ressent pas de douleur.

La deuxième tient à la crainte liée aux effets secondaires à court et long terme de ces psychotropes sur des cerveaux en maturation.

La troisième beaucoup plus pragmatique tient au dilemme qu'il existe entre intuber rapidement ces enfants et celui de mettre en place un accès veineux rapide propre à assurer une anesthésie de qualité et palier ses effets secondaires éventuels.

La quatrième plus stratégique consiste à analyser la balance bénéfique / risque entre les effets secondaires liés à l'intubation vigile et ceux d'une ventilation prolongée de quelques heures par l'usage de psychotropes dépresseurs respiratoires.

## **Pourquoi anesthésier les nouveau-nés lors de l'intubation ?**

---

### **1. Effet délétère de la douleur induite par l'intubation vigile**

Anand et al ont démontré depuis les années 1980 que les voies de la douleur étaient présentes dès 23 SA et que la sensibilité douloureuse était plus marquée chez les nouveau-nés prématurés (2, 3). La prise en charge de la douleur doit être un objectif de soin notamment chez les enfants avec un petit poids de naissance qui sont sujets à de nombreuses stimulations nociceptives quotidiennes. L'intubation est un geste douloureux, inconfortable, source de modifications physiologiques immédiates (4), voire de modifications comportementales à long terme (5). Elle entraîne des accès hypertensifs et des fluctuations du flux sanguin cérébral qui peuvent majorer le risque d'hémorragie intracrânienne, ainsi qu'une hyper réactivité vagale susceptible d'entraîner bradycardie et hypoxie sévères et prolongées. Un travail réalisé dans notre unité étudiant le confort chez 4 nouveau-nés prématurés lors de l'intubation montrait que sans anesthésie ceux-ci ressentaient un niveau de douleur important objectivée par un score de douleur FANS à 4,8 (0,9) (pour un seuil douloureux >3) (6) et évalué objectivement par la mesure de la conductance cutanée à 0,48 (0,4) pic/s (pour un seuil douloureux >0,21pic/s) (7). Simons retrouvait un niveau de douleur estimée par les soignants situé entre 6/10 et 10/10. (8, 9)

### **2. Amélioration des conditions techniques de l'intubation permise par une anesthésie**

Réalisée à l'état vigile, l'intubation se déroule dans des conditions techniques plus difficiles d'agitation et de mouvements de défense. Le nombre et la durée des tentatives sont majorés, enfin le risque de traumatisme des voies aériennes est accru (10, 11).

### 3. Effet d'une prolongation d'une ventilation mécanique de quelques heures

Il est actuellement difficile de comparer les bénéfices d'une durée de ventilation assistée de quelques minutes à celle de quelques heures. Ce bénéfice est d'autant plus difficile à affirmer que la durée moyenne de ventilation mécanique des nouveau-nés intubés et bénéficiant d'une instillation prophylactique de surfactant varie entre 33 et 48 heures. (12-14)

### 4. Les recommandations

Une conférence de consensus internationale établie en 2001 retient que l'absence de sédation et/ou d'analgésie devrait se limiter aux intubations réalisées en extrême urgence (3) L'utilisation d'une prémédication pour les intubations semi-urgentes ou programmées chez les nouveau-nés améliore les conditions d'intubation (moins de tentatives et durée d'exposition de la glotte raccourcie) et moins de fluctuation physiologique et douloureuse (grade B)

### 5. La "vraie vie"

En 2000, Debillon et al. retrouvaient que seuls 38 % des 143 unités de soins intensifs françaises administraient un antalgique avant une intubation trachéale (15). Si l'application de protocoles de sédation-analgésie s'est depuis systématisée dans ces unités, l'utilisation de tels protocoles dans les salles de naissance reste encore marginale. Les nouveau-nés présentant une détresse respiratoire en salle de naissance sont intubés sans analgésie ou sédation dans 79 % des maternités françaises (16). La cause la plus souvent avancée est le manque de temps nécessaire à la pose d'une voie d'abord veineuse et à la préparation des médicaments.

### 6. Les différents types d'anesthésie en salle de naissance

La situation idéale mise en œuvre par certaines équipes consiste à mettre en place une voie veineuse le plus rapidement possible en salle de naissance ou après un transfert immédiat dans le service de néonatalogie par une puéricultrice. La prémédication avant intubation est par la suite assurée par voie veineuse. L'analyse des pratiques montre que cette solution est actuellement rarement réalisée et demande un niveau d'organisation structurelle et humaine élevé. Afin de répondre à la pratique courante de l'intubation de nouveau-né prématuré sans accès veineux plusieurs modalités ont été étudiées : les voies d'administration possibles comprennent la voie inhalée, la voie nasale et la voie intrarectale.

#### - Voie inhalée :

L'intérêt de cette voie d'administration tient à la disparition rapide des effets dépressifs respiratoires après l'arrêt de la procédure et à la possibilité d'extuber rapidement ces enfants une fois l'injection de surfactant réalisée. Hassid et al ont rapporté l'utilisation de sevoflurane. La qualité d'intubation était bonne mais les auteurs déploraient la fréquence d'épisode de désaturations (37,5%) et d'hypotensions artérielles (37,5%) (17). Milési et al relataient leur expérience concernant l'utilisation d'un mélange équimolaire de protoxyde d'azote et d'oxygène

dans une population prématurée. La tolérance était bonne mais cette procédure ne permettait pas d'obtenir une sédation efficace chez un quart des enfants. (18)

- **Voie nasale :**

La voie nasale offre une alternative attrayante par sa simplicité et sa rapidité d'action. Plusieurs médicaments peuvent être utilisés par cette voie comme le midazolam, la kétamine ou encore le fentanyl. Une critique peut être faite avec l'usage de ces différents médicaments à savoir la pharmacodynamie très variable chez les nouveau-nés prématurés qui contraint à poursuivre la ventilation assistée pendant quelques heures.

Concernant le midazolam, son utilisation par voie nasale a déjà fait l'objet d'évaluation dans l'anxiolyse de l'enfant et permet également le traitement des crises convulsives en contexte d'urgence (19). La bonne biodisponibilité et l'administration sans délai par cette voie d'administration permettraient une prise en charge adéquate. Dans un travail en cours de publication réalisé chez 27 nouveau-nés de 29 (27-33) SA, l'administration intranasale de 0,1mg/kg de midazolam montrait que l'intubation était réalisée avec un niveau de confort satisfaisant objectivé par un score FANS de 2(1-3), pour un seuil d'inconfort > 3, et un Pain monitor™ de 0,1(0,1-0,3) pic/s, pour un seuil de douleur >0,2 pic/s (7) . Les conditions d'intubation étaient bonnes avec un délai sédation-intubation de 4,8 (3-9) minutes, un nombre de tentative de 1(1-2) et une durée d'exposition de glotte de 31(23-55) secondes. La tolérance était bonne, il était néanmoins enregistré une diminution de la tension artérielle de 39(34-44) à 28 (25-33) mmHg ( $p < 0,05$ ). (20)

Concernant le fentanyl, ce médicament est couramment utilisé chez l'enfant par voie nasale à la dose de 1 à 2 microg/kg avec un délai d'action de 10 min. A ce jour, il n'y a pas de travaux utilisant ce médicament en salle de naissance (21)

La kétamine, antagoniste du récepteur N-méthyl D-Aspartate (NMDA), est un anesthésique particulièrement adapté du fait de sa rapidité d'action. Sa tolérance est satisfaisante sur le plan hémodynamique et respiratoire, et son emploi compatible avec la persistance d'un réflexe de protection des voies aériennes. Elle a des propriétés sédatives et analgésiques. Plusieurs études ont été réalisées chez des enfants et nouveau-nés y compris en administration intra-nasale. La posologie de 2 à 4 mg/kg de kétamine standard est utilisée pour cette voie d'administration. Des études expérimentales chez les muridés ont suggéré une neurotoxicité comparable à celle observée avec l'isoflurane ou les benzodiazépines pour des doses élevées et /ou répétées. Ces données n'ont pas été retrouvées pour des posologies plus faibles et ne peuvent être extrapolées au nouveau-né (22). Une propriété anti-inflammatoire induisant un certain degré de neuroprotection a également été évoquée. Actuellement un travail prospectif randomisé comparant l'efficacité et la tolérance à court moyen et long terme du midazolam et de la kétamine intranasal est en cours. (EudraCT 2011-003216-23)

- **La voie rectale :**

Si cette voie est simple d'utilisation, elle reste très aléatoire dans son efficacité. Cette variabilité est liée à une pharmacodynamie variable, les doses injectées sont partiellement évacuées ou mélangées au méconium. Les médicaments utilisables par cette voie comprennent les mêmes que ceux utilisés par voie nasale.

## Conclusion

---

Si l'intérêt d'anesthésier les nouveau-nés avant une intubation semi-urgente en salle de naissance paraît établi, sa réalisation est délicate et il reste à définir la procédure la plus adaptée en termes d'efficacité et de tolérance. Cette anesthésie permet un meilleur confort de l'enfant et améliore les conditions d'intubation. Le "prix à payer" de ces avantages est celui d'une ventilation assistée de quelques heures.

\*

## Références

\*\*\*

- ❖ (1) Yost C, Soll R (2000) Early versus delayed selective surfactant treatment for neonatal respiratory distress syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* CD001456.
- ❖ (2) Marshall T.A, Deeder R, Pai S, Berkowitz GP, Austin TL (1984) Physiologic changes associated with endotracheal intubation in preterm infants. *Crit Care Med* 12: 501-3.
- ❖ (3) Anand K.J (2001) Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. *Arch Pediatr Adolesc Med* 155: 173-80.
- ❖ (4) Carbajal R, Eble B, Anand K.J (2007) Premedication for tracheal intubation in neonates: confusion or controversy? *Semin Perinatol.* 31: 309-17.
- ❖ (5) Anand K.J, Hickey P.R (1987) Pain and its effects in the human neonate and fetus. *N Engl J Med* 317: 1321-9.
- ❖ (6) Milesi C, Cambonie G, Jacquot A et al (2010) Validation of a neonatal pain scale adapted to the new practices in caring for preterm newborns. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 95: F263-6.
- ❖ (7) Storm H (2008) Changes in skin conductance as a tool to monitor nociceptive stimulation and pain. *Curr Opin Anaesthesiol.* 21: 796-804.
- ❖ (8) Simons S, van Dijk M, Anand KS, et al (2003) Do we still hurt newborn babies? A prospective study of procedural pain and analgesia in neonates. *Arch Pediatr Adolesc Med.*157:1058–64.
- ❖ (9) Klosowski S, Morisot C, Truffert P et al (2003) Enquête multicentrique sur la prise en charge médicamenteuse de la douleur en néonatalogie dans le Nord-Pas-de-Calais. *Arch Pediatr.* 10:766–71.
- ❖ (10) Whyte S, Birrell G, Wyllie J. (2000) Premedication before intubation in UK neonatal units. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 82: F38-41.
- ❖ (11) O'Donnell CP, Kamlin CO, Davis PG, Morley CJ (2006) Endotracheal intubation attempts during neonatal resuscitation: success rates, duration, and adverse effects. *Pediatrics.* 117: e16-21.

- ❖ (12) Koch L, Frommhold D, Beedgen B et al (2010) Prophylactic Administration of Surfactant in Extremely Premature Infants Crit Care Res Pract. Published online 2010 June 7
- ❖ (13) The Texas Neonatal Research Group (2004) Early surfactant for neonates with mild to moderate respiratory distress syndrome: A multicenter randomized trial. Journal of Pediatrics 144: 804-8.
- ❖ (14) Dani C, Bertini G, Pezzati M, et al (2004) Early extubation and nasal continuous positive airway pressure after surfactant treatment in preterm infants of less than 30 weeks' gestation. Pediatrics.113:e560-3
- ❖ (15) Debillon T, Bureau V, Savagner C et al (2002) Pain management in French neonatal intensive care units. Acta Paediatr. 91:822-6.
- ❖ (16) Walter-Nicolet E, Flamant C, Négréa M et al.,(2007) Sédation-analgésie avant intubation trachéale en réanimation néonatale et en salle de naissance : pratiques en France métropolitaine. Arch Pediatr. 14: 144-9.
- ❖ (17) Hassid S, Nicaise C, Michel F, Vialet R, Thomachot L, Lagier P, Martin C (2007) Randomized controlled trial of sevoflurane for intubation in neonate. Pediatric Anesthesia.17: 1053-58
- ❖ (18) Milesi C, Pidoux O, Sabatier E et al. (2006) Nitrous oxide analgesia for intubating preterm neonates: a pilot study. Acta Paediatr. 95: 1104-8.
- ❖ (19) Hubert P Parain D, Vallée L (2009) Prise en charge d'un état de mal épileptique de l'enfant. Rev Neurol. 165: 390-7
- ❖ (20) Baleine J, Milési C, Jacquot A, Cambonie G. Sédation par midazolam intranasal pour l'intubation des nouveau-nés en salle de naissance Présentation orale JFRN 2011
- ❖ (21) Mudd. S (2011) Intranasal Fentanyl for Pain Management in Children: A Systematic Review of the Literature. J Pediatr Health Care. 25: 316-22
- ❖ (22) Anand K.J. and S.G. Soriano (2004) Anesthetic agents and the immature brain: are these toxic or therapeutic? Anesthesiology. 101: 527-30.

\*

# De la prévention précoce à la protection des enfants en danger

Nécessaire articulation entre les professionnels de l'enfance. Place et rôle des services départementaux et de justice.

Présentation : Dr Anne Alauzen et Mme Florence Treguier

PMI Conseil Général de l'Hérault, Tribunal pour enfants de Montpellier

DIAPORAMA\*





# Evaluation des interactions précoces du nouveau-né et du nourrisson par l'échelle de Massie Campbell

Présentation : Dr Joël Roy

Service de Pédiopsychiatrie - CHU de Nîmes

\*





# Massie Campbell et analyse des interactions précoces

Joël Roy  
Service de Pédiopsychiatrie, CHRU de Nîmes  
\*

Les troubles du développement du bébé trouvent leur origine dans une association complexe de déterminants somatiques, psychologiques et sociaux. Dans les années 80, la mise en perspective et l'analyse des interactions entre bébé et parents a introduit un nouveau maillon entre les difficultés relationnelles des adultes (anxiété, dépression, carence sociale ou éducative...) et l'émergence de troubles du développement des bébés.

Les notions d'interactions comportementales, fantasmatiques, imaginaires se sont développées dans le même temps, ainsi que l'introduction du bébé comme acteur de ces interactions (théorie de l'attachement). L'accordage affectif (D.Stern) tente de relier les différents canaux d'interactions : regard, voix, contact physique, émotions, portage.

Plusieurs types de méthode ont été proposés pour analyser les interactions comportementales : observation en milieu naturel (autour du bain, du repas, du jeu...), en situation expérimentale (Strange situation, still face, examen pédiatrique...) Pour chacune, il a été proposé des méthodes quantitatives (micro analyse à partir de séquences filmées) ou des méthodes qualitatives par cotateurs externes (vitres sans teint, observateurs neutres) ou par les intervenants aux interactions.

Dans le cadre de la deuxième enquête nationale Epipage, sur la prématurité, un projet complémentaire (OLYMPE) tend à analyser le vécu des parents en post partum et particulièrement la qualité des interactions mère-bébé prématuré. L'hypothèse sous jacente étant que les retards de développement observés à 5 ans chez 40% des prématurés pourraient trouver en partie leur origine dans une inadéquation précoce des interactions.

Le choix de l'échelle d'évaluation des interactions a reposé sur plusieurs contraintes :

- Utilisation en milieu pédiatrique, sur plusieurs sites
- Sans ajout technique trop complexe (sans vidéo, ni examen pédiatriques spécifique type Brazelton...)
- Réalisable sans une formation spécifique pour pouvoir ensuite l'utiliser en pratique de routine pédiatrique.
- Avec une bonne acceptabilité par les familles.

Nous nous proposons d'illustrer ce travail par quelques exemples de relations précoces bébés-parents.

## MODE D'UTILISATION DE LA TABLE D'EVALUATION APS

HENRY MASSIE, M.D. & B. K. CAMPBELL, PH.D.

© 2007 Nouvelle Edition, Henry N. Massie, M.D. et B. Kay Campbell, Ph.D.

### **Introduction**

*La Table d'Evaluation de l'Attachement Pendant le Stress s'utilise avec de jeunes enfants depuis la naissance jusqu'à l'âge de 18 mois afin de déceler une réaction anormale mère-jeune enfant au cours de situations bénignes à modérément stressantes. La table quantifie le processus réciproque d'attachement mère-jeune enfant alors que ce dernier est sous le stress d'un examen médical courant. On peut également utiliser la table d'évaluation au cours d'autres situations qui provoquent un état de tension chez la mère et le bébé. Lorsqu'ils sont stressés, les jeunes enfants recherchent naturellement la présence de leur mère ; les mères recherchent naturellement la présence de leur enfant et les réconfortent quand elles les perçoivent en danger ou en détresse. De telles interactions relèvent de la catégorie générale des comportements d'attachement. La table comprend six modalités d'attachement fondamentales : la fixation du regard, l'expression vocale, le contact physique, l'étreinte, l'affect et la proximité. Ces modalités sont subdivisées en composants et correspondent aux réactions mère-jeune enfant observées cliniquement au cours de situations stressantes qui suscitent un état de tension et d'anxiété chez la mère et/ou l'enfant. Les réactions dans chaque modalité sont graduées de 1 à 5 pour indiquer l'intensité croissante de la relation mère-jeune enfant qui peut subvenir durant un épisode de stress. De manière générale, le comportement à la basse extrémité de la table d'évaluation (1) indique l'isolation ou l'abstention anormale face à l'attachement, et les réactions à la haute extrémité (5) indiquent le comportement anxieux ou l'état affectueux anormal. La partie du haut de la table d'évaluations établie sur une page unique quantifie le comportement de l'enfant avec sa mère et la partie du bas quantifie le comportement de la mère avec le jeune enfant pendant la situation stressante.*

### **Applications**

*La Table APS s'utilise lors de l'examen pédiatrique ainsi que lors d'autres situations où se produit un état de stress relativement courant chez les parents et les bébés. Par exemple, ceux qui exercent dans des centres pour la santé mentale ou la protection infantile peuvent utiliser la table afin d'évaluer l'attachement mère-jeune enfant au moment des retrouvailles qui suivent l'état de stress causée par leur brève séparation. De plus, il se produit souvent un état de tension légère et un recouvrement lorsque, à la sortie de son bain, le bébé est soulevé hors de l'eau, séché et habillé. Quel que soit le cadre dans lequel elle est utilisée, la table peut remplir certaines ou toutes les fonctions suivantes :*

*Organiser et noter l'évaluation du clinicien quant-à l'adéquation des réactions dyadiques entre la mère et jeune enfant*

- 1. Documenter le besoin de soins psychologiques et de ceux reliés au développement dans le but de prévenir la cristallisation des modes pathologiques d'interaction sociale.*
- 2. Documenter l'efficacité des efforts d'intervention précoces en notant l'amélioration des indicateurs cliniques d'attachement lorsqu'ils sont utilisés longitudinalement durant les 18 premiers mois dans des relations mère-jeune enfant anormales.*
- 3. Instruire en augmentant la perception du clinicien et du parent quant aux composants de l'interaction mère-jeune enfant, base fondamentale du développement psychologique.*

### **Mode d'Utilisation pour l'Application et l'Evaluation**

*Le Clinicien procède à l'examen ou tout observateur indépendant peut appliquer la table APS dans la clinique pédiatrique. D'une manière générale, on n'informerait pas la mère des détails de l'observation de sorte qu'elle ne puisse modifier son attitude habituelle ; pour la même raison, l'examineur pourra juger bon de laisser la mère tenir le bébé ou de l'installer sur la table d'examen.*

En utilisant la table on observera l'interaction mère-enfant PENDANT que l'enfant subit l'examen pédiatrique (l'épisode de stress) et IMMEDIATEMENT APRES (l'épisode de retrouvailles et de recouvrement). Utilisés ensemble, ils constituent la SEQUENCE STRESS/RECOUVREMENT. Dans la plupart des examens pédiatriques, la dernière phase comprend l'examen de la tête, des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge. En général, cet examen prend 3 minutes et représente la phase la plus difficile pour la mère et l'enfant. La période qui suit immédiatement cette phase (environ 3 minutes) constitue le moment où la mère et l'enfant se retrouvent et où l'état de tension s'apaise. Il existe également, dans des environnements non-pédiatriques, une montée et une chute de l'état de tension autour d'un évènement stressant. On effectue l'évaluation en portant l'attention sur la période de stress la plus intense (par exemple, les 3 dernières minutes de l'examen pédiatrique) et sur la période de baisse de l'état de tension (les 3 premières minutes de la phase de recouvrement). IMMEDIATEMENT APRES AVOIR OBSERVE LA SEQUENCE STRESS/RECOUVREMENT, on notera d'un cercle la description comportementale la mieux appropriée à la réaction de la mère et de l'enfant dans chaque modalité d'attachement au cours de la séquence. Il peut quelquefois exister une incertitude quant-à la description exacte qui doit être notée d'un cercle. Dans ce cas, la personne responsable de l'évaluation devra sélectionner celle qui est la plus approchée et pourra choisir d'ajouter une note explicative en marge. Dans le cas où une modalité d'attachement déterminée, telle que l'étreinte, n'est pas apparue, on entourera la mention "non-observée" de sorte qu'une annotation figure dans chaque catégorie.

#### **Définitions opérationnelles**

**Etreinte** : la posture que la mère et l'enfant s'accordent mutuellement lorsque l'enfant se trouve dans les bras de sa mère.

**Fixation du regard** : le contact direct du regard dans une dyade et le maintien de ce contact.

**Expression vocale** : l'expression vocale de sons au profit du partenaire dans la dyade mère-enfant. On estime que les pleurs de l'enfant sont un indicateur vocal de désarroi pendant le stress qui indique à la mère son intensité.

**Contact physique (a)** : le contact direct physique entrepris soit par la mère soit par l'enfant pour jouer ou avoir de l'attention sans soutien physique.

**Contact physique (b)** : le retrait du contact direct physique entrepris soit par la mère soit par l'enfant.

**Affect** : les expressions faciales indiquant les états émotifs. Une expression neutre n'est pas inhabituelle ni anormale pour un individu en état de stress.

**Proximité** : l'état d'être proche près de, ou à coté d'un autre. Dans le contexte de la table APS, ce terme fait référence à l'enfant qui maintient soit le contact physique soit le contact visuel avec la mère, et à la mère qui maintient le contact physique ou qui se trouve à portée immédiate de l'enfant.

**Rarement** : le comportement se présente une fois en passant, ou peu souvent ; il ne se produit pas souvent pendant la période d'observation.

**Occasionnellement** : le comportement se présente de temps à autre et de temps en temps durant la période d'observation.

**Fréquemment** : le comportement se produit souvent mais pas tout le temps de la période d'observation.

#### **Interprétation de l'Evaluation**

En général, on évalue les comportements normaux à 3 et 4 sur la table. Lorsqu'un jeune enfant ou une mère a une évaluation à 1 ou 2, cela suggère la possibilité que l'enfant ou la mère évite le contact ou ne réagisse pas à la manifestation de tension de l'autre ni aux tentatives d'attachement. Dans le cas d'une évaluation à 5, on devrait s'inquiéter de savoir s'il existe une intense interaction accompagnée d'extrême anxiété ou une profonde et rare réaction au stress. De plus, dans le cas de dyades où un membre est évalué à 1 ou 2 et l'autre à 5, il existe une dis synchronie qui peut avoir une signification pathologique. En tirer une évaluation unique ou "correcte" ne représente pas l'utilisation propre de la table. Afin d'interpréter les évaluations avec la plus grande efficacité, on se servira des indicateurs d'attachement comme guide en vue de l'adéquation de l'interaction dans une paire donné mère-enfant. Des études montrent qu'un attachement déviant est associé à des retards subséquents dans le développement psychomoteur, à un moyen intrapsychique et pathologique de diriger l'état de tension et d'agression et à

*l'incapacité de remettre à plus tard les plaisirs, tout ceci se produisant avec les troubles du comportement qui les accompagnent. Lorsque des comportements de 1, 2 ou 5 surviennent au cours de 2 observations successives, on procède à une modification du diagnostic puisque, une fois établis, les modèles nuisibles d'interaction mère-jeune enfant offrent peu de changement à moins d'une intervention thérapeutique. L'exception se présente chez les très jeunes enfants ou bébés prématurés qui ont une réaction atténuée normale. Ils peuvent avoir une évaluation à 2 pour la fixation du regard, l'expression vocale, le contact physique (a) et la proximité dans leurs premières semaines de vie.*

#### **Variables**

*La capacité d'un jeune enfant à supporter l'état de tension ou à réagir au réconfort peut être affectée par la maladie ou la faim. De même, les aptitudes de la mère peuvent être affectées par des perturbations simultanées dans son existence. Les notes du dossier médical devront le mentionner et la table APS pourra donc permettre l'évaluation de l'aptitude de la mère et du jeune enfant à compenser le stress supplémentaire, ou de leur vulnérabilité à l'absence de compensation ainsi que des comportements traumatiques qui s'ensuivent. D'autre part, un examen médical éprouvant peut intensifier le stress lors d'évènements habituels. Dans le cas où des circonstances inhabituelles se présentent lors de l'évaluation, il faudra donner une brève explication dans la case prévue à cet effet au bas de la table. En règle générale, les pères accompagnent moins fréquemment que les mères leurs enfants mais la table APS peut être utilisée avec efficacité pour évaluer l'interaction père-enfant. Lorsque les enfants ont dépassé l'âge de 18 mois, leur comportement devient de plus en plus complexe et l'utilisation de la table APS est moins importante.*

HENRY MASSIE, M.D. & B. K. CAMPBELL, PH.D.

© 2007 Nouvelle Edition, Henry N. Massie, M.D. et B. Kay Campbell, Ph.D.

**TABLE D'EVALUATION APS**  
**TABLE MASSIE-CAMPBELL DES INDICATEURS**  
**D'ATTACHEMENT MERE-JEUNE ENFANT PENDANT LE STRESS**  
 A Utiliser Lors de l'Examen Pédiatrique et d'Autres Situations Stressantes Relatives  
 à la Protection Infantile Comportement du Jeune Enfant Dans Une Situation de Stress

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	X
FIXATION DU REGARD	Détourne toujours le regard du visage de sa mère.	Recherche rarement le visage de sa mère. Regards furtifs sur le visage de sa mère.	Regarde de temps à autre le visage de sa mère.	Fixe fréquemment du regard le visage de sa mère sur de longues et courtes durées.	Fixe du regard le visage de sa mère pendant de longs moments.	Comportement non observé.
EXPRESSION VOCALE	Silencieux. Ne prononce jamais un son.	S'exprime ou pleurniche rarement.	S'exprime ou pleure doucement de temps à autre.	Expression vocale ou pleurs intenses fréquents.	Pleurs intenses et incontrôlables la plupart du temps.	Comportement non observé.
CONTACT PHYSIQUE (a)	Jamais ne touche ni ne tend les bras vers sa mère.	Touche rarement sa mère.	Touche sa mère de temps à autre.	Tend les bras vers sa mère et la touche fréquemment	Touche toujours sa mère lorsqu'il en est à proximité.	Comportement non observé.
CONTACT PHYSIQUE (b)	S'éloigne et se retire toujours du toucher de sa mère.	S'éloigne et se retire fréquemment de son toucher.	S'éloigne et se retire de temps à autre de son toucher.	S'éloigne et se retire rarement de son toucher	Ne s'éloigne ni se retire jamais de son toucher	Comportement non observé.
ETREINTE	Résiste violemment à toute étreinte; se cambre et s'éloigne toujours de sa mère.	Ne se détend pas dans les bras de sa mère. Se retire et s'en éloigne fréquemment.	Se repose dans les bras de sa mère et contre son épaule. Se retire et s'en éloigne de temps à autre.	Le corps se confond à celui de sa mère. Se retire et s'en éloigne rarement.	Tourne et cambre son corps avec détermination vers celui de sa mère. S'accroche fortement ne s'en éloigne rarement.	Comportement non observé.
AFFECT	Toujours intensément angoissé et craintif.	Fréquemment irritable, craintif. ou apathique.	Démontre une angoisse et/ou un plaisir modérés de façon périodique; ou bien réaction ambiguë.	tension rare; sourit beaucoup.	Sourit toujours	Comportement non observé.
PROXIMITE	Ne suit jamais sa mère du regard ou physiquement; se réfugie au coin le plus éloigné ou sort de la pièce.	Suit rarement sa mère du regard ou physiquement; se réfugie souvent au coin le plus éloigné de la pièce pour distancer sa mère.	Suit sa mère du regard ou physiquement de façon périodique.	Suit fréquemment sa mère du regard ou physiquement.	Suit toujours sa mère du regard ou physiquement.	Comportement non observé.

## Réaction de la Mère au Stress de l'Enfant

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	X
FIXATION DU REGARD	Détourne toujours le regard du visage de l'enfant.	Regarde rarement le visage de l'enfant. Regards fugitifs sur le visage de l'enfant.	Regarde de temps à autre le visage de l'enfant.	Fixe fréquemment du regard le visage de l'enfant sur de longues et courtes durées.	Fixe du regard le visage de l'enfant pendant de longs moments.	Comportement non observé.
EXPRESSION VOCALE	Silencieuse. Ne prononce jamais un son.	Parle, marmonne ou murmure rarement.	S'adresse vocalement à l'enfant de temps à autre.	Parle, murmure ou marmonne fréquemment.	S'exprime intensément d'un bout à l'autre.	Comportement non observé.
CONTACT PHYSIQUE (a)	Jamais ne touche ni ne tends les bras vers l'enfant.	Touche rarement l'enfant.	Touche l'enfant de temps à autre.	Tend les bras vers l'enfant et le touche fréquemment.	Touche toujours l'enfant lorsqu'elle en est à proximité.	Comportement non observé.
(b)	S'éloigne et se retire toujours du toucher de l'enfant.	S'éloigne et se retire fréquemment de son toucher.	S'éloigne et se retire de son toucher de temps à autre.	S'éloigne et se retire rarement de son toucher.	Ne s'éloigne ni se retire jamais de son toucher.	Comportement non observé.
ETREINTE	Repousse l'enfant contrarié ou le maintient éloigné physiquement.	Tient l'enfant avec raideur et maladresse. N'est pas détendue.	Tient l'enfant de façon détendue contre sa poitrine ou son épaule pendant un court instant.	Le corps se confond à celui de l'enfant et maintient contact jusqu'à ce que l'enfant se calme.	Le corps se penche vers l'enfant et il s'ensuit une étreinte prolongée avec moulage des corps.	Comportement non observé.
AFFECT	Toujours intensément angoissée et craintive.	Fréquemment irritable, craintive ou apathique ou bien réaction ambiguë.	Démontre une angoisse et/ou un plaisir modéré de façon périodique.	Tension rare; sourit beaucoup.	Sourit toujours.	Comportement non observé.
PROXIMITE	Quitte la salle.	Fréquemment hors de portée de l'enfant; ou bien au coin le plus éloigné de la pièce pour distancer l'enfant.	Debout ou assise de façon périodique à portée de bras de l'enfant.	Fréquemment en contact physique avec l'enfant.	Toujours en contact physique avec l'enfant.	Comportement non observé.

HENRY MASSIE, M.D. &amp; B. K. CAMPBELL, PH.D.

© 2007 Nouvelle Edition, Henry N. Massie, M.D. et B. Kay Campbell, Ph.D.

# Concept de retrait relationnel et évaluation par l'échelle ADBB (Alarme Detresse Bébé)

Présentation : Pr Antoine Guedeney

Service de Pédiopsychiatrie - Hôpital Bichat, Paris  
ARTICLE





# L'annonce du handicap

Présentation : Pr Pierre Sarda, Mme Christine Laborde

Service de génétique médicale - CHRU de Montpellier

\*





## Annonce du diagnostic

Pierre Sarda et Chantal Laborde

## Ce qu'il ne faut pas faire

- Annonce à une femme enceinte d'un diagnostic prénatal
- Annonce à une mère d'un diagnostic pour son enfant

### Référentiel pour l'annonce d'un diagnostic génétique

Il faut penser en terme de "processus d'annonce" : l'annonce diagnostique doit en effet être anticipée dès les premières consultations.

- Ainsi, "l'avant annonce"
  - « L'annonce proprement dite »
  - et "l'après annonce"
- sont à considérer avec autant d'importance

## "l'avant annonce"

Se poser les questions

- Pourquoi entrer dans un processus de diagnostic? (bénéfice?)
- A quel moment ? (ni trop tôt ni trop tard – attachement mère enfant+++)
- Pour qui ? (enfant, parents, fratries, apparentés?)
- Prendre en compte le contexte (annonce attendue ou non ?).

## Le moment de l'annonce

- Qui? (médecin et psychologue)
- Ou? (lieu calme)
- Comment? (lors d'une consultation dédiée à l'annonce, obligation légale+++°)

## Et après l'annonce

- Donner des explications claires, choisir ses mots
- Apprécier l'impact de l'annonce sur la famille
- Proposer de revoir la famille avec une psychologue, débiter un suivi
- Proposer une prise en charge
- Donner des informations complémentaires adaptées (réseau, association, ...)
- Être « soutenant »



# Le sommeil du prématuré

Présentation : Pr Gérard Thiriez

Service de Pédiatrie - CHRU de Besançon

DIAPORAMA\*





# Vaccination autour de la naissance

Dr Pierre Callamand

Service Pédiatrie - CH de Béziers

\*





# Vaccination autour de la naissance

Dr Pierre Callamand

Service Pédiatrie - CHU de Beziers

\*

## Introduction

---

Les vaccins autour de la naissance s'adressent aussi bien aux parents qu'aux professionnels et bien sur aux nouveaux nés

**Le principe essentiel est celui du cocooning** : en vaccinant l'entourage du nouveau-né, on favorise sa protection contre les maladies infectieuses dans les premiers mois de sa vie. Période où il est particulièrement vulnérable du fait d'une immaturité de ses systèmes de défenses.

Les vaccins peuvent être réalisés par les médecins (pédiatres, gynécologues obstétriciens, médecins généralistes) les sages femmes (arrêté du 22 mars 2005) et les puéricultrices et infirmières par délégation

Vaccinations pouvant être réalisées par les sages femmes :

- Chez les mères : rubéole, diphtérie, tétanos, poliomyélite, HVB, grippe, rappel coqueluche
- Chez les nouveaux nés : HVB, BCG

## Vaccination contre l'hépatite virale B (HVB)

---

Faible risque de transmission materno-fœtale

Fort risque de transmission per partum, avec une évolution vers la chronicité importante

### Transmission materno-infantile du VHB En zone d'hyper-endémie (Taïwan)

Mère AgHBs + et multiplication virale	Contamination infantile
Aucune prévention	90 %
Ig (3 doses)	23 %
Vaccin (3 doses)	20 %
Ig (1 dose) + vaccin (3 doses)	14 %

↓ Incidence du carcinome hépatocellulaire

Efficacité de la sérovaccination anti HVB = 90 %

## Séro-vaccination VHB (1)

### A qui le faire ?

Tout enfant né de mère AgHBs +

### Quel schéma ?

Ig anti-HBs (100 UI) à J0

Vaccin anti-VHB (enfant) à J0, M1 et M6

### Quelle efficacité ?

< 100 %

Vérification Ac anti-HBs chez l'enfant (> 10 mUI/ml)

L'allaitement maternel n'est pas contre indiqué chez les mères AgHBs +, sauf en cas de traitement anti viral

## Vaccination contre la tuberculose

Levée de l'obligation vaccinale (décret du 17 juillet 2007)

- Épidémiologie française
- Expérience des pays étrangers
- Notion de population à risque
- BCG = vaccin égoïste par excellence
  - Efficacité vis-à-vis des formes graves (miliaires et méningites)
  - 2 500 vaccinés préviennent 1 méningite tuberculeuse en population pédiatrique
  - Efficacité de moins de 50 % sur les autres formes de tuberculose

### Les jeunes enfants sont la population à risque pour les formes sévères extra pulmonaires de tuberculose

Les enfants vivant au dessous du seuil de pauvreté qu'ils soient français ou venant de pays de forte endémie, sont particulièrement à risque :

- Enfant né dans un pays de forte endémie
- Enfant dont au moins un des parents est originaire de l'un de ces pays
- Enfant devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays
- Enfant résidant en île de France ou en Guyane
- Enfant ayant un ATCD de tuberculose dans la famille
- Enfant dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au BK

**Chez les enfants à risques élevé de tuberculose, la vaccination doit être réalisée au plus tôt, si possible à la naissance ou au cours du premier mois de vie (sans IDR au préalable)**

Contre indication du BCG en maternité :

- NN de mère HIV+
- déficit immunitaire cellulaire congénital

### **Vaccination contre la coqueluche**

---

Une augmentation des cas chez les nourrissons de moins de 6 mois

Des formes potentiellement graves chez ces jeunes nourrissons

- Première cause de décès par infection bactérienne communautaire dans les 2 premiers mois de vie (hors contexte NN)
- Contamination par un de ses deux parents : 7 cas sur 10

**Rappel coqueluche des adultes (si non fait depuis 10 ans) notamment si projet parental**

Vaccination des mères en post partum immédiat, si non fait avant le début de la grossesse

### **Vaccination contre la grippe**

---

Formes potentiellement plus graves chez les jeunes nourrissons, surtout en cas de facteurs de risques (prématurité, pathologies cardio-respiratoires, etc.)

En période de vaccination proposer la vaccination grippe saisonnière pour tous pendant la grossesse (mère incluse) sinon immédiatement après l'accouchement.

### **Vaccination contre la varicelle**

---

Gravité des varicelles néonatales

Femme ayant un projet de grossesse sans antécédents de varicelle (sérologie discutée)

Vaccination (2 doses à 1 mois d'intervalle) si test de grossesse négatif ou post partum, sous couvert d'une contraception efficace 3 mois

## Vaccination contre la rougeole

---

Epidémie de rougeole en France et particulièrement dans le sud en 2011

Nombreux cas chez les jeunes nourrissons (< 12 mois) avec risques de complications immédiates ou à distance (PESS de Van Bogaert)

Une simple application des recommandations vaccinales aurait permis de réduire considérablement le nombre de cas survenus notamment chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes

2 doses de vaccins anti rougeole pour tous ceux nés après 1980.

POUR LES PERSONNELS DE MATERNITE ET DE NEONATOLOGIE, LA VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE, LE RAPPEL COQUELUCHE ET LA DEUXIEME DOSE ANTI ROUGEOLE, FAVORISENT LA PROTECTION DES NOUVEAUX NES

## Références

\*\*\*

- ❖ 1. BMJ. 2006 Feb 11;332(7537):328-36. Effect of hepatitis B immunisation in newborn infants of mothers positive for hepatitis B surface antigen: systematic review and meta-analysis. Lee C, Gong Y, Brok J, Boxall EH, Gluud C.
- ❖ 2. Lancet. 2006 Apr 8;367(9517):1173-80. Effect of BCG vaccination on childhood tuberculous meningitis and miliary tuberculosis worldwide: a meta-analysis and assessment of cost-effectiveness. Trunz BB, Fine P, Dye C.
- ❖ 3. Pediatr Infect Dis J. 2004 Nov;23(11):985-9. Infant pertussis: who was the source? Bisgard KM, Pascual FB, Ehresmann KR, Miller CA, Cianfrini C, Jennings CE, Rebmann CA, Gabel J, Schauer SL, Lett SM.
- ❖ 4. BEH n° 10-11 du 22 mars 2011. [www.invs.sante.fr/beh](http://www.invs.sante.fr/beh) Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2011 selon l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique

\*