UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉS DE MEDECINE

Année 2017

2017 TOU3 1070
2017 TOU3 1071

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Elodie GRILLO et Aurore GUIDINI

Le 29 juin 2017

CONSEILS A DELIVRER AUX PARENTS A LA SORTIE DE LA MATERNITE CONCERNANT LA SANTE DE LEUR NOUVEAU-NE

Directeur de thèse : Dr Motoko DELAHAYE

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	**Président**
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN	**Assesseur**
Madame le Docteur Motoko DELAHAYE	**Assesseur**
Madame le Docteur Leila LATROUS	**Assesseur**
Madame le Docteur Fanny LOMBARD	**Assesseur**

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier au 1er septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri
Professeur Honoraire	M. GEDEON André
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques
Professeur Honoraire	M. RIBET André
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. BERNADET
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COMBELLES
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard

Professeurs Honoraires

Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur CONTÉ Jean
Professeur MURAT
Professeur MANELFE Claude
Professeur LOUVET P.
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur CARATERO Claude
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur ADER Jean-Louis
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur LARENG Louis
Professeur JOFFRE Francis
Professeur BONEU Bernard
Professeur DABERNAT Henri
Professeur BOCCALON Henri
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur SIMON Jacques
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur ARBUS Louis
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur MOSCOVICI Jacques

Faculté de Médecine Toulouse - Purpan

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex **Doyen : D. CARRIE**

P.U.-P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie

P.U.-P.H. 2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Christophe	Hépato-Gastro-Entéro
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépato-Gastro-Entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale

POUTRAIN Jean-Christophe

Faculté de Médecine Toulouse - Rangueil

133 Route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex **Doyen : E. SERRANO**

P.U.-P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE M-Bernadette (C.E	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Economie et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX J.-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé à la Médecine Générale

Pr STILLMUNKES André

P.U.-P.H.
2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN M-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeur Associée en O.R.L.

Pr WOIBARD Virginie

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37, allées Jules Guesde - 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U.- P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yve
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne
Dr ANE Serge
Dr BOYER Pierre
Dr BIREBENT Jordan

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY :

Au Président du jury :

M. le Professeur Pierre MESTHE

Professeur des Universités, Médecin Généraliste
Faculté de médecine, Université Paul Sabatier
Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse et de juger notre travail.
Merci pour votre disponibilité et pour votre investissement auprès des internes de médecine générale.

Soyez assuré de notre profond respect et de notre gratitude.

A tous les membres du jury :

M. le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Professeur Associé, Médecin Généraliste
Faculté de médecine, Université Paul Sabatier,
Nous vous remercions d'avoir honoré ce travail de votre attention en acceptant de participer à ce jury de thèse.
Merci également pour votre investissement auprès des internes de médecine générale.

Veuillez croire en notre profonde gratitude.

Mme le Docteur Leïla LATROUS

Maître de Stage Universitaire
Médecin Généraliste
Faculté de médecine, Université Paul Sabatier
Nous vous remercions de nous faire l'honneur de participer à ce jury de thèse et d'y apporter votre regard de Médecin Généraliste.

Soyez assurée de notre profonde gratitude.

Mme le Docteur Fanny LOMBARD

Praticien Hospitalier
Pédiatre
CH Rodez
Nous vous remercions de nous faire l'honneur de participer à ce jury de thèse et d'y apporter votre regard de Pédiatre.

Soyez assurée de notre profonde gratitude.

A notre directrice de thèse :

Mme le Docteur Motoko DELAHAYE

Maître de Conférence Associé, Médecin Généraliste

Malgré ton emploi du temps chargé, tu as toujours trouvé du temps pour nous accompagner dans ce projet. Ta rigueur, ton souci du détail et tes conseils nous ont été précieux. Merci de ton investissement. Nous sommes très heureuses que tu ais été notre directrice de thèse.

REMERCIEMENTS PERSONNELS D'ELODIE :

A **Aurore**, merci pour ton soutien sans faille durant ces deux années de labeur pour notre thèse. Ce travail je n'aurais pu le faire avec personne d'autre que toi. Cela n'a pas toujours été facile mais nous voilà enfin au bout, main dans la main, je suis heureuse de partager cela avec toi. Je me souviens encore la première fois où je t'ai rencontré à Villefranche lorsque je déchargeais ma voiture pour m'installer à l'internat et depuis tu ne m'as plus quitté, toujours présente pour m'aider comme tu l'avais fait le premier jour. Je te souhaite une belle réussite professionnelle et personnelle et que vous soyez heureux toi Dimitri et Olivia (sans oublier Yakoulou, Lune et Pitchou !).

A **mes parents** et à **mes grands parents**, merci d'avoir cru en moi et de m'avoir toujours soutenu. Vous avez su me conseiller et m'apaiser tout au long de ces études. Vous étiez toujours présents, et surtout quand ça n'allait pas. Ces années difficiles ont été plus simples grâce à votre présence. Merci, enfin, de ne pas m'avoir retenue quand j'ai décidé de partir à Toulouse et au contraire de m'avoir toujours encouragée. Vous êtes formidables !

A **Cosima**, grâce à toi j'ai fait mes premiers pas en médecine, en stage de troisième. Merci pour ta douceur et ta gentillesse. Au reste de la famille Bitonti : **Jean-Claude**, **Louis** et **Hadrien**, merci pour tous ces bons repas de famille et ces moments partagés ! A **Rainpa**, merci pour les souvenirs des supers vacances en Italie, les week-ends à Paris et **avec Kazumi**, tous ces noëls ensemble, c'est super de vous revoir à chaque fois !

A **ma belle famille, Sylvain, Joe, Béatrice, Audrey** et tout le reste de la famille Michon, merci pour votre accueil chaleureux et vos encouragements tout au long de ces années de labeur !

A ma **Laurette**, je me souviens, tout d'abord, de ces journées de révision interminables dans l'appartement de ton père en P1, mais aussi de nos nombreux fous rires ! Puis de ton départ précipité en Belgique. Mais toutes ces années éloignées l'une de l'autre n'ont fait que nous rapprocher. Merci pour ta présence, tes conseils et ta douceur. Merci pour toutes tes attentions bienveillantes. Tu as toujours su trouver les mots pour me réconforter et me redonner confiance. Tu es une amie fidèle, j'ai de la chance de t'avoir dans ma vie. Merci à **Matmat** pour tous ces merveilleux moments passés à quatre.

A **Blandine** (ou la moche, sinon tu ne vas pas te reconnaitre !), merci pour toutes ces années partagées avec toi ! On en aura passé des heures à réviser, à se chamailler, à se réconcilier… Tout ce temps passé avec toi m'a permis de savoir que non, tu n'as pas un caractère de cochon et surtout que je pouvais toujours compter sur toi. Merci pour ton amitié qui m'est très chère. Tu me manques, si loin de moi ! J'espère que tu pourras te rapprocher dans un futur proche.

Aux puputes. D'abord, **Cachou**, deux tables au fond du polydôme auront créé une amitié ! Grâce, entre autre, à toi et **Laura**, j'ai passé la meilleure deuxième P1 dont on pouvait rêver ! Sans compter l'arrivée de **Clara** qui a complété notre groupe avec Blandine. Grâce à vous j'ai d'excellents souvenirs plein la tête de ces sept premières années de médecine ! Merci pour tout, les filles ! Ce que j'aime le plus avec vous, c'est que tout est naturel et sans chichis ! Merci d'être là et merci d'être revenu dans ma vie ! Que notre amitié continue comme cela encore longtemps.

A **Nedjmoune**, merci de m'avoir toujours soutenue, surtout pendant ma première P1, sans toi je ne sais pas si j'aurais eu la force de continuer. Grâce à toi, les années sont passées plus vite. Cela a été dur quand tu es partie à Limoges, je suis heureuse de t'avoir retrouvée ces dernières années. J'espère que tu viendras poser tes valises à Toulouse ! Merci pour ton amitié et ton éternelle bonne humeur ! Je te souhaite le meilleur !

A mes compères des premières heures : **Lucas**, tu as le mérite de t'attribuer ma rencontre avec Fab, rien que pour cela je t'en serais éternellement reconnaissante ! Sans compter tous les bons moments partagés : toutes les soirées (notamment celles en P2), les vacances, les apéros… **Roro**, mon éternel co-externe ! Sans toi, ces années là n'auraient pas la même saveur ! J'ai adoré toutes ces heures avec toi ! Merci pour tout mon Roro ! **Charly**, merci pour le pôle huma, c'était une expérience fabuleuse ! Merci pour tes précieux conseils en LCA et surtout merci pour ton amitié avec tous ces bons moments passés ensemble !

A **Maudus** et **Ismael** : ce fut un réel plaisir de vous avoir retrouvé à Toulouse et de passer tous ces bons moments avec vous ! J'aurais voulu vous retenir ici pour continuer à vous ignorer dans la rue quand on se croise ! On se retrouvera en Auvergne avec encore plus de plaisir, j'en suis sûre !

A **mes amis de Villefranche** : merci à tous pour votre bonne humeur, les bouffes, les jeux et les feux d'artifices (oui oui !) ! Ces six mois passés en votre compagnie étaient parfaits pour bien commencer l'internat. Merci à **Paulo**, juste : je t'adore ! **Lorane,** ma première co-interne, une vraie chance de tomber sur toi ! Même si finalement on ne se voyait pas beaucoup en stage, j'ai pu profiter de votre compagnie avec **Manu** en tant que voisin ! Je vous apprécie beaucoup tous les deux ! Câlins d'oreille à vous. **Hugues et Marie Lucie** : belle rencontre entre Auvergnats en terre Aveyronnaise ! Je me souviendrai pour toujours des gardes avec vêlage en urgence à la clinique vétérinaire voisine ! ;-)

A **mes amis de Cahors** : on n'était pas gâté par la vétusté de l'internat mais je garde des souvenirs mémorables de partage avec vous ! Merci à mes amies : Mymi, Cyrielle, Anaïs et Déborah : vous êtes supers, j'ai de la chance de vous avoir comme amies ! A **Mymi,** merci pour ton éternel bonne humeur et ta joie de vivre ! A **Cyrielle**, on se rappellera de la fois où on a failli rester coincé dans la salle de sport ! Et merci pour tes conseils et tous les bons moments passés ensemble à Toulouse, à refaire le monde. J'adore être avec toi ! A **Anaïs**, on se souviendra (ou pas) de toutes tes catastrophes ou bourdes ! On ne s'ennuie jamais avec toi ! A **Déborah**, merci pour ta gentillesse et ton écoute ! Tu nous manque à Toulouse ! Vivement que tu reviennes ! Aux garçons : **Guillaume**, **Thibault**, **Pierre** et **Thomas** moins de mélo pour les remerciements mais je vous adore tout autant ! Merci à Guillaume pour les soirées Game of Thrones, pour les Marvel et pour tous les autres supers moments passés avec toi !

A **Laetitia** merci pour ta gentillesse et ta patience. Tu m'as énormément aidé pour écrire mon mémoire de DES. Je suis très heureuse que nos chemins se soient croisés !

Merci à tous les copains de l'ENAC : **Didi, Tut' et Clotilde, Louis, Anaïs, Mascotte, Chanus et Sandrine, Mika et Jérem et Aline** : les apéros de couloir, les pots, les breaks, les mariages, tous ces bons moments passés avec vous.

Merci aux amis ingénieurs et « leurs valeurs ajoutées » : **Yannick, Emie, Sarah** et **Clément** la dream team de l'ENAC : vous me suivez depuis le début. Merci pour vos encouragements et votre soutien pendant toutes ces années, merci pour tous les bons souvenirs passés avec vous et que ca continue ! Vous avez rendu ces années ENAC mémorables ! **Alexis**, merci pour tous ces bons moments passés avec toi et les bons repas

(notamment les tartiflettes !). Le meilleur reste à venir. **Pauline** et **Berrou**, merci pour votre gentillesse et votre écoute. Vous avez le cœur posé sur la main, vous êtes des amis fidèles et attentionnés ! Merci d'être là. **Laure** et **Buchette**, merci pour ces week-ends à discuter et se balader. Merci pour tous les conseils et ta présence, Laure. **Ducass**, toi aussi ca fait un moment que tu me soutien ! Merci d'avoir relu notre résumé en anglais ! Je retiendrai Delft notamment et tout cet agréable temps passé avec toi et depuis un certain temps avec **Laura** aussi ! Merci à vous deux !

Merci à **Chantal** et **François Ducamp** pour votre accueil à Salles Curan. Pour un premier stage chez le médecin généraliste, c'était une réussite ! François tu m'as transmis ta passion pour ce métier ainsi que ton savoir et ta pratique. J'ai énormément appris à tes côtés. Je pense à toi très souvent puisque je reproduis chaque jour ce que tu m'as transmis. Merci beaucoup.

Merci à **Jean Paul** et à **Sandra**, par votre gentillesse et votre disponibilité, vous avez su rendre un semestre difficile un peu plus facile. J'ai beaucoup appris de vos pratiques et vous m'avez permis d'avoir confiance dans mes choix. Je vous remercie de m'avoir épaulé et transmis votre savoir.

Sylvaine et **Véronique**, merci pour votre gentillesse, vos débrief, les bons repas et vos encouragements ! Grâce à vous, j'ai totalement pris confiance en moi et j'ai pu commencer les remplacements sereine. Mais quelle crève cœur de vous laisser. Dommage qu'on ne puisse pas raccourcir les trajets entre les villes, j'aurais adoré travailler avec vous.

A **mes confrères d'Aucamville**, merci pour votre accueil et votre aide chaque jour. Merci à **Mylène** qui rend les journées de travail tellement plus faciles.

A **mon Fab**, mon pilier. Je me demande bien ce que j'aurais fait sans toi. Je ne trouverai jamais assez de mots pour te remercier pour tout ce que tu as fait, et ce que tu fais encore, pour moi. Cette thèse, je te la dédie, car c'est toi qui, chaque jour, as supporté mes états d'âme, mes doutes et mes peurs pendant ces huit dernières années. Tu as toujours su trouver les mots pour me rassurer tout au long de mon parcours. Tu as été toujours été présent, sans faillir une seule fois ! Tu es exceptionnel, j'ai une chance inouïe d'avoir trouvé ma perle rare. Je t'aime.

REMERCIEMENTS PERSONNELS D'AURORE :

A mes parents, qui m'ont soutenue tout au long de mes années d'études, qui ont supporté mon manque de sommeil, mes sautes d'humeur. Merci pour votre disponibilité de tous les instants, pour votre confiance en moi, pour votre amour inconditionnel.
Merci maman pour les longues heures passées à corriger mes travaux, pour ta présence dans les moments difficiles.
Merci papa de m'avoir toujours encouragé et d'avoir tant cru en moi.
A mes frères, Guillaume et Pierre, qui ont toujours été là pour moi (souvent en musique), qui me remontaient le moral sans le vouloir, qui ont toujours veillé sur moi. A nos bagarres et à nos rires, merci.
Je vous aime.

A mes grands parents, oncles et tantes, Joëlle, Alex, Jean-Luc, Nathalie, Sabine et Alain, merci pour votre affection, votre soutien et votre confiance en moi.

A Christophe et Christel, Alexandra et Clément, Mathieu, Bastien, Lucas, Eléa, Julie, Albin, Camille et Norah, merci pour nos moments de bonheur partagés.

A ma belle famille, merci de m'avoir si bien acceptée parmi vous et d'avoir contribué à ce que je me sente chez moi en Aveyron.

A Sara et Emmanuelle, à nos moments passés ensemble, à nos sous colles qui étaient plus des moments de détente que de travail et qui m'étaient indispensables. Merci pour votre amitié, j'espère qu'elle durera encore de longues années.

A Anne-Charlotte, merci pour tous les moments passés à refaire le monde, tu as été ma confidente, malgré la distance qui nous sépare à présent, j'espère t'avoir toujours à mes cotés.

A Hugues, Paul-Henri, Lorane et Emmanuel, merci pour tous les bons moments passés durant ce premier semestre en Aveyron. Merci Hugues d'être encore là pour mes petites questions entre deux consultations.

Aux Dr Mignot et Savignac qui m'ont appris à aimer la médecine générale rurale, merci pour vos conseils, votre confiance et surtout merci de m'avoir aidé à trouver un centre médical où je me sente si bien.

A tous les médecins rencontrés durant mon internat, Dr Rakotonarivo, Dr Rozeray, Dr Bedioui, Dr Raharolahy, Dr Benachou, Dr Gruszka, Dr Bouvier-Mouysset, les urgentistes de l'hôpital des enfants, les gynécologues-obstétriciens du CHU, Dr Chouvet Martinez, Dr De Meixmoron, Dr Delon, Dr Remondet, Dr Calmels, Barbara et Jennifer, merci d'avoir partagé avec moi vos connaissances et votre amour de la médecine.

A ma Grillotte, à nos fou rires, nos grandes discussions, merci d'avoir supporté mon stress, mes moments de doute. J'espère qu'à présent, les moments que l'on passera ensemble se feront autre part que devant un ordinateur. En plus d'une simple co-interne, j'ai trouvé une véritable amie. Merci pour tout.

A Dimitri, ma moitié, qui m'a offert le plus beau cadeau que l'on puisse imaginer. Merci d'avoir toujours été là, dans les bons et les mauvais moments. Merci de m'avoir supporté pendant toutes ces heures passées devant mon ordinateur. Merci pour tous ces moments de bonheur passés, présents et futur. Nous avons encore tant de projets à réaliser toi et moi… Merci pour le merveilleux père que tu es.
A Olivia, mon petit ange, ma plus belle réussite… Tu me combles chaque jour de bonheur. Je vous aime.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION..... 5

MATERIEL ET METHODES..... 9

1. **Revue de la littérature..... 9**
2. **Présentation de la méthode Delphi..... 15**
3. **Recrutement des experts..... 15**
4. **Déroulement des rondes..... 18**
5. **Analyse des données..... 19**
   a. **Analyse quantitative..... 19**
   b. **Analyse qualitative..... 19**

RESULTATS..... 20

1. **Recrutement des experts..... 20**
2. **Résultats ronde 1..... 23**
3. **Résultats ronde 2..... 26**
4. **Résultats ronde 3..... 31**
5. **Résultats ronde 4..... 35**

DISCUSSION..... 42

CONCLUSION..... 47

FICHES MEMO..... 48

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... 56

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES DE LA REVUE NARRATIVE DE LA LITTERATURE..... 59

ANNEXES

Annexe 1 : Equations de recherche de la revue narrative de la littérature..... 71

Annexe 2 : Articles de la revue narrative de la littérature..... 72

Annexe 3 : Guide contact téléphonique..... 79

Annexe 4 : Mail de présentation..... 81

Annexe 5 : Mail ronde 1..... 83

Annexe 6 : Mail ronde 2..... 89

Annexe 7 : Mail ronde 3..... 95

Annexe 8 : Mail ronde 4..... 100

Annexe 9 : Exemple de tableau ayant permis l'analyse des réponses des experts..... 104

Annexe 10 : Exemple de tableau individuel..... 105

Annexe 11 : Fiche conseil du CH de Rodez..... 106

Annexe 12 : Fiche conseil du CHU Toulouse..... 108

TABLE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau 1. Choix des thèmes

Tableau 2. Liste des conseils à soumettre aux experts

Tableau 3. Définition du consensus

Tableau 4. Répartition des experts

Tableau5. Demandes de modification des experts ronde 1

Tableau 6. Reformulation des conseils ronde 1

Tableau 7. Résultats quantitatifs des conseils ayant fait consensus lors de la ronde 1

Tableau 8. Conseils proposés lors de la ronde 2

Tableau 9. Demandes de modification des experts ronde 2

Tableau 10. Reformulation des conseils ronde 2

Tableau 11. Résultats quantitatifs des conseils ayant fait consensus lors de la ronde 2

Tableau 12. Conseils proposés lors de la ronde 3

Tableau 13. Demandes de modification des experts ronde 3

Tableau 14. Résultats quantitatifs des conseils ayant fait consensus lors de la ronde 3

Tableau 15. Conseils ayant fait consensus regroupés (en grisé)

Tableau 16. Résultats quantitatifs de la ronde 4

Figure 1. Diagramme de flux du planning

Figure 2. Diagramme de flux des experts

TABLE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

BDSP : Banque de Données en Santé Publique

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

F : Femme

GO : Gynécologue-Obstétricien

H : Homme

HAS : Haute Autorité de Santé

MG : Médecin Généraliste

MIN : Mort inattendue du Nourrisson

MSN : Mort Subite du Nourrisson

MSU : Maitre de Stage Universitaire

Péd : Pédiatre

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SBS : Syndrome du bébé secoué

SF : Sage Femme

INTRODUCTION

La natalité en France est stable depuis 1980 avec en moyenne 800 000 naissances vivantes par an. Le nombre de naissances vivantes a baissé de 2,3 % en 2015 par rapport à 2014 (820 000 naissances vivantes en 2014 contre 800 000 en 2015) (1,2).
La mortalité infantile est relativement stable depuis une quinzaine d'années, après avoir fortement diminué entre 1950 et 2000 (2).
Entre 2007 et 2012 la mortalité infantile a baissé avec 3,8 décès pour 1000 naissances vivantes en 2007 et 3,5 décès pour 1000 naissances vivantes en 2012. Le taux de mortalité infantile a de nouveau augmenté pour atteindre en 2015 3,7 décès pour 1000 naissances vivantes (3).
La mortalité néonatale (décès dans les 27 premiers jours de vie) augmente depuis 2006 (4). Elle est de 2,3 pour 1000 naissances vivantes en 2010 (5).

Pour la naissance d'un nouveau-né mono-fœtal, eutrophe et en l'absence de complications pour la mère, la durée maximale d'hospitalisation recommandée est de 96 heures après un accouchement par voie basse. Si le couple mère-enfant est à bas risque médical, psychique et social, la sortie de maternité peut être anticipée si la mère le souhaite, au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse.
Les recommandations publiées par l'ANAES en 2004 et par la HAS en 2005 précisent que les professionnels doivent s'assurer avant la sortie de la maternité que les informations reçues durant le séjour ont été efficacement perçues par la mère et son entourage concernant :

- Les signes d'alerte pour la mère (infection, hémorragie, troubles psychiatriques) ;
- Les soins de suite de couches (périnée, césarienne) et des seins ;
- Les signes d'alerte pour le nouveau-né (infection, ictère, déshydratation) ;
- Les soins au nouveau-né (cordon, toilette, bain) ;
- Le mode d'alimentation (sein ou biberon) ;
- La surveillance du nouveau-né (rythme de vie, pleurs, reconnaître quand il a faim);

- Les conditions de vie (tabagisme passif, température ambiante, animaux domestiques, siège auto) ;
- Le Syndrome du Bébé Secoué (SBS).

Néanmoins, d'après une enquête menée par la DREES en 2008 auprès de 2 656 femmes, une mère sur cinq émettait un jugement négatif sur la préparation à la sortie de la maternité classique. Et d'après l'enquête de l'Union Nationale des Associations Familiales, menée auprès de 952 femmes en 2009, près de 27 % des femmes auraient aimé être mieux soutenues et informées, notamment sur l'aide qu'il est possible de trouver auprès des professionnels ou structures. Plusieurs mères évoquaient leur désarroi face aux réactions du nouveau-né qu'elles ne comprenaient pas (6).

L'éducation des parents à la sortie de la maternité est d'autant plus importante qu'il y a eu une évolution récente de la famille et de la société. Les parents n'ont plus de modèle pour tout ce qui concerne les soins à donner aux nouveau-nés, surtout chez les parents primipares : ils ne se sont jamais occupés d'enfant et ils peuvent se sentir isolés après leur retour à domicile, la famille étant devenue nucléaire voire monoparentale (7).

Les messages de prévention peuvent être difficile à transmettre lors du séjour en maternité, notamment à cause de la disponibilité de la mère (fatigue, douleurs du post partum...), de la disponibilité du personnel soignant, du nombre et de la longueur des visites familiales et amicales et du raccourcissement de la durée du séjour en maternité (7).

D'autre part, depuis 20 ans, le nombre de consultations aux urgences pédiatriques augmente sans cesse en France et dans le monde, particulièrement pour les nouveau-nés (0 à 28 jours).

En 2015, en Midi Pyrénées, 160 565 patients de moins de 15 ans ont été pris en charge dans un service d'urgence (+ 3,5 % par rapport à 2014 et + 3 % d'évolution sur les 5 dernières années). Les nouveau-nés représentent 1 % de la population fréquentant les urgences pédiatriques (8). Une étude prospective réalisée entre août 2008 et avril 2009, à l'Hôpital des Enfants du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse, sur la fréquentation des urgences pédiatriques par les nouveau-nés (0 à 28 jours), retrouvait que les motifs de recours aux services d'urgences étaient dominés par des motifs médicaux (90 %) : digestifs (25 %), respiratoires (21 %), pleurs (12 %), modifications thermiques (11 %), traumatismes (8 %), puériculture (conseils diététiques, soins du cordon, etc.) (6 %) (9). Une autre étude, épidémiologique, rétrospective datant de 2011 retrouvait que les

premiers motifs de consultations des nouveau-nés aux services d'accueil des urgences pédiatriques étaient les pleurs (14,1 %), les vomissements (11,9 %), la gêne respiratoire (10,7 %), la fièvre (8,1 %) et la diarrhée (7 %). Les premiers diagnostics retenus étaient la rhino-pharyngite aiguë (11,5 %), le reflux gastro-œsophagien (10 %), les coliques (8,1 %) et l'inquiétude parentale exagérée (7,6 %) : 52,4 % des consultations ont été considérées comme non urgentes. Cette étude met en exergue la nécessité d'un accompagnement parental pour le retour à domicile dès la sortie de maternité et le recours à des initiatives éducatives d'envergure (10).

Or, environ 50 % des nourrissons présentent des symptômes gastro-intestinaux fonctionnels, tels que les coliques, la régurgitation et la constipation (11). Chaque année, il y a environ 2 milliards de cas de diarrhée dans le monde, c'est la deuxième cause de mortalité en dessous de l'âge de 5 ans (12). Les vomissements représentent jusqu'à 36 % des motifs de consultations des nouveau-nés dans les services d'urgences (13). 50 % des enfants âgés de moins de 4 ans consultent pour une infection virale des voies aériennes au moins 1 fois par an (14).

La Mort Subite du Nourrisson (MSN) est la troisième cause de décès des enfants de moins d'un an et la première cause de décès au-delà de la période néonatale (après 1 mois). En 2008, 244 cas de MSN avaient été enregistrés, 6 décès par suffocation et 132 décès de cause inconnue, qui entreraient probablement dans la définition de la Mort inattendue du Nourrisson (MIN), soit un peu moins de 400 décès par an (15).

En France, chaque année, 180 à 200 enfants seraient victimes du SBS. 10 à 15 % de ces bébés secoués décèdent dans les suites immédiates et 50% sont handicapés avec des séquelles neurologiques graves (16).

Les accidents de la vie courante sont responsables chaque année en France d'environ 250 à 300 décès d'enfants. Les enfants de moins de un an représentaient le taux le plus élevé(17).

Les parents ont souvent une mauvaise connaissance de la définition de la fièvre et de la méthode de mesure (18).

La généralisation de la vaccination a permis de faire chuter très rapidement le nombre de cas et de décès par diphtérie, poliomyélite, coqueluche et Haemophilus B mais la « cote » des vaccins est en baisse (61,5% des Français en avaient une opinion favorable en 2010) (19).

Dans plusieurs études, une relation entre durée du séjour en maternité et réhospitalisation dans le premier mois de vie est retrouvée. L'importance du suivi à domicile est aussi démontrée : dans une population à bas risque, malgré une durée de séjour courte, si un suivi à domicile adapté est mis en place, il n'est pas mis en évidence un taux de réhospitalisation supérieur (6).

Le nombre de naissances vivantes stagne depuis 1980, la durée du séjour en maternité diminue, mais le nombre de consultation aux urgences pédiatriques et la mortalité infantile augmentent. Nous pouvons donc nous demander si les parents, à la sortie de la maternité, sont assez informés sur la santé de leur nouveau-né par les professionnels de santé.
Notre travail s'est volontairement limité aux thèmes concernant la prévention, le dépistage et les conduites à tenir urgentes, à délivrer aux parents à la sortie de la maternité ; plutôt dans l'optique de diminuer le nombre de consultation non indispensable aux urgences ou les consultations trop tardives lors de pathologies plus graves, d'orienter les parents vers les structures adaptées et de prévenir des problèmes de santé publique.
Il existe déjà des fiches de conseils concernant un thème particulier comme pour la MIN (20) ou le SBS (21). Une fiche regroupant un grand nombre de conseils a été réalisée par l'ANCReMIN (Association Naitre et Vivre et l'Association Nationale des Centres de Référence de la MIN) : « Plaquette de prévention multirisques » (22). Toutefois, elle regroupe plus de 25 conseils, mélangeant conseils médicaux et conseils de puériculture, les mettant ainsi au même niveau d'importance. Ce type de présentation ne met pas en avant les conseils indispensables à donner aux parents pour prévenir une situation ou complication grave, ou réagir rapidement en cas de problème.

L'objectif principal de notre étude est de définir et de sélectionner par consensus les messages clés à délivrer aux parents à la sortie de la maternité concernant la santé de leur nouveau-né, afin de prévenir une situation ou une complication grave ou de réagir rapidement en cas de problème. Ainsi que la rédaction d'une fiche mémo destinée aux professionnels de santé.

MATERIEL ET METHODES

1. Revue de la littérature

Nous avons, tout d'abord, effectué une revue narrative de la littérature afin de formuler une liste de conseils sur les thèmes que nous avons préalablement définis et pour lesquels nous voulions évaluer le degré d'accord des experts afin d'obtenir un consensus grâce à la méthode Delphi (23,24). L'objectif de cette revue narrative de la littérature était de rédiger une liste de conseils à délivrer aux parents à la sortie de la maternité à soumettre aux experts. Notre travail s'est volontairement limité aux thèmes concernant la prévention, le dépistage et les conduites à tenir urgentes, à délivrer aux parents à la sortie de la maternité. Il concerne la santé de leur nouveau-né (0 à 28 jours), né à terme par voie basse sans pathologie, sans anomalie survenue pendant la grossesse et sans sortie précoce de la maternité. Les conseils de puériculture et d'alimentation étaient exclus.
Pour cette revue narrative de la littérature nous nous sommes appuyées sur l'article méthodologique paru dans le e-respect de mars 2013 (25).

- Critères d'inclusion :

- Articles en rapport avec les thèmes choisis.
- Concernant la population cible.
- Etudes rédigées en français ou en anglais datant de moins de 10 ans.

- Critères d'exclusion :

- Etudes rédigées dans une autre langue que le français et l'anglais.
- Etudes qui ne répondaient pas à la question de recherche.
- Population particulière : prématurés, nouveau-nés avec comorbidités, naissances par césarienne.
- Articles inaccessibles à la documentation.

Tableau 1. Choix des thèmes

	Thème abordé	Conseils sélectionnés	Références bibliographiques
Troubles digestifs	Régurgitation	- Définition - Facteurs de risque - Degré d'urgence de la consultation médicale - Prise en charge initiale - Prévention	(1*-13*)
	Constipation	- Définition de la constipation et du transit normal - Degré d'urgence de la consultation médicale	(1*,2*,13*-16*)
	Diarrhée	- Définition - Degré d'urgence de la consultation médicale - Prise en charge initiale	(13*,17*-23*)
	Vomissement	- Définition - Degré d'urgence de la consultation médicale	(13*,24*-26*)
Sommeil	MIN	- Règles de couchage - Facteur de risque - Prévention - Intérêt des dispositifs commerciaux	(27*-43*)
	Sommeil	- Définition et physiologie du sommeil	(44*-53*)
Pleurs	Syndrome du bébé secoué et pleurs	- Définition syndrome du bébé secoué - Définition des pleurs normaux - Conseils en cas d'exaspération	(51*, 54*-77*)
	Coliques	- Définition et description clinique - Facteur de favorisant - Prise en charge initiale - Prévention	(1*,2*,13*,78*-81*)
Suivi du nourrisson	Consultations obligatoires	- Calendrier des examens médicaux - Carnet de santé	(82*-91*)
	Vaccinations	- Calendrier vaccinal - Innocuité du vaccin contre l'Hépatite B	(92*-116*)
Accidents domestiques	Accidents domestiques	- Identification des situations à risque - Prévention	(62*,117*-134*)
Infectieux	Fièvre	- Définition et méthode de mesure - Prévention - Degré d'urgence de la consultation médicale	(135*-146*)
	Dyspnée	- Réalisation d'un lavage des fosses nasales - Degré d'urgence de la consultation médicale - Prise en charge initiale - Facteur favorisant - Information sur l'automédication	(147*-154*)

- Critères de sélection des études :

- Limitation de la recherche aux articles de type review et aux méta-analyses.
- Bases de données consultées en version automatique : Base de données en santé publique et PubMed.
- Bases de données consultées en version manuelle : EMC® (Encyclopédie Médico-Chirurgicale), Archipel, Sudoc, Google®, Google Scholar®.

La recherche sur PubMed s'est faite grâce à l'utilisation du thésaurus MeSH par l'intermédiaire du site internet CISMeF et de l'outil terminologique HeTOP.

Les études étaient tout d'abord sélectionnées par leur titre puis par la lecture du résumé et enfin par la lecture complète de l'étude.

Toutes les références ont été importées dans le logiciel partagé Zotero®. La lecture n'a été faite que par un seul lecteur. Comme il ne s'agit pas d'une revue systématique de la littérature, nous avons choisi de ne pas utiliser de grille de lecture telle que COREQ, STROBE et PRISMA.

Nous avons sélectionné un total de 154 références (Annexes 1 et 2) et ceci nous a permis de rédiger 57 conseils à soumettre aux experts. Les conseils obtenus ont été classés par thèmes et sous thèmes avant d'être proposés aux experts lors des différentes rondes.

Tableau 2. Liste des conseils à soumettre aux experts

Thème	Sous thème	N°	Conseils
Troubles digestifs	**Régurgitation**	**1**	La régurgitation est définie comme le reflux du contenu gastrique dans la bouche, plusieurs fois par jour pendant au moins 3 semaines. Elle est favorisée par la position allongée et les changements de position. Elle est physiologique chez les nourrissons entre 3 semaines et 12 mois.
		2	En cas de régurgitations gênantes ou dont la fréquence et l'intensité augmente, consultez votre médecin.
		3	En cas de vomissements de sang, d'étouffement, de blocage respiratoire, de difficultés d'alimentation ou de déglutition ou d'une posture anormale, on peut craindre un reflux gastrique pathologique, consultez en urgence.
		4	La régurgitation normale ne nécessite pas de traitement. Mais on peut diminuer les symptômes : diminuer les quantités des repas tout en augmentant la fréquence, épaissir le lait, verticaliser le nouveau-né (0 à 28 jours) le plus souvent possible, ne pas trop serrer les vêtements et la couche, le placer sur le ventre lorsqu'il est réveillé et surveillé (ne pas le placer sur le ventre pour dormir), surélever le lit à 30°.
	Constipation	**5**	Le transit des nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités au sein, varie énormément : de 7 fois par jour à 1 fois par semaine.
		6	La constipation fonctionnelle est définie par le passage de moins de deux selles de grand diamètre par semaine. Chez le nouveau-né (0 à 28 jours), la constipation fonctionnelle est normale si la prise de poids est normale.
		7	Si vous trouvez que votre nouveau-né (0 à 28 jours) a l'abdomen gonflé et dur, qu'il vomit, qu'il a du sang dans les selles, consultez en urgence.
		8	Il est normal que votre nouveau-né (0 à 28 jours) pleure et force durant la défécation.
	Diarrhée	**9**	La diarrhée se définit par une modification brutale : du nombre (plus nombreuses) et du caractère (plus liquides) des selles.
		10	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée consultez en urgence car le risque est que votre nouveau-né se déshydrate.
		11	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée vous pouvez débuter un soluté de réhydratation orale tous les quarts d'heures en attendant la consultation aux urgences.
	Vomissements	**12**	Le vomissement est défini comme le rejet par la bouche, avec effort, de liquide d'origine digestive. Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) vomit, consultez en urgence
Sommeil	**MIN**	**13**	Il ne faut pas dormir sur un canapé ou un fauteuil avec un nouveau-né (0 à 28 jours), ni le faire dormir dans un lit d'adulte.
		14	Le tabagisme passif augmente le risque de la mort inattendue du nourrisson.
		15	Le nouveau-né (0 à 28 jours) ne doit dormir que dans un lit avec un matelas ferme et adapté au lit et qu'avec une turbulette ou une gigoteuse (pas de couettes, duvets, couvertures, oreillers, jouets ni de tour de lit).
		16	Il est recommandé d'installer le lit du nouveau-né (0 à 28 jours) dans la chambre parentale.
		17	Couchez toujours votre nouveau-né (0 à 28 jours) sur le dos, et jamais sur le ventre pour dormir.
		18	Ne pas surchauffer la chambre de bébé : la température idéale est entre 18 et 20°C.
		19	Ne pas monter un lit pour enfant s'il manque des pièces, ne pas le réparer.
		20	Il existe un risque d'étranglement du nouveau-né (0 à 28 jours) pendant son sommeil (ne pas laisser de cordes, de fils électriques, de cordons de rideau… pendre autour du lit du nouveau-né, évitez les colliers, chaînes ou cordelettes avec sucette).
		21	Lorsque le nouveau-né (0 à 28 jours) est éveillé et surveillé, vous pouvez le mettre sur le ventre pour faciliter le développement et réduire le risque de plagiocéphalie positionnelle.
		22	Vacciner votre enfant selon les recommandations protège contre la mort inattendue du nourrisson.
		23	Il n'est pas nécessaire d'utiliser des dispositifs commerciaux pour

Thème	Sous thème	N°	Conseils
			réduire le risque de la mort inattendue du nourrisson.
		24	Il faut interdire l'accès de la chambre du nouveau né (0 à 28 jours) à vos animaux : ils pourraient se coucher dans le berceau près de son visage et l'étouffer.
		25	Vous pouvez utiliser une sucette lors de la sieste ou pour la nuit. Attendre l'âge de 1 mois pour l'utiliser chez les nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités.
	Sommeil	**26**	Un nouveau-né (0 à 28 jours) dort en moyenne 16 heures par jour (minimum 9h maximum 20h) avec de brèves périodes d'éveil. Si le nouveau-né se réveille en pleurs, attendez un peu. Certains éveils, tout à fait normaux, peuvent se manifester ainsi. Le bébé se rendort rapidement. Si les pleurs persistent, assurez-vous qu'il n'a pas d'inconfort. Évitez de le sortir tout de suite de son berceau.
Pleurs	**Syndrome du bébé secoué/Pleurs**	**27**	Ne secouez jamais un nouveau-né (0 à 28 jours) pour calmer ses pleurs, cela peut le tuer ou le laisser handicapé à vie : il est très sensible aux secousses car sa tête est lourde et son cou n'est pas assez musclé. Informez-en les personnes qui seront amenées à garder votre nouveau-né. (Plus d'informations sur www.bebesecoue.com).
		28	Les pleurs font partie du développement normal d'un nouveau-né (0 à 28 jours). Un nouveau-né né à terme, en bonne santé, peut pleurer jusqu'à 5 heures par jour sans raison précise et sans réconfort possible.
		29	Si vous ne supportez plus les pleurs de votre nouveau-né (0 à 28 jours), couchez-le dans son lit, sur le dos, sortez de la pièce pour retrouver votre calme et demandez à quelqu'un de prendre le relais avant d'être submergé par la fatigue, le stress, l'exaspération ou la colère. Être parent d'un nouveau-né n'est pas de tout repos encore moins s'il pleure beaucoup. Tachez de vous reposer aussi au moment où votre nouveau-né dort.
		30	Le nouveau-né (0 à 28 jours) pleure, c'est sa seule façon de vous dire que : il a faim, sommeil, sa couche est sale, il a chaud ou froid, il y a trop de bruit, il y a trop de monde ou il veut un câlin. En grandissant votre nouveau-né apprendra d'autres façons de vous communiquer ses besoins et les pleurs cesseront.
	Coliques	**31**	Les coliques sont définies par des épisodes d'irritabilité, d'agitation ou de pleurs qui débutent et se terminent sans raison apparente, chez un nourrisson de moins de 3 mois et durent au moins 3 heures par jour, au moins 3 jours par semaine et pendant au moins 1 semaine. Les coliques sont normales chez le nouveau-né (0 à 28 jours).
		32	Le tabagisme passif peut favoriser la survenue de coliques.
		33	Les coliques peuvent s'accompagner de rougeur du visage, d'une attitude avec les jambes repliées ou les poings serrés, une émission de gaz ou des difficultés pour aller à la selle.
		34	Pour éviter les coliques, ne secouez pas trop le biberon lors de la reconstitution du lait, vérifiez que l'écoulement de lait par la tétine n'est pas trop rapide, faites attention à la quantité de lait que vous donnez à votre nouveau-né (0 à 28 jours).
		35	Lorsque votre nouveau-né (0 à 28 jours) a des coliques, essayez de trouver une activité qui le calme : tour en voiture, promenade en poussette et évitez de trop le stimuler.
Suivi du nourrisson	**Consultations obligatoires**	**36**	De sa naissance jusqu'à l'âge de 6 ans, des examens obligatoires permettront le suivi de votre enfant. Neuf examens sont prévus au cours de sa première année : dans les 8 jours qui suivent sa naissance, tous les mois jusqu'à ses 6 mois puis au cours des 9ème et 12ème mois. Tous ces examens sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.
		37	Le carnet de santé de votre nouveau-né vous est remis à la maternité, il est le lien indispensable entre les différents professionnels de santé et vous. Présentez-le à chaque consultation et conservez-le précieusement. Vous y trouverez également de nombreux conseils importants, pensez à le lire.
		38	Après la sortie de la maternité, deux consultations sont recommandées chez le médecin ou la sage femme : la première dans la semaine après la sortie et si possible dans les 48 heures suivant cette sortie.
	Vaccinations	**39**	Les premiers vaccins sont recommandés à l'âge de 2 mois (Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B,

Thème	Sous thème	N°	Conseils
			Pneumocoque).
		40	Il n'a pas été démontré qu'il existait une association significative entre le risque de survenue d'affections démyélinisantes centrales (telle que la sclérose en plaques) et la vaccination contre l'Hépatite B.
		41	La Coqueluche est particulièrement grave chez le nouveau-né (0 à 28 jours), voire mortelle ; en attendant son premier vaccin à 2 mois, il est recommandé d'utiliser la stratégie du « cocooning » c'est-à-dire de vacciner les enfants et les adultes en contact avec lui.
		42	Les vaccins contre le Pneumocoque, l'Haemophilus B et le Méningocoque protègent les nourrissons contre le risque de méningites bactériennes graves.
Accidents domestiques		**43**	Ne laissez jamais votre nouveau-né (0 à 28 jours) sans surveillance (sur la table à langer, le pèse-bébé, le lit parental, le canapé ou à la garde d'un autre enfant). Gardez toujours une main sur lui pour le maintenir. Il suffit d'un temps très court pour que le nouveau-né tombe.
		44	Placez toujours le transat, le cosy ou le couffin sur le sol ; attachez toujours la sangle ventrale et l'entrejambe, même pour un trajet très court.
		45	Evitez les lits dont les barreaux sont trop espacés (plus de 4,5 cm) : le nouveau-né (0 à 28 jours) risque de se coincer la tête.
		46	Ne laissez jamais votre nouveau-né (0 à 28 jours) seul dans son bain, même si vous utilisez un siège de bain ou un tapis anti-glissant, même un court instant : il risque de se noyer en quelques minutes, sans un bruit, même dans 20 centimètres d'eau.
		47	Vérifiez préalablement la température du bain avant d'y mettre votre nouveau-né (0 à 28 jours), elle doit être à 37°C.
		48	Préférez un landau plutôt qu'une poussette pour votre nouveau-né (0 à 28 jours). Ne le surchargez pas, ne suspendez pas de sacs aux poignées qui pourraient le déséquilibrer et le faire basculer alors que le nouveau-né y est couché.
Infectieux	**Fièvre**	**49**	Evitez les lieux publics très fréquentés, par exemple les centres commerciaux, transports en commun... (particulièrement en période d'épidémie de bronchiolite) avec votre nouveau-né (0 à 28 jours).
		50	La méthode de référence pour mesurer la température corporelle est le thermomètre électronique par voie rectale. La fièvre est définie par l'élévation de la température au dessus de 38°C, chez un nouveau-né (0 à 28 jours) normalement couvert, exposé à une température ambiante tempérée.
		51	Chez le nouveau-né de moins de 3 mois, le risque d'infection bactérienne est important. Si votre nouveau-né a une température ≥ 38°C en intra rectal, et qu'il est normalement couvert : consultez directement et rapidement aux urgences.
	Dyspnée	**52**	Lavage de nez : Il est préférable de le faire avant les repas pour faciliter l'alimentation. Le nouveau-né doit être couché sur le dos et sa tête tournée d'un coté, ou couché sur le coté. Instillez toute la dosette de sérum physiologique dans la narine la plus haute. Une partie du liquide ressort par la narine la plus basse, en balayant les sécrétions présentes dans les cavités nasales. L'opération est répétée de l'autre côté.
		53	Si vous trouvez que votre nouveau-né (0 à 28 jours) est gêné pour respirer ou qu'il a une respiration sifflante, consultez en urgence un médecin.
		54	Dès que vous trouvez que votre nouveau-né (0 à 28 jours) a le nez encombré, qu'il a le nez qui coule, ou qu'il tousse, faites-lui des lavages de nez répétés.
		55	Le nouveau-né (0 à 28 jours) respire majoritairement par le nez. S'il est bouché, il peut avoir des difficultés pour respirer, d'où l'importance d'effectuer des lavages de nez.
		56	Le tabagisme passif est un facteur de risque d'infection aigue des voies respiratoires du nouveau-né (0 à 28 jours). Il augmente la fréquence et la gravité des infections respiratoires.
		57	Evitez l'automédication qui pourrait-être dangereuse pour votre nouveau-né (0 à 28 jours).

2. Présentation de la méthode Delphi

La méthode Delphi permet d'obtenir un consensus parmi un panel d'experts sur une question particulière, grâce à une série de rondes itératives soumises à ces derniers (24,26,27). Cette méthode a été inventée par Olaf Helmer et Norman Dalkey et développée par la RAND corporation dans les années 50 à des fins militaires. Elle est utilisée dans le domaine de la santé depuis la fin des années 1970, initialement dans le cadre de la recherche en soins infirmiers (27–29). À l'heure actuelle, il n'existe pas de modèle unique sur l'utilisation de cette technique (24,27,29,30).

L'avantage de cette méthode est qu'elle permet d'inclure de façon anonyme, un grand nombre d'individus, situés en des lieux différents afin d'obtenir un consensus (24). Elle permet également d'éviter les dominations éventuelles (effet « leader d'opinion ») et de limiter les conflits d'intérêts (28).

Selon les principes de la médecine factuelle, un consensus validé par un groupe a un niveau de preuve supérieur à l'avis d'un expert isolé (28).

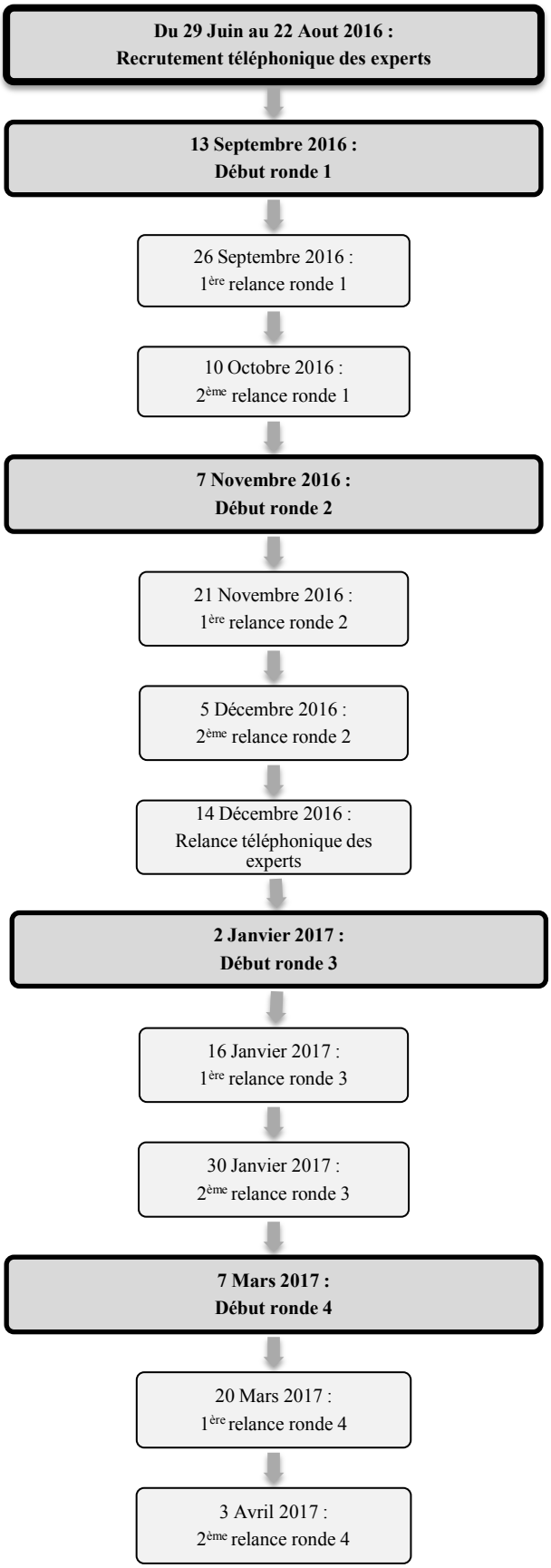
3. Recrutement des experts

Le recrutement des experts s'est déroulé sur la période du 29 juin au 22 aout 2016 sur le mode du volontariat par connaissance directe ou indirecte dans l'exercice de la profession ou par le conseil de l'ordre pour les Pédiatres (Péd) libéraux toulousains. Les experts devaient avoir une connaissance sur le sujet, ils ne pouvaient donc pas être choisis au hasard. Ils n'avaient pas de pression commerciale, politique ou autre. Dans la littérature, il n'existait pas de critère universellement accepté pour la sélection des experts et il n'a pas été mis en évidence de directives sur le nombre minimum ou maximum d'experts devant constituer le panel (23,24). Il était conseillé d'inclure un minimum de 15 personnes (28). Les experts étaient sélectionnés suivant leur sexe, âge, lieu d'exercice, travail libéral ou salarié, Maitre de Stage Universitaire (MSU) ou non.

Nous avons inclus des Péd, des Sages-Femmes (SF), des Gynécologues-Obstétriciens (GO) et des Médecins Généralistes (MG). Les médecins à la retraite et les médecins n'ayant pas de contact avec les nouveau-nés (0 à 28 jours) étaient exclus.

Notre étude s'est limitée aux professionnels de santé exerçant en Aveyron et à Toulouse intra muros, avec ainsi la volonté d'avoir des experts reliés à des maternités de niveau 1, 2 ou 3. Le scénario du contact téléphonique et le mail de présentation ont été testés auprès de 3 MG ne participant pas à l'étude, afin de s'assurer de sa clarté et de sa compréhensibilité. Les experts ont été directement contactés par téléphone (Annexe 3). Après acceptation de leur part, ils recevaient un mail de présentation de l'étude et devaient valider leur adresse e-mail (Annexe 4).

Figure 1. Diagramme de flux du planning



4. Déroulement des rondes

Nous avons effectué quatre rondes. Les experts étaient exclusivement contactés par mail (Annexes 5 à 8). Ils étaient invités à formuler leur avis en indiquant leur degré d'accord ou de désaccord avec les conseils (27), en les notant chacun de 1 à 9. La note de 1 signifiant : « Ce conseil n'est pas pertinent » et la note de 9 signifiant : « Ce conseil est indispensable » (28,31). Pour chaque conseil, les experts pouvaient émettre des commentaires ou des demandes de modifications. Les conseils n'ayant pas reçu de note avaient une note considérée comme égale à 1.

Les résultats quantitatifs et qualitatifs (Annexe 9), individuels et collectifs, obtenus à chaque tour, permettaient d'établir une nouvelle liste de conseils modifiés à soumettre aux experts (24). À chaque tour, chaque expert recevait les résultats analysés du groupe (résultats quantitatifs) ainsi que les commentaires anonymisés de tous les participants (résultats qualitatifs) et un rappel de sa propre réponse (Annexe 10). Il pouvait réévaluer pour la ronde suivante son degré d'accord pour chaque conseil à la lumière de la confrontation de sa réponse avec celles de l'ensemble du groupe (28). Les conseils qui avaient obtenu un consensus n'étaient pas reproposés à la ronde suivante.

L'objectif de la quatrième et dernière ronde était de sélectionner un total de 15 conseils parmi la liste des conseils ayant fait consensus lors des trois premières rondes. Les experts devaient noter « Oui » devant les 15 conseils leur paraissant indispensables à délivrer aux parents à la sortie de la maternité afin d'éditer une fiche mémo.

En l'absence de réponse, les experts étaient relancés par deux mails espacés de deux semaines. Un taux de réponse de 70 % devait être maintenu à chaque ronde (32). Si le taux de réponse était inférieur à ce seuil après les deux premières relances, les experts étaient sollicités une fois par téléphone avant que la ronde soit close.

5. Analyse des données

a. Analyse quantitative

Concernant la validation du consensus, il n'existait pas de critère unanime quant au seuil à atteindre pour valider celui-ci. Suivant les études le taux variait entre 51 % et 80 % (29). Nous avons défini le consensus comme rapporté dans le tableau 2 (27,30).

Tableau 3. Définition du consensus

Accord	≥ 80 % de notes ≥ 7
Consensus	≥ 80 % de notes ≥ 7 et absence de demande de modification du conseil
Désaccord	≥ 80 % de notes ≤ 3

b. Analyse qualitative

Les demandes de modifications ont été catégorisées par la technique du « tagging ». Ce qui a permis la reformulation des conseils en double écriture et double lecture par les co-auteures (30).

RESULTATS

1. Recrutement des experts

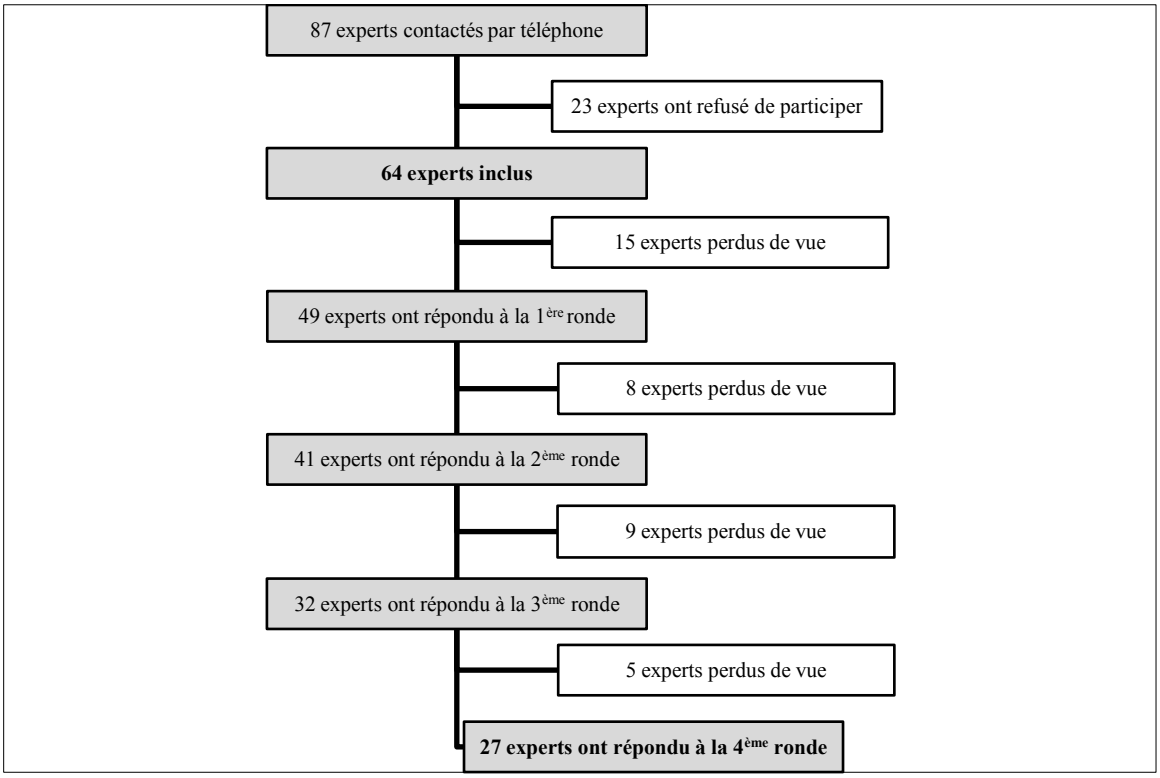
Le recrutement des experts s'est effectué entre 29 juin et 22 août 2016 par contact téléphonique. Sur les 87 professionnels contactés, un total de 64 professionnels de santé a été inclus (73,6 %).

Nous avons inclus 19 MG, 3 médecins de Protection Maternelle et Infantile (PMI), 2 urgentistes, 8 GO, 17 Péd et 15 SF.
Le tableau suivant récapitule les caractéristiques des experts recrutés. Nous nous sommes partagé la gestion des experts pour les rondes, et nous leur avons donné les numéros d'anonymisation suivant : « Expert 1 A ou E », A correspondant à un expert géré par Aurore Guidini et E par Elodie Grillo.
L'appellation CH1 correspond au CH avec une maternité de niveau 1, et CH2 au CH avec une maternité de niveau 2.

Tableau 4. Répartition des experts

	Sexe	Age	MSU	Urbain/Rural	Département	Ambulatoire / Salarié (CH, CHU, PMI)	Profession
Expert 1A	H	< 50	Oui	Rural	12	Libéral	MG
Expert 2A	F	< 50	Oui	Urbain	12	Libéral	MG
Expert 3A	H	≥ 50	Non	Urbain	12	Libéral	Péd
Expert 4A	H	≥ 50	Oui	Rural	12	Libéral	MG
Expert 5A	F	≥ 50	Oui	Rural	12	Libéral	MG
Expert 6A	H	≥ 50	Non	Urbain	12	Libéral	MG
Expert 7A	F	< 50	Oui	Urbain	12	Libéral	MG
Expert 8A	F	< 50	Non	Urbain	12	Libéral	SF
Expert 9A	F	≥ 50	Non	Urbain	12	Libéral	SF
Expert 10A	F	< 50	Non	Rural	12	Libéral	SF
Expert 11A	F	< 50	Oui	Urbain	12	CH2	Péd
Expert 12A	H	< 50	Non	Urbain	12	Libéral	MG
Expert 13A	H	≥ 50	Non	Urbain	12	CH1	GO
Expert 14A	H	≥ 50	Non	Urbain	12	CH1	GO
Expert 15A	F	< 50	Non	Urbain	12	CH2	SF
Expert 16A	F	≥ 50	Non	Urbain	12	PMI	MG
Expert 17A	F	< 50	Oui	Rural	12	Libéral	MG
Expert 18A	F	≥ 50	Non	Rural	12	PMI	SF
Expert 19A	H	< 50	Non	Urbain	12	CH2	SF
Expert 20A	H	≥ 50	Non	Urbain	12	CH2	GO
Expert 21A	F	< 50	Oui	Urbain	12	CH2	Urgentiste
Expert 22A	F	< 50	Non	Urbain	12	PMI	MG
Expert 23A	F	< 50	Non	Urbain	31	Libéral/Clinique 2	Péd
Expert 24A	H	< 50	Non	Rural	12	Libéral	MG
Expert 25A	H	≥ 50	Non	Urbain	31	Libéral	Péd
Expert 26A	F	< 50	Oui	Urbain	12	CH2	Urgentiste
Expert 27A	F	< 50	Non	Urbain	31	CH2	Péd
Expert 28A	F	< 50	Non	Urbain	31	Libéral/Clinique 2	Péd
Expert 29A	F	≥ 50	Non	Urbain	31	Libéral	Péd
Expert 30A	F	≥ 50	Non	Urbain	12	CH2	Péd
Expert 31A	F	≥ 50	Non	Urbain	31	Libéral	Péd
Expert 32A	H	≥ 50	Non	Urbain	31	Libéral	Péd
Expert 1E	F	< 50	Oui	Urbain	31	CHU	GO
Expert 2E	H	≥ 50	Non	Urbain	31	Libéral	GO
Expert 3E	H	< 50	Non	Urbain	31	CHU	GO
Expert 4E	H	≥ 50	Oui	Urbain	31	CHU	GO
Expert 5E	F	< 50	Oui	Urbain	31	CHU	GO
Expert 6E	F	< 50	Oui	Urbain	31	CHU	Péd
Expert 7E	H	≥ 50	Non	Urbain	31	CHU	Péd
Expert 8E	F	≥ 50	Oui	Urbain	31	CHU	Péd
Expert 9E	H	≥ 50	Non	Urbain	12	Libéral	Péd
Expert 10E	H	≥ 50	Non	Urbain	12	Libéral	Péd
Expert 11E	F	≥ 50	Non	Urbain	12	Libéral	Péd
Expert 12E	H	≥ 50	Non	Urbain	31	Libéral	Péd
Expert 13E	F	< 50	Non	Urbain	31	CHU	SF
Expert 14E	F	≥ 50	Non	Urbain	31	CHU	SF
Expert 15E	F	≥ 50	Non	Urbain	31	CHU	SF
Expert 16E	H	< 50	Non	Urbain	31	CHU	SF
Expert 17E	F	< 50	Non	Urbain	31	Libéral	SF
Expert 18E	F	< 50	Non	Urbain	12	PMI	SF
Expert 19E	F	≥ 50	Non	Rural	12	PMI	SF
Expert 20E	F	≥ 50	Non	Urbain	12	CH1	SF
Expert 21E	F	< 50	Non	Rural	12	Libéral	SF
Expert 22E	H	< 50	Non	Urbain	12	Libéral	MG
Expert 23E	F	< 50	Oui	Urbain	12	Libéral	MG
Expert 24E	H	≥ 50	Oui	Urbain	12	Libéral	MG
Expert 25E	H	≥ 50	Non	Urbain	12	Libéral	MG
Expert 26E	F	≥ 50	Non	Urbain	12	Libéral	MG
Expert 27E	H	< 50	Oui	Rural	12	Libéral	MG
Expert 28E	F	< 50	Non	Rural	12	Libéral	MG
Expert 29E	F	< 50	Oui	Rural	12	Libéral	MG
Expert 30E	F	< 50	Non	Rural	12	Libéral	MG
Expert 31E	H	≥ 50	Non	Rural	12	Libéral	MG
Expert 32E	F	≥ 50	Non	Rural	12	PMI	MG
Total :	25 H 39 F	32 < 50 32 ≥ 50	18 MSU	49 Urbains 15 Ruraux		36 Libéraux 30 Salariés	17 Péd, 15 SF, 22 MG, 2 Urgentistes, 8 GO

Figure 2. Diagramme de flux des experts



Parmi les 23 professionnels ayant refusé de participer :

- Deux GO ont refusé car ils ne délivrent pas d'informations aux parents concernant le nouveau né, ils pensaient ne pas avoir les compétences.
- Un urgentiste, quatre Péd et quatre MG n'ont pas été joignables.
- Un Péd a refusé car il a trouvé que la méthode n'était pas bonne.
- Quatre GO et deux Péd n'étaient pas intéressés.
- Une Péd a refusé car elle n'était pas d'accord avec le fait de rédiger une fiche de synthèse. Elle pense que l'information doit être personnalisée en fonction des parents et de l'enfant.
- Une Péd a refusé car elle ne voit pas les tout petits.
- Un Péd était retraité.
- Un MG n'a pas souhaité participer à l'étude pour cause de santé.
- Une SF était en congé maternité et ne souhaitait pas participer à l'étude.

2. Résultats ronde 1

57 conseils ont été proposés lors de la ronde 1.

49 experts ont répondu à la ronde 1 (76,6 % des experts ayant accepté de participer à la thèse).

24 experts ont demandé des modifications aux conseils (49 %).

Les experts ont demandé des modifications pour 39 conseils (68,4 %).

Tableau 5. Demandes de modification des experts ronde 1

N°	Demande de modification	N°	Demande de modification
1	Termes moins scientifiques Modification de la définition Précision sur la définition Reformulation Ajout du professionnel à consulter	**27**	Précision sur la définition Modification sur les conseils de prévention Reformulation
2	Précision sur la définition	**28**	Précision sur la prise en charge Modification de la définition Ajout du professionnel à consulter
3	Reformulation Modification de la définition	**29**	Ajout du professionnel à consulter Reformulation
4	Enlever des précisions	**30**	Précision sur la définition Modification de la définition
5	Précision sur la définition Modification de la définition	**34**	Précision sur la définition Modification de la prise en charge
6	Reformulation Modification de la définition Précision sur la prise en charge	**35**	Reformulation Précision sur les conseils de prévention Modification des conseils de prévention
7	Précision sur la définition Modification de la définition Reformulation	**36**	Modification de la définition
9	Précision sur la définition Précision sur la prise en charge Modification de la définition	**37**	Enlever des précisions Modification des conseils de prévention
10	Précision sur la définition Précision sur la prise en charge Reformulation Modification de la définition Degré d'urgence	**38**	Modification de la définition Ajout du professionnel à consulter
11	Modification de la prise en charge Modification du professionnel à consulter Précision sur la définition	**39**	Précision sur la définition
12	Précision sur la définition Fusion de deux conseils Modification de la prise en charge	**40**	Précision sur la définition
13	Modification des conseils de prévention	**42**	Modification des conseils de prévention Enlever des précisions
16	Modification des conseils de prévention	**46**	Modification de la définition Précision sur la définition
17	Précision sur les conseils de prévention	**48**	Précision sur la définition
20	Reformulation	**51**	Modification du professionnel à consulter Modification de la prise en charge Précision sur la définition
21	Modification des conseils de prévention Précision sur la définition	**52**	Précision sur la définition
22	Précision sur les conseils de prévention	**53**	Précision sur la définition Précision sur la prise en charge
23	Précision sur les conseils de prévention	**54**	Modification de la prise en charge
25	Modification de la prise en charge Précision sur la définition	**57**	Précision sur la définition Modification de la prise en charge Reformulation
26	Reformulation Modification de la prise en charge		

Les reformulations ont été réalisées en double écriture et double lecture par les co-auteures. Au final 27 conseils ont été reformulés à la demande des experts et/ou au vu des commentaires effectués (47,4 %).

Malgré des demandes, les conseils 9, 16, 17, 22, 25, 26, 30, 38, 40, 42, 53 et 57 ont été réitérés tels quels car aucune reformulation plus adéquate n'a pu être définie.

Tableau 6. Reformulation des conseils ronde 1

N°	Conseils proposés lors de la ronde 1	Conseils reformulés et soumis lors de la ronde 2
1	La régurgitation est définie comme le reflux du contenu gastrique dans la bouche, plusieurs fois par jour pendant au moins 3 semaines. Elle est favorisée par la position allongée et les changements de position. Elle est physiologique chez les nourrissons entre 3 semaines et 12 mois.	La régurgitation est définie comme le reflux du contenu gastrique dans la bouche ou par le nez, plusieurs fois par jour pendant au moins 3 semaines. Elle est favorisée par la position allongée et les changements de position. Elle est normale chez les nourrissons entre 3 semaines et 12 mois.
2	En cas de régurgitations gênantes ou dont la fréquence et l'intensité augmente, consultez votre médecin.	En cas de régurgitations avec pleurs ou dont la fréquence et l'intensité augmente, consultez votre médecin.
3	En cas de vomissements de sang, d'étouffement, de blocage respiratoire, de difficultés d'alimentation ou de déglutition ou d'une posture anormale, on peut craindre un reflux gastrique pathologique, consultez en urgence.	On peut craindre un reflux gastrique pathologique en cas de difficultés d'alimentation ou de déglutition ou d'une posture anormale : consultez en urgence. Mais en cas de vomissements de sang, d'étouffement, de blocage respiratoire : consultez aux Urgences.
4	La régurgitation normale ne nécessite pas de traitement. Mais on peut diminuer les symptômes : diminuer les quantités des repas tout en augmentant la fréquence, épaissir le lait, verticaliser le nouveau-né (0 à 28 jours) le plus souvent possible, ne pas trop serrer les vêtements et la couche, le placer sur le ventre lorsqu'il est réveillé et surveillé (ne pas le placer sur le ventre pour dormir), surélever le lit à 30°.	La régurgitation normale ne nécessite pas de traitement. Mais on peut diminuer les symptômes : diminuer les quantités des repas tout en augmentant la fréquence, épaissir le lait, verticaliser le nouveau-né (0 à 28 jours) le plus souvent possible, ne pas trop serrer les vêtements et la couche, le placer sur le ventre lorsqu'il est réveillé et surveillé (ne pas le placer sur le ventre pour dormir).
5	Le transit des nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités au sein, varie énormément : de 7 fois par jour à 1 fois par semaine.	Le transit des nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités au sein, varie énormément : de 7 fois par jour à 1 fois par semaine, sans signe de gène.
6	La constipation fonctionnelle est définie par le passage de moins de deux selles de grand diamètre par semaine. Chez le nouveau-né (0 à 28 jours), la constipation fonctionnelle est normale si la prise de poids est normale.	Chez le nouveau-né (0 à 28 jours), la constipation fonctionnelle est normale si la prise de poids est normale. Elle est définie par le passage de moins de deux grosses selles par semaine.
7	Si vous trouvez que votre nouveau-né (0 à 28 jours) a l'abdomen gonflé et dur, qu'il vomit, qu'il a du sang dans les selles, consultez en urgence.	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a l'abdomen gonflé et dur, qu'il vomit, qu'il a du sang dans les selles, consultez en urgence.
10	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée consultez en urgence car le risque est que votre nouveau-né se déshydrate.	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée (modification brutale du nombre et du caractère des selles) consultez rapidement un médecin car le risque de déshydratation est important.
11	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée vous pouvez débuter un soluté de réhydratation orale tous les quarts d'heures en attendant la consultation aux urgences.	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée vous pouvez débuter un soluté de réhydratation orale tous les quarts d'heures en attendant de consulter rapidement un médecin.
12	Le vomissement est défini comme le rejet par la bouche, avec effort, de liquide d'origine digestive. Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) vomit, consultez en urgence.	Le vomissement se diffère des régurgitations par son caractère en jet ou avec effort de liquide d'origine digestive. Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) vomit, consultez en urgence.
13	Il ne faut pas dormir sur un canapé ou un fauteuil avec un nouveau-né (0 à 28 jours), ni le faire dormir dans un lit d'adulte.	Il ne faut pas dormir sur un canapé ou un fauteuil avec un nouveau-né (0 à 28 jours), ni le faire dormir dans un lit d'adulte (risque de chute ou d'étouffement).
20	Il existe un risque d'étranglement du nouveau-né (0 à 28 jours) pendant son sommeil (ne pas laisser de cordes, de fils électriques, de cordons de rideau… pendre autour du lit du nouveau-né, évitez les colliers, chaînes ou cordelettes avec sucette).	Evitez les colliers, chaînes ou cordelettes avec sucette et ne pas laisser de cordes, de fils électriques, de cordons de rideau… pendre autour du lit du nouveau-né, il existe un risque d'étranglement du nouveau-né (0 à 28 jours) pendant son sommeil.
21	Lorsque le nouveau-né (0 à 28 jours) est éveillé et surveillé, vous pouvez le mettre sur le ventre pour faciliter le développement et réduire le risque de plagiocéphalie positionnelle.	Lorsque le nouveau-né (0 à 28 jours) est éveillé et surveillé, vous pouvez le mettre sur le ventre pour faciliter le développement et réduire le risque de plagiocéphalie positionnelle (aplatissement du crane).
23	Il n'est pas nécessaire d'utiliser des dispositifs commerciaux pour réduire le risque de la mort inattendue du nourrisson.	Il n'est pas nécessaire d'utiliser des dispositifs commerciaux pour réduire le risque de la mort inattendue du nourrisson (matelas pour surveiller la respiration de bébé…).

N°	Conseils proposés lors de la ronde 1	Conseils reformulés et soumis lors de la ronde 2
27	Ne secouez jamais un nouveau-né (0 à 28 jours) pour calmer ses pleurs, cela peut le tuer ou le laisser handicapé à vie : il est très sensible aux secousses car sa tête est lourde et son cou n'est pas assez musclé. Informez-en les personnes qui seront amenées à garder votre nouveau-né. (Plus d'informations sur www.bebesecoue.com).	Ne secouez jamais un nouveau-né (0 à 28 jours) pour calmer ses pleurs, cela peut tuer ou entrainer un handicapé à vie : il est très sensible aux secousses car sa tête est lourde et son cou n'est pas assez musclé. Informez-en les personnes qui seront amenées à garder votre nouveau-né. (Plus d'informations sur www.bebesecoue.com).
28	Les pleurs font partie du développement normal d'un nouveau-né (0 à 28 jours). Un nouveau-né né à terme, en bonne santé, peut pleurer jusqu'à 5 heures par jour sans raison précise et sans réconfort possible.	Les pleurs font partie du développement normal d'un nouveau-né (0 à 28 jours). Un nouveau-né né à terme, en bonne santé, peut pleurer jusqu'à 3 à 5 heures par jour sans raison précise.
29	Si vous ne supportez plus les pleurs de votre nouveau-né (0 à 28 jours), couchez-le dans son lit, sur le dos, sortez de la pièce pour retrouver votre calme et demandez à quelqu'un de prendre le relais avant d'être submergé par la fatigue, le stress, l'exaspération ou la colère. Être parent d'un nouveau-né n'est pas de tout repos encore moins s'il pleure beaucoup. Tachez de vous reposer aussi au moment où votre nouveau-né dort.	Si vous ne supportez plus les pleurs de votre nouveau-né (0 à 28 jours), couchez-le dans son lit, sur le dos, sortez de la pièce pour retrouver votre calme et demandez à quelqu'un de prendre le relais avant d'être submergé par la fatigue, le stress, l'exaspération ou la colère. Être parent d'un nouveau-né n'est pas de tout repos encore moins s'il pleure beaucoup. Reposez vous aussi au moment où votre nouveau-né dort.
34	Pour éviter les coliques, ne secouez pas trop le biberon lors de la reconstitution du lait, vérifiez que l'écoulement de lait par la tétine n'est pas trop rapide, faites attention à la quantité de lait que vous donnez à votre nouveau-né (0 à 28 jours).	Pour éviter les coliques, vérifiez que l'écoulement de lait par la tétine n'est pas trop rapide, faites attention à la quantité de lait que vous donnez à votre nouveau-né (0 à 28 jours).
35	Lorsque votre nouveau-né (0 à 28 jours) a des coliques, essayez de trouver une activité qui le calme : tour en voiture, promenade en poussette et évitez de trop le stimuler.	Lorsque votre nouveau-né (0 à 28 jours) a des coliques, essayez de trouver une activité qui le calme : massage abdominal dans le sens horaire, portage en écharpe ou porte bébé, évitez de trop le stimuler, tour en voiture, promenade en poussette.
36	De sa naissance jusqu'à l'âge de 6 ans, des examens obligatoires permettront le suivi de votre enfant. Neuf examens sont prévus au cours de sa première année : dans les 8 jours qui suivent sa naissance, tous les mois jusqu'à ses 6 mois puis au cours des 9ème et 12ème mois. Tous ces examens sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.	De sa naissance jusqu'à l'âge de 6 ans, des examens obligatoires permettront le suivi de votre enfant : pour sa première année : dans les 8 jours qui suivent sa naissance, tous les mois jusqu'à ses 6 mois puis au cours des 9ème, 11ème et 12ème mois. Tous ces examens sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.
37	Le carnet de santé de votre nouveau-né vous est remis à la maternité, il est le lien indispensable entre les différents professionnels de santé et vous. Présentez-le à chaque consultation et conservez-le précieusement. Vous y trouverez également de nombreux conseils importants, pensez à le lire.	Le carnet de santé de votre nouveau-né vous est remis à la maternité, il est le lien indispensable entre les différents professionnels de santé et vous. Présentez-le à chaque consultation et conservez-le précieusement. Il contient les certificats de visites obligatoires des 9ème et 24ème mois.
39	Les premiers vaccins sont recommandés à l'âge de 2 mois (Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B, Pneumocoque).	Les premiers vaccins sont recommandés à l'âge de 2 mois, ils comportent deux injections d'un vaccin combinant Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B et d'un vaccin contre le Pneumocoque.
46	Ne laissez jamais votre nouveau-né (0 à 28 jours) seul dans son bain, même si vous utilisez un siège de bain ou un tapis anti-glissant, même un court instant : il risque de se noyer en quelques minutes, sans un bruit, même dans 20 centimètres d'eau.	Ne laissez jamais votre nouveau-né (0 à 28 jours) seul dans son bain, même si vous utilisez un siège de bain ou un tapis anti-glissant, même un court instant : il risque de se noyer en quelques minutes, sans un bruit, même dans 5 centimètres d'eau.
48	Préférez un landau plutôt qu'une poussette pour votre nouveau-né (0 à 28 jours). Ne le surchargez pas, ne suspendez pas de sacs aux poignées qui pourraient le déséquilibrer et le faire basculer alors que le nouveau-né y est couché.	Préférez un landau plutôt qu'une poussette pour le dos de votre nouveau-né (0 à 28 jours). Ne le surchargez pas, ne suspendez pas de sacs aux poignées qui pourraient le déséquilibrer et le faire basculer alors que le nouveau-né y est couché.
51	Chez le nouveau-né de moins de 3 mois, le risque d'infection bactérienne est important. Si votre nouveau-né a une température ≥ 38°C en intra rectal, et qu'il est normalement couvert : consultez directement et rapidement aux urgences.	Chez le nouveau-né de moins de 2 mois, le risque d'infection bactérienne est important. Si votre nouveau-né a une température ≥ 38°C en intra rectal recontrolée à 1h d'intervalle, et qu'il est normalement couvert : consultez directement et rapidement aux urgences.
52	Lavage de nez : Il est préférable de le faire avant les repas pour faciliter l'alimentation. Le nouveau-né doit être couché sur le dos et sa tête tournée d'un coté, ou couché sur le coté. Instillez toute la dosette de sérum physiologique dans la narine la plus haute. Une partie du liquide ressort par la narine la plus basse, en balayant les sécrétions présentes dans les cavités nasales. L'opération est répétée de l'autre côté.	Lavage de nez chez le nouveau-né ayant le nez bouché ou qui coule : Il est préférable de le faire avant les repas pour faciliter l'alimentation. Le nouveau-né doit être couché sur le dos et sa tête tournée d'un coté, ou couché sur le coté. Instillez toute la dosette de sérum physiologique dans la narine la plus haute. Une partie du liquide ressort par la narine la plus basse, en balayant les sécrétions présentes dans les cavités nasales. L'opération est répétée de l'autre côté.
54	Dès que vous trouvez que votre nouveau-né (0 à 28 jours) a le nez encombré, qu'il a le nez qui coule, ou qu'il tousse, faites-lui des lavages de nez répétés.	Dès que vous trouvez que votre nouveau-né (0 à 28 jours) a le nez encombré, qu'il a le nez qui coule, ou qu'il tousse, faites-lui des lavages de nez répétés mais espacés.

28 conseils (49,1 %) ont obtenu un accord (≥ 80 % de réponse ≥ 7).

13 conseils (22,8 %) ont fait consensus et ont été validés (accord sans demande de modification).

Tableau 7. Résultats quantitatifs des conseils ayant fait consensus lors de la ronde 1

Thème	Sous thème	N°	Conseils ayant fait consensus lors de la 1ère ronde	Score médian	Score compris entre 1 et 3	Score compris entre 7 et 9
Sommeil	**MIN**	**14**	Le tabagisme passif augmente le risque de la mort inattendue du nourrisson.	9	0 %	94 %
		15	Le nouveau-né (0 à 28 jours) ne doit dormir que dans un lit avec un matelas ferme et adapté au lit et qu'avec une turbulette ou une gigoteuse (pas de couettes, duvets, couvertures, oreillers, jouets ni de tour de lit).	9	0 %	92 %
		18	Ne pas surchauffer la chambre de bébé : la température idéale est entre 18 et 20°C.	9	0 %	100 %
		24	Il faut interdire l'accès de la chambre du nouveau né (0 à 28 jours) à vos animaux : ils pourraient se coucher dans le berceau près de son visage et l'étouffer.	9	4 %	86 %
Pleurs	**Coliques**	**31**	Les coliques sont définies par des épisodes d'irritabilité, d'agitation ou de pleurs qui débutent et se terminent sans raison apparente, chez un nourrisson de moins de 3 mois et durent au moins 3 heures par jour, au moins 3 jours par semaine et pendant au moins 1 semaine. Les coliques sont normales chez le nouveau-né (0 à 28 jours).	8	8 %	88 %
Suivi du nourrisson	**Vaccinations**	**41**	La Coqueluche est particulièrement grave chez le nouveau-né (0 à 28 jours), voire mortelle ; en attendant son premier vaccin à 2 mois, il est recommandé d'utiliser la stratégie du « cocooning » c'est-à-dire de vacciner les enfants et les adultes en contact avec lui.	9	4 %	84 %
Accidents domestiques		**43**	Ne laissez jamais votre nouveau-né (0 à 28 jours) sans surveillance (sur la table à langer, le pèse-bébé, le lit parental, le canapé ou à la garde d'un autre enfant). Gardez toujours une main sur lui pour le maintenir. Il suffit d'un temps très court pour que le nouveau-né tombe.	9	2 %	96 %
		44	Placez toujours le transat, le cosy ou le couffin sur le sol ; attachez toujours la sangle ventrale et l'entrejambe, même pour un trajet très court.	9	2 %	92 %
		47	Vérifiez préalablement la température du bain avant d'y mettre votre nouveau-né (0 à 28 jours), elle doit être à 37°C.	9	4 %	92 %
Infectieux	**Fièvre**	**49**	Evitez les lieux publics très fréquentés, par exemple les centres commerciaux, transports en commun... (particulièrement en période d'épidémie de bronchiolite) avec votre nouveau-né (0 à 28 jours).	9	10 %	80 %
		50	La méthode de référence pour mesurer la température corporelle est le thermomètre électronique par voie rectale. La fièvre est définie par l'élévation de la température au dessus de 38°C, chez un nouveau-né (0 à 28 jours) normalement couvert, exposé à une température ambiante tempérée.	9	6 %	88 %
	Dyspnée	**55**	Le nouveau-né (0 à 28 jours) respire majoritairement par le nez. S'il est bouché, il peut avoir des difficultés pour respirer, d'où l'importance d'effectuer des lavages de nez.	8	6 %	88 %
		56	Le tabagisme passif est un facteur de risque d'infection aigue des voies respiratoires du nouveau-né (0 à 28 jours). Il augmente la fréquence et la gravité des infections respiratoires.	9	6 %	88 %

3. Résultats ronde 2

44 conseils ont été proposés lors de la ronde 2.

Il n'y a eu aucun commentaire concernant les tableaux récapitulatifs individuels envoyés à chaque expert suite à la ronde 1.

Tableau 8. Conseils proposés lors de la ronde 2

Thème	Sous thème	N°	Conseils
Troubles digestifs	**Régurgitation**	**1**	La régurgitation est définie comme le reflux du contenu gastrique dans la bouche ou par le nez, plusieurs fois par jour pendant au moins 3 semaines. Elle est favorisée par la position allongée et les changements de position. Elle est normale chez les nourrissons entre 3 semaines et 12 mois.
		2	En cas de régurgitations avec pleurs ou dont la fréquence et l'intensité augmente, consultez votre médecin.
		3	On peut craindre un reflux gastrique pathologique en cas de difficultés d'alimentation ou de déglutition ou d'une posture anormale : consultez en urgence. Mais en cas de vomissements de sang, d'étouffement, de blocage respiratoire : consultez aux Urgences.
		4	La régurgitation normale ne nécessite pas de traitement. Mais on peut diminuer les symptômes : diminuer les quantités des repas tout en augmentant la fréquence, épaissir le lait, verticaliser le nouveau-né (0 à 28 jours) le plus souvent possible, ne pas trop serrer les vêtements et la couche, le placer sur le ventre lorsqu'il est réveillé et surveillé (ne pas le placer sur le ventre pour dormir).
	Constipation	**5**	Le transit des nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités au sein, varie énormément : de 7 fois par jour à 1 fois par semaine, sans signe de gène.
		6	Chez le nouveau-né (0 à 28 jours), la constipation fonctionnelle est normale si la prise de poids est normale. Elle est définie par le passage de moins de deux grosses selles par semaine.
		7	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a l'abdomen gonflé et dur, qu'il vomit, qu'il a du sang dans les selles, consultez en urgence.
		8	Il est normal que votre nouveau-né (0 à 28 jours) pleure et force durant la défécation.
	Diarrhée	**9**	La diarrhée se définit par une modification brutale : du nombre (plus nombreuses) et du caractère (plus liquides) des selles.
		10	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée (modification brutale du nombre et du caractère des selles) consultez rapidement un médecin car le risque de déshydratation est important.
		11	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée vous pouvez débuter un soluté de réhydratation orale tous les quarts d'heures en attendant de consulter rapidement un médecin.
	Vomissements	**12**	Le vomissement se diffère des régurgitations par son caractère en jet ou avec effort de liquide d'origine digestive. Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) vomit, consultez en urgence.
Sommeil	**MIN**	**13**	Il ne faut pas dormir sur un canapé ou un fauteuil avec un nouveau-né (0 à 28 jours), ni le faire dormir dans un lit d'adulte (risque de chute ou d'étouffement).
		16	Il est recommandé d'installer le lit du nouveau-né (0 à 28 jours) dans la chambre parentale.
		17	Couchez toujours votre nouveau-né (0 à 28 jours) sur le dos, et jamais sur le ventre pour dormir.
		19	Ne pas monter un lit pour enfant s'il manque des pièces, ne pas le réparer.
		20	Evitez les colliers, chaînes ou cordelettes avec sucette et ne pas laisser de cordes, de fils électriques, de cordons de rideau… pendre autour du lit du nouveau-né, il existe un risque d'étranglement du nouveau-né (0 à 28 jours) pendant son sommeil.
		21	Lorsque le nouveau-né (0 à 28 jours) est éveillé et surveillé, vous pouvez le mettre sur le ventre pour faciliter le développement et réduire le risque de plagiocéphalie positionnelle (aplatissement du crane).
		22	Vacciner votre enfant selon les recommandations protège contre la mort inattendue du nourrisson.
		23	Il n'est pas nécessaire d'utiliser des dispositifs commerciaux pour réduire le risque de la mort inattendue du nourrisson (matelas pour surveiller la respiration de bébé…).
		25	Vous pouvez utiliser une sucette lors de la sieste ou pour la nuit. Attendre l'âge de 1 mois pour l'utiliser chez les nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités.
	Sommeil	**26**	Un nouveau-né (0 à 28 jours) dort en moyenne 16 heures par jour (minimum 9h maximum 20h) avec de brèves périodes d'éveil. Si le nouveau-né se réveille en pleurs, attendez un peu. Certains éveils, tout à fait normaux, peuvent se manifester ainsi. Le bébé se rendort rapidement. Si les pleurs persistent, assurez-vous qu'il n'a pas d'inconfort. Évitez de le sortir tout de suite de son berceau.
Pleurs	**Syndrome du bébé secoué/Pleurs**	**27**	Ne secouez jamais un nouveau-né (0 à 28 jours) pour calmer ses pleurs, cela peut tuer ou entrainer un handicapé à vie : il est très sensible aux secousses car sa tête est lourde et son cou n'est pas assez musclé. Informez-en les personnes qui seront amenées à garder votre nouveau-né. (Plus d'informations sur www.bebesecoue.com).

		28	Les pleurs font partie du développement normal d'un nouveau-né (0 à 28 jours). Un nouveau-né né à terme, en bonne santé, peut pleurer jusqu'à 3 à 5 heures par jour sans raison précise.
		29	Si vous ne supportez plus les pleurs de votre nouveau-né (0 à 28 jours), couchez-le dans son lit, sur le dos, sortez de la pièce pour retrouver votre calme et demandez à quelqu'un de prendre le relais avant d'être submergé par la fatigue, le stress, l'exaspération ou la colère. Être parent d'un nouveau-né n'est pas de tout repos encore moins s'il pleure beaucoup. Reposez vous aussi au moment où votre nouveau-né dort.
		30	Le nouveau-né (0 à 28 jours) pleure, c'est sa seule façon de vous dire que : il a faim, sommeil, sa couche est sale, il a chaud ou froid, il y a trop de bruit, il y a trop de monde ou il veut un câlin. En grandissant votre nouveau-né apprendra d'autres façons de vous communiquer ses besoins et les pleurs cesseront.
	Coliques	**32**	Le tabagisme passif peut favoriser la survenue de coliques.
		33	Les coliques peuvent s'accompagner de rougeur du visage, d'une attitude avec les jambes repliées ou les poings serrés, une émission de gaz ou des difficultés pour aller à la selle.
		34	Pour éviter les coliques, vérifiez que l'écoulement de lait par la tétine n'est pas trop rapide, faites attention à la quantité de lait que vous donnez à votre nouveau-né (0 à 28 jours).
		35	Lorsque votre nouveau-né (0 à 28 jours) a des coliques, essayez de trouver une activité qui le calme : massage abdominal dans le sens horaire, portage en écharpe ou porte bébé, évitez de trop le stimuler, tour en voiture, promenade en poussette.
Suivi du nourrisson	**Consultations obligatoires**	**36**	De sa naissance jusqu'à l'âge de 6 ans, des examens obligatoires permettront le suivi de votre enfant : pour sa première année : dans les 8 jours qui suivent sa naissance, tous les mois jusqu'à ses 6 mois puis au cours des 9ème, 11ème et 12ème mois. Tous ces examens sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.
		37	Le carnet de santé de votre nouveau-né vous est remis à la maternité, il est le lien indispensable entre les différents professionnels de santé et vous. Présentez-le à chaque consultation et conservez-le précieusement. Il contient les certificats de visites obligatoires des 9ème et 24ème mois.
		38	Après la sortie de la maternité, deux consultations sont recommandées chez le médecin ou la sage femme : la première dans la semaine après la sortie et si possible dans les 48 heures suivant cette sortie.
	Vaccinations	**39**	Les premiers vaccins sont recommandés à l'âge de 2 mois, ils comportent deux injections d'un vaccin combinant Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B et d'un vaccin contre le Pneumocoque.
		40	Il n'a pas été démontré qu'il existait une association significative entre le risque de survenue d'affections démyélinisantes centrales (telle que la sclérose en plaques) et la vaccination contre l'Hépatite B.
		42	Les vaccins contre le Pneumocoque, l'Haemophilus B et le Méningocoque protègent les nourrissons contre le risque de méningites bactériennes graves.
Accidents domestiques		**45**	Evitez les lits dont les barreaux sont trop espacés (plus de 4,5 cm) : le nouveau-né (0 à 28 jours) risque de se coincer la tête.
		46	Ne laissez jamais votre nouveau-né (0 à 28 jours) seul dans son bain, même si vous utilisez un siège de bain ou un tapis anti-glissant, même un court instant : il risque de se noyer en quelques minutes, sans un bruit, même dans 5 centimètres d'eau.
		48	Préférez un landau plutôt qu'une poussette pour le dos de votre nouveau-né (0 à 28 jours). Ne le surchargez pas, ne suspendez pas de sacs aux poignées qui pourraient le déséquilibrer et le faire basculer alors que le nouveau-né y est couché.
Infectieux	**Fièvre**	**51**	Chez le nouveau-né de moins de 2 mois, le risque d'infection bactérienne est important. Si votre nouveau-né a une température ≥ 38°C en intra rectal recontrolée à 1h d'intervalle, et qu'il est normalement couvert : consultez directement et rapidement aux urgences.
	Dyspnée	**52**	Lavage de nez chez le nouveau-né ayant le nez bouché ou qui coule : Il est préférable de le faire avant les repas pour faciliter l'alimentation. Le nouveau-né doit être couché sur le dos et sa tête tournée d'un coté, ou couché sur le coté. Instillez toute la dosette de sérum physiologique dans la narine la plus haute. Une partie du liquide ressort par la narine la plus basse, en balayant les sécrétions présentes dans les cavités nasales. L'opération est répétée de l'autre côté.
		53	Si vous trouvez que votre nouveau-né (0 à 28 jours) est gêné pour respirer ou qu'il a une respiration sifflante, consultez en urgence un médecin.
		54	Dès que vous trouvez que votre nouveau-né (0 à 28 jours) a le nez encombré, qu'il a le nez qui coule, ou qu'il tousse, faites-lui des lavages de nez répétés mais espacés.
		57	Evitez l'automédication qui pourrait-être dangereuse pour votre nouveau-né (0 à 28 jours).

Lors de la clôture de la seconde ronde, seulement 34 experts avaient répondu soit 69,4 % des experts. N'ayant pas atteint les 70 % de réponse nécessaire entre deux rondes, les auteures ont décidé de relancer par téléphone les 15 experts n'ayant pas répondu. Suite à cette relance, 7 experts ont répondu à la deuxième ronde.

Au final, 41 experts ont répondu à la ronde 2 (83,7 % des experts ayant répondu à la ronde 1).

17 experts ont demandé des modifications aux conseils (41,5 %).

Les experts ont demandé des modifications pour 31 conseils (70,5 %).

Tableau 9. Demandes de modification des experts ronde 2

N°	Demande de modification	N°	Demande de modification
1	Précision sur la définition	27	Reformulation Précision sur les conseils de prévention
3	Degré d'urgence Précision sur la définition	29	Précision sur les conseils de prévention
4	Enlever des précisions Précision sur la prise en charge Précision sur la définition	30	Enlever des précisions Précision sur la définition Reformulation
5	Enlever des précisions Reformulation	34	Précisions sur la prise en charge
7	Degré d'urgence Modification de la définition	35	Enlever des précisions Précisions sur la prise en charge Reformulation
8	Précision sur la définition Reformulation	36	Reformulation Enlever des précisions Modification de la définition
9	Modification de la définition	37	Reformulation
10	Précision sur la définition Degré d'urgence	38	Reformulation Précision sur la définition Suppression du conseil
11	Précision sur la prise en charge	42	Précision sur la définition
12	Précision sur la définition Degré d'urgence Reformulation	45	Reformulation Modification de la définition
19	Modification des conseils de prévention	48	Modification des conseils de prévention Précision sur les conseils de prévention
21	Reformulation	51	Modification de la prise en charge
22	Modification des conseils de prévention	52	Précision sur la prise en charge
23	Précision sur les conseils de prévention	54	Enlever des précisions
25	Modification des conseils de prévention Précision sur les conseils de prévention	57	Précision sur la définition
26	Modification de la prise en charge		

Les reformulations ont été réalisées en double écriture et double lecture par les co-auteures.

Au final 16 conseils ont été modifiés (36,4 %).

Malgré des demandes, les conseils 1, 4, 8, 9, 19, 21, 22, 26, 34, 35, 37, 48, 51, 54 et 57 ont été réitérés tels quels car aucune reformulation plus adéquate n'a pu être définie.

Tableau 10. Reformulation des conseils ronde 2

N°	Conseils proposés lors de la ronde 2	Conseils reformulés et soumis lors de la ronde 3
3	On peut craindre un reflux gastrique pathologique en cas de difficultés d'alimentation ou de déglutition ou d'une posture anormale : consultez en urgence. Mais en cas de vomissements de sang, d'étouffement, de blocage respiratoire : consultez aux Urgences.	En cas de difficultés d'alimentation ou d'une posture anormale : consultez rapidement votre médecin. En cas de vomissements de sang, d'étouffement, de blocage respiratoire : allez aux Urgences.
5	Le transit des nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités au sein, varie énormément : de 7 fois par jour à 1 fois par semaine, sans signe de gène.	Le transit des nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités au sein, varie énormément : de 7 fois par jour à 1 fois par semaine, sans signe de gêne.
7	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a l'abdomen gonflé et dur, qu'il vomit, qu'il a du sang dans les selles, consultez en urgence.	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a l'abdomen gonflé et dur, qu'il vomit plusieurs fois, qu'il a du sang dans les selles, consultez aux Urgences.
10	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée (modification brutale du nombre et du caractère des selles) consultez rapidement un médecin car le risque de déshydratation est important.	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée (modification brutale du nombre et du caractère des selles : liquides et débordantes de la couche) consultez rapidement un médecin car le risque de déshydratation est important.
11	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée vous pouvez débuter un soluté de réhydratation orale tous les quarts d'heures en attendant de consulter rapidement un médecin.	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée vous pouvez débuter un soluté de réhydratation orale tous les quarts d'heures en attendant de consulter un médecin dans la journée.
12	Le vomissement se diffère des régurgitations par son caractère en jet ou avec effort de liquide d'origine digestive. Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) vomit, consultez en urgence.	Le vomissement se différencie des régurgitations par son caractère en jet ou avec effort de liquide d'origine digestive. Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) vomit à plusieurs fois, consultez en urgence.
23	Il n'est pas nécessaire d'utiliser des dispositifs commerciaux pour réduire le risque de la mort inattendue du nourrisson (matelas pour surveiller la respiration de bébé…).	Il n'est pas nécessaire, voire dangereux, d'utiliser des dispositifs commerciaux pour réduire le risque de la mort inattendue du nourrisson (matelas pour surveiller la respiration de bébé…).
25	Vous pouvez utiliser une sucette lors de la sieste ou pour la nuit. Attendre l'âge de 1 mois pour l'utiliser chez les nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités.	Vous pouvez utiliser une sucette (sans cordelette autour du cou) lors de la sieste ou pour la nuit. Attendre l'âge de 1 mois pour l'utiliser chez les nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités.
27	Ne secouez jamais un nouveau-né (0 à 28 jours) pour calmer ses pleurs, cela peut tuer ou entrainer un handicapé à vie : il est très sensible aux secousses car sa tête est lourde et son cou n'est pas assez musclé. Informez-en les personnes qui seront amenées à garder votre nouveau-né. (Plus d'informations sur www.bebesecoue.com).	Ne secouez jamais un nouveau-né (0 à 28 jours) pour calmer ses pleurs, cela peut tuer ou entrainer un handicap à vie : il est très sensible aux secousses car sa tête est lourde et son cou n'est pas assez musclé. Informez-en les personnes qui seront amenées à garder votre nouveau-né. (Plus d'informations sur www.bebesecoue.com).
29	Si vous ne supportez plus les pleurs de votre nouveau-né (0 à 28 jours), couchez-le dans son lit, sur le dos, sortez de la pièce pour retrouver votre calme et demandez à quelqu'un de prendre le relais avant d'être submergé par la fatigue, le stress, l'exaspération ou la colère. Être parent d'un nouveau-né n'est pas de tout repos encore moins s'il pleure beaucoup. Reposez vous aussi au moment où votre nouveau-né dort.	Si vous ne supportez plus les pleurs de votre nouveau-né (0 à 28 jours), couchez-le dans son lit, sur le dos, sortez de la pièce pour retrouver votre calme et demandez à quelqu'un de prendre le relais (si possible) avant d'être submergé par la fatigue, le stress, l'exaspération ou la colère. Être parent d'un nouveau-né n'est pas de tout repos encore moins s'il pleure beaucoup. Reposez vous aussi au moment où votre nouveau-né dort.
30	Le nouveau-né (0 à 28 jours) pleure, c'est sa seule façon de vous dire que : il a faim, sommeil, sa couche est sale, il a chaud ou froid, il y a trop de bruit, il y a trop de monde ou il veut un câlin. En grandissant votre nouveau-né apprendra d'autres façons de vous communiquer ses besoins et les pleurs cesseront.	Le nouveau-né (0 à 28 jours) pleure, c'est sa seule façon de vous dire que : il a faim, sommeil, sa couche est sale, il a chaud ou froid, il y a trop de bruit, il y a trop de monde ou il veut être porté. En grandissant votre nouveau-né apprendra d'autres façons de vous communiquer ses besoins.
36	De sa naissance jusqu'à l'âge de 6 ans, des examens obligatoires permettront le suivi de votre enfant : pour sa première année : dans les 8 jours qui suivent sa naissance, tous les mois jusqu'à ses 6 mois puis au cours des 9ème, 11ème et 12ème mois. Tous ces examens sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.	De sa naissance jusqu'à l'âge de 6 ans, des examens recommandés permettront le suivi de votre enfant : pour sa première année : dans les 8 jours qui suivent sa naissance, tous les mois jusqu'à ses 6 mois puis au cours des 9ème, 11ème et 12ème mois. Tous ces examens sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.
38	Après la sortie de la maternité, deux consultations sont recommandées chez le médecin ou la sage femme : la première dans la semaine après la sortie et si possible dans les 48 heures suivant cette sortie.	Après la sortie de la maternité, deux consultations sont recommandées chez le médecin ou la sage femme : la première dans les deux jours, au plus tard au septième jour.
42	Les vaccins contre le Pneumocoque, l'Haemophilus B et le Méningocoque protègent les nourrissons contre le risque de méningites bactériennes graves.	Les vaccins contre le Pneumocoque, l'Haemophilus B et le Méningocoque protègent les nourrissons contre le risque de la plupart des méningites bactériennes graves.
45	Evitez les lits dont les barreaux sont trop espacés (plus de 4,5 cm) : le nouveau-né (0 à 28 jours) risque de se coincer la tête.	Evitez les lits dont les barreaux sont trop espacés (normes CE) : le nouveau-né (0 à 28 jours) risque de se coincer la tête.
52	Lavage de nez chez le nouveau-né ayant le nez bouché ou qui coule : Il est préférable de le faire avant les repas pour faciliter l'alimentation. Le nouveau-né doit être couché sur le dos et sa tête tournée d'un coté, ou couché sur le coté. Instillez toute la dosette de sérum physiologique dans la narine la plus haute. Une partie du liquide ressort par la narine la plus basse, en balayant les sécrétions présentes dans les cavités nasales. L'opération est répétée de l'autre côté.	Lavage de nez chez le nouveau-né ayant le nez bouché ou qui coule : Il est préférable de le faire avant les repas pour faciliter l'alimentation et avant le coucher. Le nouveau-né doit être couché sur le dos et sa tête tournée d'un coté, ou couché sur le coté. Instillez toute la dosette de sérum physiologique dans la narine la plus haute. Une partie du liquide ressort par la narine la plus basse, en balayant les sécrétions présentes dans les cavités nasales. L'opération est répétée de l'autre côté.

18 conseils (40,9 %) ont obtenu un accord (≥ 80 % de réponse ≥ 7).

5 conseils (11,4 %) ont fait consensus et ont été validés (accord sans demande de modification).

Tableau 11. Résultats quantitatifs des conseils ayant fait consensus lors de la ronde 2

Thème	Sous thème	N°	Conseils ayant fait consensus lors de la 2ème ronde	Score médian	Score compris entre 1 et 3	Score compris entre 7 et 9
Troubles digestifs	**Régurgitation**	**2**	En cas de régurgitations avec pleurs ou dont la fréquence et l'intensité augmente, consultez votre médecin.	8	0 %	83 %
Sommeil	**MIN**	**17**	Couchez toujours votre nouveau-né (0 à 28 jours) sur le dos, et jamais sur le ventre pour dormir.	9	0 %	100 %
		20	Evitez les colliers, chaînes ou cordelettes avec sucette et ne pas laisser de cordes, de fils électriques, de cordons de rideau… pendre autour du lit du nouveau-né, il existe un risque d'étranglement du nouveau-né (0 à 28 jours) pendant son sommeil.	9	2 %	80 %
Accidents domestiques		**46**	Ne laissez jamais votre nouveau-né (0 à 28 jours) seul dans son bain, même si vous utilisez un siège de bain ou un tapis anti-glissant, même un court instant : il risque de se noyer en quelques minutes, sans un bruit, même dans 5 centimètres d'eau.	9	0 %	95 %
Infectieux	**Dyspnée**	**53**	Si vous trouvez que votre nouveau-né (0 à 28 jours) est gêné pour respirer ou qu'il a une respiration sifflante, consultez en urgence un médecin.	9	0 %	83 %

4. Résultats ronde 3

39 conseils ont été proposés lors de la ronde 3.

Il n'y a eu aucun commentaire concernant les tableaux récapitulatifs individuels envoyés à chaque expert suite à la ronde 2.

Tableau 12. Conseils proposés lors de la ronde 3

Thème	Sous thème	N°	Conseils
Troubles digestifs	**Régurgitation**	**1**	La régurgitation est définie comme le reflux du contenu gastrique dans la bouche ou par le nez, plusieurs fois par jour pendant au moins 3 semaines. Elle est favorisée par la position allongée et les changements de position. Elle est normale chez les nourrissons entre 3 semaines et 12 mois.
		3	En cas de difficultés d'alimentation ou d'une posture anormale : consultez rapidement votre médecin. En cas de vomissements de sang, d'étouffement, de blocage respiratoire : allez aux Urgences.
		4	La régurgitation normale ne nécessite pas de traitement. Mais on peut diminuer les symptômes : diminuer les quantités des repas tout en augmentant la fréquence, épaissir le lait, verticaliser le nouveau-né (0 à 28 jours) le plus souvent possible, ne pas trop serrer les vêtements et la couche, le placer sur le ventre lorsqu'il est réveillé et surveillé (ne pas le placer sur le ventre pour dormir).
	Constipation	**5**	Le transit des nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités au sein, varie énormément : de 7 fois par jour à 1 fois par semaine, sans signe de gêne.
		6	Chez le nouveau-né (0 à 28 jours), la constipation fonctionnelle est normale si la prise de poids est normale. Elle est définie par le passage de moins de deux grosses selles par semaine.
		7	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a l'abdomen gonflé et dur, qu'il vomit plusieurs

Thème	Sous thème	N°	Conseils
			fois, qu'il a du sang dans les selles, consultez aux Urgences.
		8	Il est normal que votre nouveau-né (0 à 28 jours) pleure et force durant la défécation.
	Diarrhée	9	La diarrhée se définit par une modification brutale : du nombre (plus nombreuses) et du caractère (plus liquides) des selles.
		10	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée (modification brutale du nombre et du caractère des selles : liquides et débordantes de la couche) consultez rapidement un médecin car le risque de déshydratation est important.
		11	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée vous pouvez débuter un soluté de réhydratation orale tous les quarts d'heures en attendant de consulter un médecin dans la journée.
	Vomissements	12	Le vomissement se différencie des régurgitations par son caractère en jet ou avec effort de liquide d'origine digestive. Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) vomit plusieurs fois, consultez en urgence.
Sommeil	MIN	13	Il ne faut pas dormir sur un canapé ou un fauteuil avec un nouveau-né (0 à 28 jours), ni le faire dormir dans un lit d'adulte (risque de chute ou d'étouffement).
		16	Il est recommandé d'installer le lit du nouveau-né (0 à 28 jours) dans la chambre parentale.
		19	Ne pas monter un lit pour enfant s'il manque des pièces, ne pas le réparer.
		21	Lorsque le nouveau-né (0 à 28 jours) est éveillé et surveillé, vous pouvez le mettre sur le ventre pour faciliter le développement et réduire le risque de plagiocéphalie positionnelle (aplatissement du crane).
		22	Vacciner votre enfant selon les recommandations protège contre la mort inattendue du nourrisson.
		23	Il n'est pas nécessaire, voire dangereux, d'utiliser des dispositifs commerciaux pour réduire le risque de la mort inattendue du nourrisson (matelas pour surveiller la respiration de bébé…).
		25	Vous pouvez utiliser une sucette (sans cordelette autour du cou) lors de la sieste ou pour la nuit. Attendre l'âge de 1 mois pour l'utiliser chez les nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités.
	Sommeil	26	Un nouveau-né (0 à 28 jours) dort en moyenne 16 heures par jour (minimum 9h maximum 20h) avec de brèves périodes d'éveil. Si le nouveau-né se réveille en pleurs, attendez un peu. Certains éveils, tout à fait normaux, peuvent se manifester ainsi. Le bébé se rendort rapidement. Si les pleurs persistent, assurez-vous qu'il n'a pas d'inconfort. Évitez de le sortir tout de suite de son berceau.
Pleurs	Syndrome du bébé secoué/Pleurs	27	Ne secouez jamais un nouveau-né (0 à 28 jours) pour calmer ses pleurs, cela peut tuer ou entrainer un handicap à vie : il est très sensible aux secousses car sa tête est lourde et son cou n'est pas assez musclé. Informez-en les personnes qui seront amenées à garder votre nouveau-né. (Plus d'informations sur www.bebesecoue.com).
		28	Les pleurs font partie du développement normal d'un nouveau-né (0 à 28 jours). Un nouveau-né né à terme, en bonne santé, peut pleurer jusqu'à 3 à 5 heures par jour sans raison précise.
		29	Si vous ne supportez plus les pleurs de votre nouveau-né (0 à 28 jours), couchez-le dans son lit, sur le dos, sortez de la pièce pour retrouver votre calme et demandez à quelqu'un de prendre le relais (si possible) avant d'être submergé par la fatigue, le stress, l'exaspération ou la colère. Être parent d'un nouveau-né n'est pas de tout repos encore moins s'il pleure beaucoup. Reposez vous aussi au moment où votre nouveau-né dort.
		30	Le nouveau-né (0 à 28 jours) pleure, c'est sa seule façon de vous dire que : il a faim, sommeil, sa couche est sale, il a chaud ou froid, il y a trop de bruit, il y a trop de monde ou il veut être porté. En grandissant votre nouveau-né apprendra d'autres façons de vous communiquer ses besoins.
	Coliques	32	Le tabagisme passif peut favoriser la survenue de coliques.
		33	Les coliques peuvent s'accompagner de rougeur du visage, d'une attitude avec les jambes repliées ou les poings serrés, une émission de gaz ou des difficultés pour aller à la selle.
		34	Pour éviter les coliques, vérifiez que l'écoulement de lait par la tétine n'est pas trop rapide, faites attention à la quantité de lait que vous donnez à votre nouveau-né (0 à 28 jours).
		35	Lorsque votre nouveau-né (0 à 28 jours) a des coliques, essayez de trouver une activité qui le calme : massage abdominal dans le sens horaire, portage en écharpe ou porte bébé, évitez de trop le stimuler, tour en voiture, promenade en poussette.
Suivi du nourrisson	Consultations obligatoires	36	De sa naissance jusqu'à l'âge de 6 ans, des examens recommandés permettront le suivi de votre enfant : pour sa première année : dans les 8 jours qui suivent sa naissance, tous les mois jusqu'à ses 6 mois puis au cours des 9ème, 11ème et 12ème mois. Tous ces examens sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.
		37	Le carnet de santé de votre nouveau-né vous est remis à la maternité, il est le lien indispensable entre les différents professionnels de santé et vous. Présentez-le à chaque consultation et conservez-le précieusement. Il contient les certificats de visites obligatoires des 9ème et 24ème mois.
		38	Après la sortie de la maternité, deux consultations sont recommandées chez le médecin ou la sage femme : la première dans les deux jours, au plus tard au septième jour.
	Vaccinations	39	Les premiers vaccins sont recommandés à l'âge de 2 mois, ils comportent deux

Thème	Sous thème	N°	Conseils
			injections d'un vaccin combinant Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B et d'un vaccin contre le Pneumocoque.
		40	Il n'a pas été démontré qu'il existait une association significative entre le risque de survenue d'affections démyélinisantes centrales (telle que la sclérose en plaques) et la vaccination contre l'Hépatite B.
		42	Les vaccins contre le Pneumocoque, l'Haemophilus B et le Méningocoque protègent les nourrissons contre le risque de la plupart des méningites bactériennes graves.
Accidents domestiques		**45**	Evitez les lits dont les barreaux sont trop espacés (normes CE) : le nouveau-né (0 à 28 jours) risque de se coincer la tête.
		48	Préférez un landau plutôt qu'une poussette pour le dos de votre nouveau-né (0 à 28 jours). Ne le surchargez pas, ne suspendez pas de sacs aux poignées qui pourraient le déséquilibrer et le faire basculer alors que le nouveau-né y est couché.
Infectieux	**Fièvre**	**51**	Chez le nouveau-né de moins de 2 mois, le risque d'infection bactérienne est important. Si votre nouveau-né a une température ≥ 38°C en intra rectal recontrolée à 1h d'intervalle, et qu'il est normalement couvert : consultez directement et rapidement aux urgences.
	Dyspnée	**52**	Lavage de nez chez le nouveau-né ayant le nez bouché ou qui coule : Il est préférable de le faire avant les repas pour faciliter l'alimentation et avant le coucher. Le nouveau-né doit être couché sur le dos et sa tête tournée d'un coté, ou couché sur le coté. Instillez toute la dosette de sérum physiologique dans la narine la plus haute. Une partie du liquide ressort par la narine la plus basse, en balayant les sécrétions présentes dans les cavités nasales. L'opération est répétée de l'autre côté.
		54	Dès que vous trouvez que votre nouveau-né (0 à 28 jours) a le nez encombré, qu'il a le nez qui coule, ou qu'il tousse, faites-lui des lavages de nez répétés mais espacés.
		57	Evitez l'automédication qui pourrait-être dangereuse pour votre nouveau-né (0 à 28 jours).

32 experts ont répondu à la ronde 3 (78 % des experts ayant répondu à la ronde 2).

5 experts ont demandé des modifications aux conseils (15,6 %).

Les experts ont demandé des modifications pour 7 conseils (18 %).

Tableau 13. Demandes de modification des experts ronde 3

N°	Demande de modification
3	Degré d'urgence
11	Degré d'urgence Modification de la prise en charge
26	Modification de la prise en charge
38	Modification de la définition
52	Ajout du professionnel à consulter
54	Ajout du professionnel à consulter Précision sur la prise en charge
57	Modification de la prise en charge

Comme précisé dans le mail de la troisième ronde, les conseils n'ont pas été modifiés.

13 conseils (33,3 %) ont obtenu un accord (≥ 80 % de réponse ≥ 7).

12 conseils (30,8 %) ont fait consensus et ont été validés (accord sans demande de modification).

Tableau 14. Résultats quantitatifs des conseils ayant fait consensus lors de la ronde 3

Thème	Sous thème	N°	Conseils ayant fait consensus lors de la 3ème ronde	Score médian	Score compris entre 1 et 3	Score compris entre 7 et 9
Troubles digestifs	**Constipation**	**5**	Le transit des nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités au sein, varie énormément : de 7 fois par jour à 1 fois par semaine, sans signe de gêne.	8,5	6 %	84 %
		7	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a l'abdomen gonflé et dur, qu'il vomit plusieurs fois, qu'il a du sang dans les selles, consultez aux Urgences.	9	3 %	91 %
	Diarrhée	**10**	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée (modification brutale du nombre et du caractère des selles : liquides et débordantes de la couche) consultez rapidement un médecin car le risque de déshydratation est important.	9	6 %	88 %
	Vomissements	**12**	Le vomissement se différencie des régurgitations par son caractère en jet ou avec effort de liquide d'origine digestive. Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) vomit plusieurs fois, consultez en urgence.	9	13 %	81 %
Pleurs	**Syndrome du bébé secoué/Pleurs**	**27**	Ne secouez jamais un nouveau-né (0 à 28 jours) pour calmer ses pleurs, cela peut tuer ou entrainer un handicap à vie : il est très sensible aux secousses car sa tête est lourde et son cou n'est pas assez musclé. Informez-en les personnes qui seront amenées à garder votre nouveau-né. (Plus d'informations sur www.bebesecoue.com).	9	3 %	94 %
		29	Si vous ne supportez plus les pleurs de votre nouveau-né (0 à 28 jours), couchez-le dans son lit, sur le dos, sortez de la pièce pour retrouver votre calme et demandez à quelqu'un de prendre le relais (si possible) avant d'être submergé par la fatigue, le stress, l'exaspération ou la colère. Être parent d'un nouveau-né n'est pas de tout repos encore moins s'il pleure beaucoup. Reposez vous aussi au moment où votre nouveau-né dort.	9	6 %	88 %
	Coliques	**35**	Lorsque votre nouveau-né (0 à 28 jours) a des coliques, essayez de trouver une activité qui le calme : massage abdominal dans le sens horaire, portage en écharpe ou porte bébé, évitez de trop le stimuler, tour en voiture, promenade en poussette.	8,5	9 %	91 %
Suivi du nourrisson	**Consultations obligatoires**	**36**	De sa naissance jusqu'à l'âge de 6 ans, des examens recommandés permettront le suivi de votre enfant : pour sa première année : dans les 8 jours qui suivent sa naissance, tous les mois jusqu'à ses 6 mois puis au cours des 9ème, 11ème et 12ème mois. Tous ces examens sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.	9	9 %	88 %
		37	Le carnet de santé de votre nouveau-né vous est remis à la maternité, il est le lien indispensable entre les différents professionnels de santé et vous. Présentez-le à chaque consultation et conservez-le précieusement. Il contient les certificats de visites obligatoires des 9ème et 24ème mois.	9	6 %	81 %
	Vaccinations	**39**	Les premiers vaccins sont recommandés à l'âge de 2 mois, ils comportent deux injections d'un vaccin combinant Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B et d'un vaccin contre le Pneumocoque.	9	6 %	81 %
Infectieux	**Fièvre**	**51**	Chez le nouveau-né de moins de 2 mois, le risque d'infection bactérienne est important. Si votre nouveau-né a une température ≥ 38°C en intra rectal recontrolée à 1h d'intervalle, et qu'il est normalement couvert : consultez directement et rapidement aux urgences.	9	0 %	94 %
	Dyspnée	**57**	Evitez l'automédication qui pourrait-être dangereuse pour votre nouveau-né (0 à 28 jours).	9	16 %	81 %

5. Résultats ronde 4

Les trois premières rondes ont permis de sélectionner un total de 30 conseils obtenus par consensus. Pour plus de lisibilité nous avons regroupé certains conseils afin d'obtenir un total de 23 conseils.

Il n'y a eu aucun commentaire concernant les tableaux récapitulatifs individuels envoyés à chaque expert suite à la ronde 3.

Tableau 15. Conseils ayant fait consensus regroupés (en grisé)

Thème	Sous thème	Conseils	Conseils regroupés
Tabagisme passif		Le tabagisme passif augmente le risque de la mort inattendue du nourrisson.	Le tabagisme passif augmente le risque de la mort inattendue du nourrisson et est un facteur de risque d'infection aigue des voies respiratoires du nouveau-né (0 à 28 jours). Il augmente la fréquence et la gravité des infections respiratoires.
		Le tabagisme passif est un facteur de risque d'infection aigue des voies respiratoires du nouveau-né (0 à 28 jours). Il augmente la fréquence et la gravité des infections respiratoires.	
Troubles digestifs	**Régurgitation**	En cas de régurgitations gênantes ou dont la fréquence et l'intensité augmente, consultez votre médecin.	En cas de régurgitations gênantes ou dont la fréquence et l'intensité augmente, consultez votre médecin.
	Constipation	Le transit des nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités au sein, varie énormément : de 7 fois par jour à 1 fois par semaine, sans signe de gêne.	Le transit des nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités au sein, varie énormément : de 7 fois par jour à 1 fois par semaine, sans signe de gêne.
		Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a l'abdomen gonflé et dur, qu'il vomit plusieurs fois, qu'il a du sang dans les selles, consultez aux Urgences.	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a l'abdomen gonflé et dur, qu'il vomit plusieurs fois, qu'il a du sang dans les selles, consultez aux Urgences.
	Diarrhée	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée (modification brutale du nombre et du caractère des selles : liquides et débordantes de la couche) consultez rapidement un médecin car le risque de déshydratation est important.	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée (modification brutale du nombre et du caractère des selles : liquides et débordantes de la couche) consultez rapidement un médecin car le risque de déshydratation est important.
	Vomissement	Le vomissement se différencie des régurgitations par son caractère en jet ou avec effort de liquide d'origine digestive. Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) vomit plusieurs fois, consultez en urgence.	Le vomissement se différencie des régurgitations par son caractère en jet ou avec effort de liquide d'origine digestive. Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) vomit plusieurs fois, consultez en urgence.
Sommeil	**MIN**	Couchez toujours votre nouveau-né (0 à 28 jours) sur le dos, et jamais sur le ventre pour dormir.	Couchez toujours votre nouveau-né (0 à 28 jours) sur le dos, et jamais sur le ventre pour dormir. Le nouveau-né (0 à 28 jours) ne doit dormir que dans un lit avec un matelas ferme et adapté au lit et qu'avec une turbulette ou une gigoteuse (pas de couettes, duvets, couvertures, oreillers, jouets ni de tour de lit). Ne pas surchauffer la chambre de bébé : la température idéale est entre 18 et 20°C.
		Le nouveau-né (0 à 28 jours) ne doit dormir que dans un lit avec un matelas ferme et adapté au lit et qu'avec une turbulette ou une gigoteuse (pas de couettes, duvets, couvertures, oreillers, jouets ni de tour de lit).	
		Ne pas surchauffer la chambre de bébé : la température idéale est entre 18 et 20°C.	
		Evitez les colliers, chaînes ou cordelettes avec sucette et ne pas laisser de cordes, de fils électriques, de cordons de rideau… pendre autour du lit du nouveau-né, il existe un risque d'étranglement du nouveau-né (0 à 28 jours) pendant son sommeil.	Evitez les colliers, chaînes ou cordelettes avec sucette et ne pas laisser de cordes, de fils électriques, de cordons de rideau… pendre autour du lit du nouveau-né, il existe un risque d'étranglement du nouveau-né (0 à 28 jours) pendant son sommeil.
		Il faut interdire l'accès de la chambre du nouveau né (0 à 28 jours) à vos animaux : ils pourraient se coucher dans le berceau près de son visage et l'étouffer.	Il faut interdire l'accès de la chambre du nouveau né (0 à 28 jours) à vos animaux : ils pourraient se coucher dans le berceau près de son visage et l'étouffer.
Pleurs	**Syndrome du bébé secoué/Pleurs**	Ne secouez jamais un nouveau-né (0 à 28 jours) pour calmer ses pleurs, cela peut tuer ou entrainer un handicap à vie : il est très sensible aux secousses car satête est lourde et son cou n'est pas assez musclé. Informez-en les personnes qui seront amenées à garder votre nouveau-né. (Plus d'informations sur www.bebesecoue.com).	Ne secouez jamais un nouveau-né (0 à 28 jours) pour calmer ses pleurs, cela peut tuer ou entrainer un handicap à vie : il est très sensible aux secousses car satête est lourde et son cou n'est pas assez musclé. Informez-en les personnes qui seront amenées à garder votre nouveau-né. (Plus d'informations sur www.bebesecoue.com).
		Si vous ne supportez plus les pleurs de votre nouveau-né (0 à 28 jours), couchez-le dans son lit, sur le dos, sortez de la pièce pour retrouver votre	Si vous ne supportez plus les pleurs de votre nouveau-né (0 à 28 jours), couchez-le dans son lit, sur le dos, sortez de la pièce pour retrouver

Thème	Sous thème	Conseils	Conseils regroupés
		calme et demandez à quelqu'un de prendre le relais (si possible) avant d'être submergé par la fatigue, le stress, l'exaspération ou la colère. Être parent d'un nouveau-né n'est pas de tout repos encore moins s'il pleure beaucoup. Reposez vous aussi au moment où votre nouveau-né dort.	votre calme et demandez à quelqu'un de prendre le relais (si possible) avant d'être submergé par la fatigue, le stress, l'exaspération ou la colère. Être parent d'un nouveau-né n'est pas de tout repos encore moins s'il pleure beaucoup. Reposez vous aussi au moment où votre nouveau-né dort.
	Coliques	Les coliques sont définies par des épisodes d'irritabilité, d'agitation ou de pleurs qui débutent et se terminent sans raison apparente, chez un nourrisson de moins de 3 mois et durent au moins 3 heures par jour, au moins 3 jours par semaine et pendant au moins 1 semaine. Les coliques sont normales chez le nouveau-né (0 à 28 jours).	Les coliques sont définies par des épisodes d'irritabilité, d'agitation ou de pleurs qui débutent et se terminent sans raison apparente, chez un nourrisson de moins de 3 mois et durent au moins 3 heures par jour, au moins 3 jours par semaine et pendant au moins 1 semaine. Les coliques sont normales chez le nouveau-né (0 à 28 jours). Lorsque votre nouveau-né (0 à 28 jours) a des coliques, essayez de trouver une activité qui le calme : massage abdominal dans le sens horaire, portage en écharpe ou porte bébé, évitez de trop le stimuler, tour en voiture, promenade en poussette.
		Lorsque votre nouveau-né (0 à 28 jours) a des coliques, essayez de trouver une activité qui le calme : massage abdominal dans le sens horaire, portage en écharpe ou porte bébé, évitez de trop le stimuler, tour en voiture, promenade en poussette.	
Suivi du nourrisson	**Consultations obligatoires**	De sa naissance jusqu'à l'âge de 6 ans, des examens recommandés permettront le suivi de votre enfant : pour sa première année : dans les 8 jours qui suivent sa naissance, tous les mois jusqu'à ses 6 mois puis au cours des 9ème, 11ème et 12ème mois. Tous ces examens sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.	De sa naissance jusqu'à l'âge de 6 ans, des examens recommandés permettront le suivi de votre enfant : pour sa première année : dans les 8 jours qui suivent sa naissance, tous les mois jusqu'à ses 6 mois puis au cours des 9ème, 11ème et 12ème mois. Tous ces examens sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.
		Le carnet de santé de votre nouveau-né vous est remis à la maternité, il est le lien indispensable entre les différents professionnels de santé et vous. Présentez-le à chaque consultation et conservez-le précieusement. Il contient les certificats de visites obligatoires des 9ème et 24ème mois.	Le carnet de santé de votre nouveau-né vous est remis à la maternité, il est le lien indispensable entre les différents professionnels de santé et vous. Présentez-le à chaque consultation et conservez-le précieusement. Il contient les certificats de visites obligatoires des 9ème et 24ème mois.
	Vaccinations	Les premiers vaccins sont recommandés à l'âge de 2 mois, ils comportent deux injections d'un vaccin combinant Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B et d'un vaccin contre le Pneumocoque.	Les premiers vaccins sont recommandés à l'âge de 2 mois, ils comportent deux injections d'un vaccin combinant Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B et d'un vaccin contre le Pneumocoque.
		La Coqueluche est particulièrement grave chez le nouveau-né (0 à 28 jours), voire mortelle ; en attendant son premier vaccin à 2 mois, il est recommandé d'utiliser la stratégie du « cocooning » c'est-à-dire de vacciner les enfants et les adultes en contact avec lui.	La Coqueluche est particulièrement grave chez le nouveau-né (0 à 28 jours), voire mortelle ; en attendant son premier vaccin à 2 mois, il est recommandé d'utiliser la stratégie du « cocooning » c'est-à-dire de vacciner les enfants et les adultes en contact avec lui.
Accidents domestiques		Ne laissez jamais votre nouveau-né (0 à 28 jours) sans surveillance (sur la table à langer, le pèse-bébé, le lit parental, le canapé ou à la garde d'un autre enfant). Gardez toujours une main sur lui pour le maintenir. Il suffit d'un temps très court pour que le nouveau-né tombe.	Ne laissez jamais votre nouveau-né (0 à 28 jours) sans surveillance (sur la table à langer, le pèse-bébé, le lit parental, le canapé ou à la garde d'un autre enfant). Gardez toujours une main sur lui pour le maintenir. Il suffit d'un temps très court pour que le nouveau-né tombe. Placez toujours le transat, le cosy ou le couffin sur le sol ; attachez toujours la sangle ventrale et l'entrejambe, même pour un trajet très court.
		Placez toujours le transat, le cosy ou le couffin sur le sol ; attachez toujours la sangle ventrale et l'entrejambe, même pour un trajet très court.	
		Ne laissez jamais votre nouveau-né (0 à 28 jours) seul dans son bain, même si vous utilisez un siège de bain ou un tapis anti-glissant, même un court instant : il risque de se noyer en quelques minutes, sans un bruit, même dans 5 centimètres d'eau.	Ne laissez jamais votre nouveau-né (0 à 28 jours) seul dans son bain, même si vous utilisez un siège de bain ou un tapis anti-glissant, même un court instant : il risque de se noyer en quelques minutes, sans un bruit, même dans 5 centimètres d'eau. Vérifiez préalablement la température du bain avant d'y mettre votre nouveau-né (0 à 28 jours), elle doit être à 37°C.
		Vérifiez préalablement la température du bain avant d'y mettre votre nouveau-né (0 à 28 jours), elle doit être à 37°C.	
Infectieux	**Fièvre**	Evitez les lieux publics très fréquentés, par exemple les centres commerciaux, transports en commun... (particulièrement en période d'épidémie de bronchiolite) avec votre nouveau-né (0 à 28 jours).	Evitez les lieux publics très fréquentés, par exemple les centres commerciaux, transports en commun... (particulièrement en période d'épidémie de bronchiolite) avec votre nouveau-né (0 à 28 jours).
		La méthode de référence pour mesurer la température corporelle est le thermomètre électronique par voie rectale. La fièvre est définie par l'élévation de la température au dessus de 38°C, chez un nouveau-né (0 à 28 jours) normalement couvert, exposé à une température ambiante	La méthode de référence pour mesurer la température corporelle est le thermomètre électronique par voie rectale. La fièvre est définie par l'élévation de la température au dessus de 38°C, chez un nouveau-né (0 à 28 jours) normalement couvert, exposé à une température

Thème	Sous thème	Conseils	Conseils regroupés
		tempérée.	ambiante tempérée. Chez le nouveau-né de moins de 2 mois, le risque d'infection bactérienne est important. Si votre nouveau-né a une température ≥ 38°C en intra rectal recontrolée à 1h d'intervalle, et qu'il est normalement couvert : consultez directement et rapidement aux urgences.
		Chez le nouveau-né de moins de 2 mois, le risque d'infection bactérienne est important. Si votre nouveau-né a une température ≥ 38°C en intra rectal recontrolée à 1h d'intervalle, et qu'il est normalement couvert : consultez directement et rapidement aux urgences.	
	Dyspnée	Le nouveau-né (0 à 28 jours) respire majoritairement par le nez. S'il est bouché, il peut avoir des difficultés pour respirer, d'où l'importance d'effectuer des lavages de nez.	Le nouveau-né (0 à 28 jours) respire majoritairement par le nez. S'il est bouché, il peut avoir des difficultés pour respirer, d'où l'importance d'effectuer des lavages de nez.
		Si vous trouvez que votre nouveau-né (0 à 28 jours) est gêné pour respirer ou qu'il a une respiration sifflante, consultez en urgence un médecin.	Si vous trouvez que votre nouveau-né (0 à 28 jours) est gêné pour respirer ou qu'il a une respiration sifflante, consultez en urgence un médecin.
		Evitez l'automédication qui pourrait-être dangereuse pour votre nouveau-né (0 à 28 jours).	Evitez l'automédication qui pourrait-être dangereuse pour votre nouveau-né (0 à 28 jours).

27 experts ont répondu à la ronde 4 (84 % des experts ayant répondu à la ronde 3).

Tableau 16. Résultats quantitatifs de la ronde 4

Thème	Sous thème	N°	Conseils	Pourcentage de « oui »	Validé
Tabagisme passif		**1**	Le tabagisme passif augmente le risque de la mort inattendue du nourrisson et est un facteur de risque d'infection aigue des voies respiratoires du nouveau-né (0 à 28 jours). Il augmente la fréquence et la gravité des infections respiratoires.	63 %	OUI
Troubles digestifs	**Régurgitation**	**2**	En cas de régurgitations gênantes ou dont la fréquence et l'intensité augmente, consultez votre médecin.	33 %	NON
	Constipation	**3**	Le transit des nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités au sein, varie énormément : de 7 fois par jour à 1 fois par semaine, sans signe de gêne.	63 %	OUI
		4	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a l'abdomen gonflé et dur, qu'il vomit plusieurs fois, qu'il a du sang dans les selles, consultez aux Urgences.	63 %	OUI
	Diarrhée	**5**	Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée (modification brutale du nombre et du caractère des selles : liquides et débordantes de la couche) consultez rapidement un médecin car le risque de déshydratation est important.	74 %	OUI
	Vomissement	**6**	Le vomissement se différencie des régurgitations par son caractère en jet ou avec effort de liquide d'origine digestive. Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) vomit plusieurs fois, consultez en urgence.	74 %	OUI
Sommeil	**MIN**	**7**	Couchez toujours votre nouveau-né (0 à 28 jours) sur le dos, et jamais sur le ventre pour dormir. Le nouveau-né (0 à 28 jours) ne doit dormir que dans un lit avec un matelas ferme et adapté au lit et qu'avec une turbulette ou une gigoteuse (pas de couettes, duvets, couvertures, oreillers, jouets ni de tour de lit). Ne pas surchauffer la chambre de bébé : la température idéale est entre 18 et 20°C.	100 %	OUI
		8	Evitez les colliers, chaînes ou cordelettes avec sucette et ne pas laisser de cordes, de fils électriques, de cordons de rideau… pendre autour du lit du nouveau-né, il existe un risque d'étranglement du nouveau-né (0 à 28 jours) pendant son sommeil.	48 %	NON
		9	Il faut interdire l'accès de la chambre du nouveau né (0 à 28 jours) à vos animaux : ils pourraient se coucher dans le berceau près de son visage et l'étouffer.	67 %	OUI
Pleurs	**Syndrome du bébé secoué/Pleurs**	**10**	Ne secouez jamais un nouveau-né (0 à 28 jours) pour calmer ses pleurs, cela peut tuer ou entrainer un handicap à vie : il est très sensible aux secousses car satête est lourde et son cou n'est pas assez musclé. Informez-en les personnes qui seront amenées à garder votre nouveau-né. (Plus d'informations sur www.bebesecoue.com).	93 %	OUI
		11	Si vous ne supportez plus les pleurs de votre nouveau-né (0 à 28 jours), couchez-le dans son lit, sur le dos, sortez de la pièce pour retrouver votre calme et demandez à quelqu'un de prendre le relais (si possible) avant d'être submergé par la fatigue, le stress, l'exaspération ou la colère. Être parent d'un nouveau-né n'est pas de	67 %	OUI

Thème	Sous thème	N°	Conseils	Pourcentage de « oui »	Validé
			tout repos encore moins s'il pleure beaucoup. Reposez vous aussi au moment où votre nouveau-né dort.		
	Coliques	**12**	Les coliques sont définies par des épisodes d'irritabilité, d'agitation ou de pleurs qui débutent et se terminent sans raison apparente, chez un nourrisson de moins de 3 mois et durent au moins 3 heures par jour, au moins 3 jours par semaine et pendant au moins 1 semaine. Les coliques sont normales chez le nouveau-né (0 à 28 jours). Lorsque votre nouveau-né (0 à 28 jours) a des coliques, essayez de trouver une activité qui le calme : massage abdominal dans le sens horaire, portage en écharpe ou porte bébé, évitez de trop le stimuler, tour en voiture, promenade en poussette.	78 %	OUI
Suivi du nourrisson	**Consultations obligatoires**	**13**	De sa naissance jusqu'à l'âge de 6 ans, des examens recommandés permettront le suivi de votre enfant : pour sa première année : dans les 8 jours qui suivent sa naissance, tous les mois jusqu'à ses 6 mois puis au cours des 9ème, 11ème et 12ème mois. Tous ces examens sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.	63 %	OUI
		14	Le carnet de santé de votre nouveau-né vous est remis à la maternité, il est le lien indispensable entre les différents professionnels de santé et vous. Présentez-le à chaque consultation et conservez-le précieusement. Il contient les certificats de visites obligatoires des 9ème et 24ème mois.	41 %	NON
	Vaccinations	**15**	Les premiers vaccins sont recommandés à l'âge de 2 mois, ils comportent deux injections d'un vaccin combinant Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B et d'un vaccin contre le Pneumocoque.	74 %	OUI
		16	La Coqueluche est particulièrement grave chez le nouveau-né (0 à 28 jours), voire mortelle ; en attendant son premier vaccin à 2 mois, il est recommandé d'utiliser la stratégie du « cocooning » c'est-à-dire de vacciner les enfants et les adultes en contact avec lui.	44 %	NON
Accidents domestiques		**17**	Ne laissez jamais votre nouveau-né (0 à 28 jours) sans surveillance (sur la table à langer, le pèse-bébé, le lit parental, le canapé ou à la garde d'un autre enfant). Gardez toujours une main sur lui pour le maintenir. Il suffit d'un temps très court pour que le nouveau-né tombe. Placez toujours le transat, le cosy ou le couffin sur le sol ; attachez toujours la sangle ventrale et l'entrejambe, même pour un trajet très court.	81 %	OUI
		18	Ne laissez jamais votre nouveau-né (0 à 28 jours) seul dans son bain, même si vous utilisez un siège de bain ou un tapis anti-glissant, même un court instant : il risque de se noyer en quelques minutes, sans un bruit, même dans 5 centimètres d'eau. Vérifiez préalablement la température du bain avant d'y mettre votre nouveau-né (0 à 28 jours), elle doit être à 37°C.	81 %	OUI
Infectieux	**Fièvre**	**19**	Evitez les lieux publics très fréquentés, par exemple les centres commerciaux, transports en commun... (particulièrement en période d'épidémie de bronchiolite) avec votre nouveau-né (0 à 28 jours).	41 %	NON
		20	La méthode de référence pour mesurer la température corporelle est le thermomètre électronique par voie rectale. La fièvre est définie par l'élévation de la température au dessus de 38°C, chez un nouveau-né (0 à 28 jours) normalement couvert, exposé à une température ambiante tempérée. Chez le nouveau-né de moins de 2 mois, le risque d'infection bactérienne est important. Si votre nouveau-né a une température ≥ 38°C en intra rectal recontrolée à 1h d'intervalle, et qu'il est normalement couvert : consultez directement et rapidement aux urgences.	81 %	OUI
	Dyspnée	**21**	Le nouveau-né (0 à 28 jours) respire majoritairement par le nez. S'il est bouché, il peut avoir des difficultés pour respirer, d'où l'importance d'effectuer des lavages de nez.	63 %	OUI
		22	Si vous trouvez que votre nouveau-né (0 à 28 jours) est gêné pour respirer ou qu'il a une respiration sifflante, consultez en urgence un médecin.	59 %	NON
		23	Evitez l'automédication qui pourrait-être dangereuse pour votre nouveau-né (0 à 28 jours).	48 %	NON

Nous avions prévu de ne sélectionner que 15 conseils à la fin de la quatrième ronde mais 5 conseils ont obtenu des scores identiques : les conseils 1, 3, 4, 13 et 21 avec 63 % d'accord. Nous avons donc décidé d'accepter 16 conseils au total.

Les 16 conseils retenus par les experts devant figurer dans la fiche mémo sont :

1 - Le tabagisme passif augmente le risque de la mort inattendue du nourrisson et est un facteur de risque d'infection aigue des voies respiratoires du nouveau-né (0 à 28 jours). Il augmente la fréquence et la gravité des infections respiratoires.

Thème 1 : Troubles digestifs :

Constipation :

2 - Le transit des nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités au sein, varie énormément : de 7 fois par jour à 1 fois par semaine, sans signe de gêne.

3 - Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a l'abdomen gonflé et dur, qu'il vomit plusieurs fois, qu'il a du sang dans les selles, consultez aux Urgences.

Diarrhée :

4 - Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée (modification brutale du nombre et du caractère des selles : liquides et débordantes de la couche) consultez rapidement un médecin car le risque de déshydratation est important.

Vomissement :

5- Le vomissement se différencie des régurgitations par son caractère en jet ou avec effort de liquide d'origine digestive. Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) vomit plusieurs fois, consultez en urgence.

Thème 2 : Sommeil :

Mort inattendue du nourrisson :

6 - Couchez toujours votre nouveau-né (0 à 28 jours) sur le dos, et jamais sur le ventre pour dormir. Le nouveau-né (0 à 28 jours) ne doit dormir que dans un lit avec un matelas ferme et adapté au lit et qu'avec une turbulette ou une gigoteuse (pas de couettes, duvets, couvertures, oreillers, jouets ni de tour de lit). Ne pas surchauffer la chambre de bébé : la température idéale est entre 18 et 20°C.

7 - Il faut interdire l'accès de la chambre du nouveau né (0 à 28 jours) à vos animaux : ils pourraient se coucher dans le berceau près de son visage et l'étouffer.

Thème 3 : Pleurs :

Syndrome bébé secoué / Pleurs :

8 - Ne secouez jamais un nouveau-né (0 à 28 jours) pour calmer ses pleurs, cela peut tuer ou entrainer un handicap à vie : il est très sensible aux secousses car sa tête est lourde et son cou n'est pas assez musclé. Informez-en les personnes qui seront amenées à garder votre nouveau-né. (Plus d'informations sur www.bebesecoue.com).

9 - Si vous ne supportez plus les pleurs de votre nouveau-né (0 à 28 jours), couchez-le dans son lit, sur le dos, sortez de la pièce pour retrouver votre calme et demandez à quelqu'un de prendre le relais (si possible) avant d'être submergé par la fatigue, le stress, l'exaspération ou la colère. Être parent d'un nouveau-né n'est pas de tout repos encore moins s'il pleure beaucoup. Reposez vous aussi au moment où votre nouveau-né dort.

Coliques :

10 - Les coliques sont définies par des épisodes d'irritabilité, d'agitation ou de pleurs qui débutent et se terminent sans raison apparente, chez un nourrisson de moins de 3 mois et durent au moins 3 heures par jour, au moins 3 jours par semaine et pendant au moins 1 semaine. Les coliques sont normales chez le nouveau-né (0 à 28 jours). Lorsque votre nouveau-né (0 à 28 jours) a des coliques, essayez de trouver une activité qui le calme : massage abdominal dans le sens horaire, portage en écharpe ou porte bébé, évitez de trop le stimuler, tour en voiture, promenade en poussette.

Thème 4 : Suivi du nourrisson :

Consultations obligatoires :

11 - De sa naissance jusqu'à l'âge de 6 ans, des examens recommandés permettront le suivi de votre enfant : pour sa première année : dans les 8 jours qui suivent sa naissance, tous les mois jusqu'à ses 6 mois puis au cours des 9ème, 11ème et 12ème mois. Tous ces examens sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

Vaccinations :

12 - Les premiers vaccins sont recommandés à l'âge de 2 mois, ils comportent deux injections d'un vaccin combinant Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B et d'un vaccin contre le Pneumocoque.

Thème 5 : Accidents domestiques :

13 - Ne laissez jamais votre nouveau-né (0 à 28 jours) sans surveillance (sur la table à langer, le pèse-bébé, le lit parental, le canapé ou à la garde d'un autre enfant). Gardez

toujours une main sur lui pour le maintenir. Il suffit d'un temps très court pour que le nouveau-né tombe. Placez toujours le transat, le cosy ou le couffin sur le sol ; attachez toujours la sangle ventrale et l'entrejambe, même pour un trajet très court.

14 - Ne laissez jamais votre nouveau-né (0 à 28 jours) seul dans son bain, même si vous utilisez un siège de bain ou un tapis anti-glissant, même un court instant : il risque de se noyer en quelques minutes, sans un bruit, même dans 5 centimètres d'eau. Vérifiez préalablement la température du bain avant d'y mettre votre nouveau-né (0 à 28 jours), elle doit être à 37°C.

Thème 6 : Infectieux :

Fièvre :

15 - La méthode de référence pour mesurer la température corporelle est le thermomètre électronique par voie rectale. La fièvre est définie par l'élévation de la température au dessus de 38°C, chez un nouveau-né (0 à 28 jours) normalement couvert, exposé à une température ambiante tempérée. Chez le nouveau-né de moins de 2 mois, le risque d'infection bactérienne est important. Si votre nouveau-né a une température ≥ 38°C en intra rectal recontrolée à 1h d'intervalle, et qu'il est normalement couvert : consultez directement et rapidement aux urgences.

Dyspnée :

16 - Le nouveau-né (0 à 28 jours) respire majoritairement par le nez. S'il est bouché, il peut avoir des difficultés pour respirer, d'où l'importance d'effectuer des lavages de nez.

DISCUSSION

Notre travail a permis de formuler et sélectionner par consensus d'experts une liste de 16 conseils à délivrer aux parents, à la sortie de la maternité concernant la santé de leur nouveau-né, afin de prévenir une situation ou une complication grave ou de réagir rapidement en cas de problème.

Notre travail est original, à notre connaissance, il s'agit de la première étude dans laquelle un panel d'experts a été interrogé pour définir les messages indispensables, hors puériculture, à délivrer aux parents à la sortie de la maternité sur la santé de leur nouveau-né.

Le choix de la méthode Delphi est une force de notre étude. D'après des données de novembre 2010, sur la base Medline, cette méthode serait utilisée de façon croissante ces dernières décennies (28)**.** Elle permet, notamment, d'obtenir un consensus d'experts en évitant les effets de « leader opinion » grâce à l'anonymat qui permet également d'encourager la créativité, l'honnêteté et la considération équilibrée des idées entre les experts. Elle permet, de plus, d'interroger des experts dans des lieux géographiques éloignés (absence de limitation géographique, temporelle ou d'autres contraintes) ce qui limite d'autant plus le nombre de perdu de vue.

Nous avons inclus un grand nombre d'experts au début de notre étude ce qui nous permet d'obtenir une bonne représentativité des professionnels de santé de l'Aveyron et de Toulouse intramuros. Nous avons également pu maintenir un taux de participation de plus de 70 % à chaque ronde ce qui donne de la puissance à nos résultats.

Notre choix d'inclure des GO et des SF est une force puisque ce sont des professionnels de santé qui sont amenés à véhiculer les conseils de prévention aux parents à la sortie de la maternité.

Dans l'analyse de nos résultats, nous avons choisi de coder les commentaires des experts en double aveugle afin d'augmenter la puissance de notre analyse qualitative.

Parmi les limites de notre étude, nous pouvons tout d'abord retenir l'absence de revue systématique de la littérature pour la rédaction des conseils. Nous avons effectué une

revue narrative de la littérature sur les seules bases de données PubMed et la BDSP, sans double lecture et sans utilisation de grille de lecture. De plus, certaines références étaient inaccessibles à la documentation. Cependant, les auteures ont discuté de la pertinence des références incluses à la fin de cette revue narrative de la littérature ainsi que de la rédaction des conseils, ce qui permet de diminuer ce biais de sélection.

Il n'existe pas de directive universelle concernant l'élaboration de la méthode Delphi. Certains auteurs (33) interrogeaient les groupes d'experts préalablement afin de définir les thèmes à aborder lors des différentes rondes alors que d'autres (29) définissaient eux-mêmes préalablement les thèmes avant de les soumettre aux experts. Pour notre travail, nous avons choisi la deuxième option puisque nous souhaitions cibler les conseils de santé publique et de prise en charge spécialisée ou urgente immédiate en excluant les conseils de puériculture.

Dans l'élaboration de la méthode Delphi, il n'existe pas de principe quant au nombre de rondes correct à effectuer, bien que les données de la littérature conseillent de faire entre deux et quatre rondes (28)**.** Dans notre travail, nous avons réalisé une quatrième et dernière ronde différente des trois autres puisque les experts restaient très indécis dans leurs réponses et qu'il était difficile pour eux d'éliminer des conseils. L'objectif de notre étude était d'avoir un nombre limité de conseils à donner aux parents à la sortie de la maternité, nous avons donc fixé à 15 le nombre de conseils à valider lors de cette dernière ronde. Il n'existe pas de normes convenues concernant l'interprétation et l'analyse des résultats, de définition universellement acceptée concernant le seuil du consensus, ainsi que les critères de sélection des experts.

Concernant la méthode en elle-même, elle peut entrainer un biais d'information puisqu'elle privilégie, par définition, l'opinion majoritaire du groupe, elle ne retient pas les opinions extrêmes, bien qu'il puisse s'agir d'idées novatrices et intéressantes à explorer et elle ne permet pas les débats entre les participants. Enfin, la généralisation des résultats est limitée puisqu'un autre groupe d'experts peut aboutir à des conclusions différentes.

Concernant le recrutement des experts, il existe un biais de sélection : les experts sélectionnés pour notre étude exerçaient exclusivement à Toulouse intramuros et dans le nord Aveyron et étaient recrutés sur le mode du volontariat donc motivés et impliqués pour participer à notre étude. De plus, certains experts ont été nos maitres de stage durant notre

internat, ils ont cependant bénéficié de la même attention que tous les autres experts inclus dans notre travail.

Nous n'avons pas réalisé de calcul à priori quant au nombre de professionnels nécessaires à inclure dans notre étude. Toutefois, nous avons essayé d'avoir un panel d'experts le plus juste possible dans la représentativité de chaque spécialité. Nous avons fait particulièrement attention à inclure un nombre de Péd concordant avec le nombre total de Péd exerçant dans les départements cibles, il en a été de même avec les autres spécialités dans des proportions moindres.

Concernant le choix des experts à inclure, nous avons décidé d'intégrer les GO et les SF, bien qu'ils puissent introduire un biais dans les résultats de notre étude. En effet, les GO suivent moins les nouveau-nés dans les premiers mois de vie et sont donc moins impliqués dans la délivrance des conseils à la sortie de la maternité. Les SF, quant à elles, seraient moins sensibilisées aux conduites à tenir urgentes et plus centrées sur les soins de puériculture. Cependant, notre étude s'intéressait avant tout à l'expérience personnelle de chaque expert qui pouvait être confronté aux questions des parents à la sortie de la maternité afin d'adapter au mieux les conseils à leur délivrer.

Concernant le recueil des données, l'anonymat entre les experts a été respecté tout au long de notre étude. Toutefois, nous connaissions l'identité de chaque expert, les résultats n'ont pas été interprétés de façon anonyme, nous avons donc pu introduire un biais dans l'évaluation des commentaires faits par ceux-ci. Nous pouvons également retenir comme biais d'interprétation, une rédaction des conseils pouvant parfois porter à confusion. La qualité des résultats d'une méthode Delphi dépend, entre autre, de la formulation et du contenu des propositions à évaluer. Une mauvaise formulation des conseils pouvaient influencer leur interprétation, et donc leur évaluation, altérant ainsi la pertinence des résultats (34). Les experts avaient cependant la possibilité d'émettre à chaque ronde des commentaires et des demandes de modification pour tous les conseils.

Nous avons eu un grand nombre de perdus de vue tout au long de notre étude. Ce chiffre peut s'expliquer tout d'abord, par le fait qu'un certain nombre d'experts ne maitrisait pas bien internet, et notamment la fonction « copier-coller » nécessaire au bon déroulement des rondes, bien que nous ayons donné des explications claires sur ce sujet lors des deux premières rondes. De plus, les GO, peut être moins impliqués dans notre projet, ont été perdus de vue.

Nous avons été dans l'obligation d'effectuer une quatrième et dernière ronde puisqu'il semble que certains experts aient eu des difficultés de compréhension quant aux objectifs des rondes, et ce, malgré les explications fournies avant le lancement de l'enquête, pourtant réitérées avant chaque nouvelle ronde et rappelées en tête de chaque questionnaire. Les experts ont également eu beaucoup de problème à éliminer des conseils (au cours des trois premières rondes aucun conseil n'a été éliminé) et certains experts notaient seulement par « 1 » ou « 9 » chaque conseil alors que d'autres mettaient une note de « 9 » à tous les conseils, validant ainsi beaucoup trop de conseil pour ne réaliser que trois rondes. Enfin, certains experts ont mis des notes élevées alors que dans leurs commentaires, ils modifiaient complètement le conseil, ou disaient qu'il n'était pas important. Au cours de l'étude, quelques experts, tous professionnels de santé confondus, n'ont pas retenu certains conseils car ils les trouvaient trop angoissants pour les parents alors que ceux ci nous paraissaient pourtant indispensables. En effet, nous pensons que le rôle du professionnel de santé est de prévenir des événements pouvant entrainer une hospitalisation ou la mort du nouveau-né même si en informer les parents peut être angoissant pour eux.

Certaines mesures ont déjà été mises en place pour améliorer l'éducation des parents. En effet, depuis 2012, l'assurance maladie a instauré le PRADO (PRogramme d'Accompagement de retour à DOmicile) consistant à proposer à la mère deux visites à domicile d'une SF libérale après la sortie de la maternité (6). En mai 2016, le Haut Conseil de la Santé Publique a émis un avis relatif à la refonte du carnet de santé de l'enfant car il estimait que les familles ne s'appropriaient pas de manière suffisante le carnet de santé et que son utilisation par les professionnels de santé n'était pas optimale (35). Dans cet avis, il est proposé entre autre :

- D'introduire un calendrier vaccinal amovible afin que celui-ci reste à jour,
- De rajouter une case à cocher par les professionnels de santé à la sortie de la maternité afin de s'assurer que les conseils sur la MIN ont été donné,
- De modifier les images concernant la MIN,
- D'apporter des précisions sur la prévention des accidents domestiques, l'hyperthermie, la diarrhée, les vomissements et la dyspnée,
- De rajouter la question « conditions de couchage adapté ? » aux examens au cours du deuxième, quatrième et neuvième mois.

De plus, certaines maternités comme celles de Rodez ou du CHU de Toulouse donnent aux parents à la sortie de la maternité des fiches conseils regroupant des conseils de prévention et de puériculture (Annexes 11 et 12).

Dans l'enquête effectuée par la DREES en 2008, les parents à la sortie de la maternité exprimaient leur désarroi face au manque d'information concernant la santé de leur nouveau-né (6). Les professionnels de santé ne délivreraient pas assez les conseils fondamentaux à la sortie de la maternité, probablement par manque de temps. Nous pouvons mettre en cause les sous effectifs dans les services hospitaliers, le temps de consultation limité dans les cabinets libéraux (dû, entre autre, à la surconsommation de soins) ainsi que le grand nombre d'informations à délivrer aux parents. De plus, les professionnels de santé pourraient avoir des connaissances limitées ou erronées concernant certains sujets à aborder avec les parents. Certains commentaires recueillis dans notre travail, nous ont permis de nous rendre compte que des professionnels de santé n'étaient pas à jour sur certaines recommandations, notamment, celles concernant la définition et la prise en charge de la fièvre chez le nouveau-né, les conditions de couchage et la possibilité du co-sleeping.

C'est pour cela qu'il est important de former les professionnels de santé et de leur mettre à disposition des supports d'information sur lesquels ils pourraient s'appuyer sous format papier ou numérique (notamment sur le site du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse : Pédiadoc.fr). Notre fiche mémo permettrait aux professionnels de santé de cibler et/ou de hiérarchiser les conseils primordiaux à délivrer aux parents à la sortie de la maternité afin de les éduquer au mieux. L'objectif pourrait être de diminuer les consultations inutiles aux urgences, prévenir des situations ou des complications graves et réagir rapidement en cas de problème.

Lors des consultations, les professionnels de santé pourraient se servir de notre fiche mémo comme d'une base de discussion avec les parents afin de détecter ce qui est acquis ou non et ainsi insister sur certains points. De plus, durant les consultations de suivi du nouveau-né, l'examen clinique est souvent long, les parents ont généralement beaucoup de questions et les professionnels ont beaucoup d'informations à délivrer, ils pourraient donc aussi se servir de notre fiche mémo comme d'une trame tout au long de la consultation afin de ne pas oublier certains de ces conseils primordiaux.

CONCLUSION

Notre thèse nous a permis de créer une fiche mémo contenant 16 conseils indispensables à donner aux parents à la sortie de la maternité, concernant la santé de leur nouveau-né, validés par un consensus d'expert comprenant des médecins généralistes, des sages femmes, des gynécologues-obstétriciens, des urgentistes et des pédiatres. Il serait intéressant d'évaluer, auprès des professionnels de santé, la praticité de notre fiche mémo.

Conseils à donner aux parents à la sortie de la maternité concernant la santé de leur nouveau-né
(0 à 28 jours)

Fiche mémo – Professionnels de santé

1/ Toujours coucher le nouveau-né (0 à 28 jours) sur le dos, et jamais sur le ventre pour dormir. Le nouveau-né ne doit dormir que dans un lit avec un matelas ferme et adapté au lit et qu'avec une turbulette ou une gigoteuse (pas de couettes, duvets, couvertures, oreillers, jouets ni de tour de lit). Ne pas surchauffer la chambre : la température idéale est entre 18 et 20°C.

2/ Interdire l'accès de la chambre du nouveau né aux animaux : ils pourraient se coucher dans le berceau près de son visage et l'étouffer.

3/ Ne jamais secouer un nouveau-né pour calmer ses pleurs, cela peut tuer ou entrainer un handicap à vie : il est très sensible aux secousses car sa tête est lourde et son cou n'est pas assez musclé. Informer les personnes qui seront amenées à le garder. (Plus d'informations sur www.bebesecoue.com).

4/ Si on ne supporte plus les pleurs du nouveau-né, le coucher dans son lit, sur le dos, sortir de la pièce pour retrouver son calme et demander à quelqu'un de prendre le relais (si possible) avant d'être submergé par la fatigue, le stress, l'exaspération ou la colère. Être parent d'un nouveau-né n'est pas de tout repos encore moins s'il pleure beaucoup. Se reposer aussi au moment où il dort.

5/ Ne jamais laisser le nouveau-né sans surveillance (sur la table à langer, le pèse-bébé, le lit parental, le canapé ou à la garde d'un autre enfant). Toujours garder une main sur lui pour le maintenir. Il suffit d'un temps très court pour que le nouveau-né tombe. Toujours placer le transat, le cosy ou le couffin sur le sol ; toujours attacher la sangle ventrale et l'entrejambe, même pour un trajet très court.

6/ Ne jamais laisser le nouveau-né seul dans son bain, même en utilisant un siège de bain ou un tapis anti-glissant, même un court instant : il risque de se noyer en quelques minutes, sans un bruit, même dans 5 centimètres d'eau. Vérifier au préalable la température du bain avant d'y mettre le nouveau-né, elle doit être à 37°C.

7/ La méthode de référence pour mesurer la température corporelle est le thermomètre électronique par voie rectale. La fièvre est définie par l'élévation de la température au dessus de 38°C, chez un nouveau-né normalement couvert, exposé à une température ambiante tempérée. Chez le nouveau-né de moins de 2 mois, le risque d'infection bactérienne est important. Si le nouveau-né a une température ≥ 38°C en intra rectal recontrolée à 1h d'intervalle,

et qu'il est normalement couvert : consulter directement et rapidement aux urgences.

8/ Le transit des nouveau-nés allaités au sein, varie énormément : de 7 fois par jour à 1 fois par semaine, sans signe de gêne.

9/ Si le nouveau-né a l'abdomen gonflé et dur, qu'il vomit plusieurs fois, qu'il a du sang dans les selles, consulter aux Urgences.

10/ Si le nouveau-né a la diarrhée (modification brutale du nombre et du caractère des selles : liquides et débordantes de la couche) consulter rapidement un médecin car le risque de déshydratation est important.

11/ Le vomissement se différencie des régurgitations par son caractère en jet ou avec effort de liquide d'origine digestive. Si le nouveau-né vomit plusieurs fois, consulter en urgence.

12/ Les coliques sont définies par des épisodes d'irritabilité, d'agitation ou de pleurs qui débutent et se terminent sans raison apparente, chez un nourrisson de moins de 3 mois ; elles durent au moins 3 heures par jour, au moins 3 jours par semaine et pendant au moins 1 semaine. Les coliques sont normales chez le nouveau-né. Lorsque le nouveau-né a des coliques, essayer de trouver une activité qui le calme : massage abdominal dans le sens horaire, portage en écharpe ou porte bébé, éviter de trop le stimuler, tour en voiture, promenade en poussette.

13/ Le nouveau-né respire majoritairement par le nez. S'il est bouché, il peut avoir des difficultés pour respirer, d'où l'importance d'effectuer des lavages de nez.

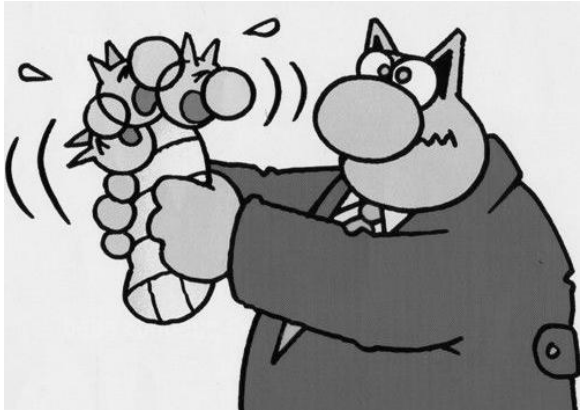
14/ Le tabagisme passif augmente le risque de la mort inattendue du nourrisson et est un facteur de risque d'infection aigue des voies respiratoires du nouveau-né. Il augmente la fréquence et la gravité des infections respiratoires.15 - De sa naissance jusqu'à l'âge de 6 ans, des examens recommandés permettront le suivi de l'enfant : pour sa première année : dans les 8 jours qui suivent sa naissance, tous les mois jusqu'à ses 6 mois puis au cours des 9ème, 11ème et 12ème mois. Tous ces examens sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

16/ Les premiers vaccins sont recommandés à l'âge de 2 mois, ils comportent deux injections d'un vaccin combinant Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B et d'un vaccin contre le Pneumocoque.

Conseils à donner aux parents à la sortie de la maternité concernant la santé de leur nouveau-né

Couchez toujours votre nouveau-né (0 à 28 jours) sur le dos, et jamais sur le ventre pour dormir. Le nouveau-né (0 à 28 jours) ne doit dormir que dans un lit avec un matelas ferme et adapté au lit et qu'avec une turbulette ou une gigoteuse (pas de couettes, duvets, couvertures, oreillers, jouets ni de tour de lit). Ne pas surchauffer la chambre de bébé : la température idéale est entre 18 et 20°C.

Il faut interdire l'accès de la chambre du nouveau né (0 à 28 jours) à vos animaux : ils pourraient se coucher dans le berceau près de son visage et l'étouffer.



Ne secouez jamais un nouveau-né (0 à 28 jours) pour calmer ses pleurs, cela peut tuer ou entrainer un handicap à vie : il est très sensible aux secousses car sa tête est lourde et son cou n'est pas assez musclé. Informez-en les personnes qui seront amenées à garder votre nouveau-né. (Plus d'informations sur www.bebesecoue.com).

Si vous ne supportez plus les pleurs de votre nouveau-né (0 à 28 jours), couchez-le dans son lit, sur le dos, sortez de la pièce pour retrouver votre calme et demandez à quelqu'un de prendre le relais (si possible) avant d'être submergé par la fatigue, le stress, l'exaspération ou la colère. Être parent d'un nouveau-né n'est pas de tout repos encore moins s'il pleure beaucoup. Reposez vous aussi au moment où votre nouveau-né dort.

Ne laissez jamais votre nouveau-né (0 à 28 jours) sans surveillance (sur la table à langer, le pèse-bébé, le lit parental, le canapé ou à la garde d'un autre enfant). Gardez toujours une main sur lui pour le maintenir. Il suffit d'un temps très court pour que le nouveau-né tombe. Placez toujours le transat, le cosy ou le couffin sur le sol ; attachez toujours la sangle ventrale et l'entrejambe, même pour un trajet très court.

Ne laissez jamais votre nouveau-né (0 à 28 jours) seul dans son bain, même si vous utilisez un siège de bain ou un tapis anti-glissant, même un court instant : il risque de se noyer en quelques minutes, sans un bruit, même dans 5 centimètres d'eau. Vérifiez préalablement la température du bain avant d'y mettre votre nouveau-né (0 à 28 jours), elle doit être à 37°C.

La méthode de référence pour mesurer la température corporelle est le thermomètre électronique par voie rectale. La fièvre est définie par l'élévation de la température au dessus de 38°C, chez un nouveau-né (0 à 28 jours) normalement couvert, exposé à une température ambiante tempérée. Chez le nouveau-né de moins de 2 mois, le risque d'infection bactérienne est important. Si votre nouveau-né a une température ≥ 38°C en intra rectal recontrolée à 1h d'intervalle, et qu'il est normalement couvert : consultez directement et rapidement aux urgences.

Le transit des nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités au sein, varie énormément : de 7 fois par jour à 1 fois par semaine, sans signe de gêne.

Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a l'abdomen gonflé et dur, qu'il vomit plusieurs fois, qu'il a du sang dans les selles, consultez aux Urgences.

Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée (modification brutale du nombre et du caractère des selles : liquides et débordantes de la couche) consultez rapidement un médecin car le risque de déshydratation est important.

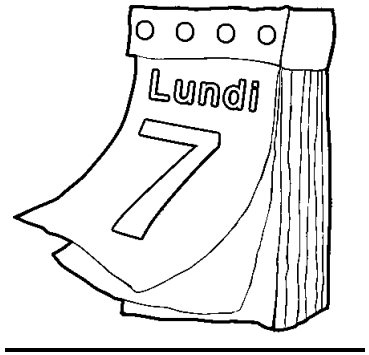
Le vomissement se différencie des régurgitations par son caractère en jet ou avec effort de liquide d'origine digestive. Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) vomit plusieurs fois, consultez en urgence.

Les coliques sont définies par des épisodes d'irritabilité, d'agitation ou de pleurs qui débutent et se terminent sans raison apparente, chez un nourrisson de moins de 3 mois et durent au moins 3 heures par jour, au moins 3 jours par semaine et pendant au moins 1 semaine. Les coliques sont normales chez le nouveau-né (0 à 28 jours). Lorsque votre nouveau-né (0 à 28 jours) a des coliques, essayez de trouver une activité qui le calme : massage abdominal dans le sens horaire, portage en écharpe ou porte bébé, évitez de trop le stimuler, tour en voiture, promenade en poussette.

Le nouveau-né (0 à 28 jours) respire majoritairement par le nez. S'il est bouché, il peut avoir des difficultés pour respirer, d'où l'importance d'effectuer des lavages de nez.

Le tabagisme passif augmente le risque de la mort inattendue du nourrisson et est un facteur de risque d'infection aigue des voies respiratoires du nouveau-né (0 à 28 jours). Il augmente la fréquence et la gravité des infections respiratoires.

De sa naissance jusqu'à l'âge de 6 ans, des examens recommandés permettront le suivi de votre enfant : pour sa première année : dans les 8 jours qui suivent sa naissance, tous les mois jusqu'à ses 6 mois puis au cours des 9ème, 11ème et 12ème mois. Tous ces examens sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.



Les premiers vaccins sont recommandés à l'âge de 2 mois, ils comportent deux injections d'un vaccin combinant Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B et d'un vaccin contre le Pneumocoque.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bellamy V, Beaumel C. Bilan démographique 2014. Des décès moins nombreux. Insee Première. 2015.

2. Bellamy V, Beaumel C. Bilan démographique 2015. Insee. Insee Première [Internet]. 2016 [cité 10 déc 2016]; Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908103#titre-bloc-5>

3. Insee. Taux de mortalité infantile en 2015. Insee [Internet]. 2015 [cité 11 déc 2016]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2383444>

4. Niel X, Beaumel C. Le nombre de décès augmente, l'espérance de vie aussi. Insee Premiere. 2010 ; (1318).

5. Haute Autorité de Santé. La HAS souhaite améliorer la sécurité autour de la mère et de l'enfant à naître dans les établissements de santé [Internet]. 2014 [cité 14 mars 2016]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1736465/fr/la-has-souhaite-ameliorer-la-securite-autour-de-la-mere-et-de-lenfant-a-naitre-dans-les-etablissements-de-sante>

6. Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. [cité 13 juin 2016]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nes>

7. Dubos JP, Codaccioni X. L'éducation pour la santé en maternité. Arch Pédiatr. 2000 ; 7 : 299-301.

8. ORUMIP. Panorama 2015 de la région Midi-Pyrénées [Internet]. ORUMIP. 2016 [cité 9 mai 2017]. Disponible sur : <https://www.orumip.fr/2016/06/panorama-2015-de-la-region-midi-pyrenees/>

9. Claudet I, De Montis P, Debuisson C, Maréchal C, Honorat R, Grouteau E. Fréquentation des urgences pédiatriques par les nouveau-nés. Arch Pediatr. 2012 ; 19 : 900-6.

10. Richier P, Gocko X, Mory O, Trombert-Paviot B, Patural H. Étude épidémiologique des consultations précoces de nouveau-nés aux services d'accueil des urgences pédiatriques. Arch Pediatr. 2015 ; 22 : 135-140.

11. Vandenplas Y, Alarcon P, Alliet P, De Greef E, De Ronne N, Hoffman I, et al. Algorithms for managing infant constipation, colic, regurgitation and cow's milk allergy in formula-fed infants. Acta Paediatr. 2015 ; 104 (5) : 449-57.

12. Alkizim F, Matheka D, Muriithi A. Childhood diarrhoea : failing conventional measures, what next ? Pan Afr Med J. 2011 ; 8 : 47.

13. Ratnayake K, Kim TY. Evidence-based management of neonatal vomiting in the emergency department. Pediatr Emerg Med Pract. 2014 ; 11 (11) : 1-20.

14. Alauzet F, Blanc S, Montaudie I, Piccini-Bailly C, Berlioz-Baudoin M, Begassat M, et al. Recommandations de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) concernant la prise en charge de la toux aiguë du nourrisson : impact sur les familles et les pharmacies. Arch Pédiatr. 2014 ; 21 (5) : 469-75.

15. Bloch J, Jezewski Serra D, Denis P. Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans. Enquête nationale 2007-2009. Institut de Veille Sanitaire ; 2011.

16. Haute Autorité de Santé. Syndrome du bébé secoué. Recommandations de la commission d'audition. HAS ; 2011. 27.

17. Jule L, Chevallier B. Accidents de l'enfant : quelles sont les données épidémiologiques pertinentes ? Rev Prat. 2009 ; 59 (2) : 219-21.

18. Boivin J-M, Weber F, Fay R, Monin P. Prise en charge de la fièvre de l'enfant : les connaissances et pratiques des parents sont-elles satisfaisantes ? Arch Pédiatr. 2007 ; 14 (4) : 322-9.

19. Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.). Avis relatif à la simplification du calendrier vaccinal. HCSP ; 2012. 21.

20. Brochure mort subite du nourrisson [Internet]. [cité 8 janv 2017]. Disponible sur : <http://naitre-et-vivre.org/wp-content/uploads/2015/09/brochuremortsubitenourrisson_A4.pdf>

21. Centre Ressources Francilien du Traumatisme Crânien. CRFTC [Internet]. [cité 19 janv 2017]. Disponible sur : <http://www.crftc.org>

22. Plaquette de prévention multi-risques. [Internet]. [cité 3 déc 2016]. Disponible sur : <http://naitre-et-vivre.org/wp-content/uploads/2015/09/plaquette-nationale-MIN.pdf>

23. Baillette P, Fallery B, Girard A. La méthode Delphi pour définir les accords et les controverses : applications à l'innovation dans la traçabilité et dans le e-recrutement. 18ème Colloque de l'Association Information et Management (AIM). Lyon, France ; 2013 : 1-22.

24. Keeney S, Hasson F, McKenna H. Consulting the oracle : ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. J Adv Nurs. 2006 ; 53 (2) : 205-12.

25. Dupouy J, Kinouani S. Revue systématique de la littérature : chic et pratique ! erespect. 2013 ; (3) : 19-26.

26. Dalkey N, Helmer O. An experimental application of the DELPHI method to the use of experts. Management Science. 1963;9(3):458-67.

27. Green B, Jones M, Hughes D, Williams A. Applying the Delphi technique in a study of GPs' information requirements. Health & Social Care in the Community. 1999 ; 7(3) : 198-205.

28. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Exercer. 2011 ; (99) : 170-7.

29. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. J Adv Nurs. 2000 ; 32 (4) : 1008-15.

30. Mairiaux P, Govers P, Schippers N, Donceel P, Mortelmans K, Vanmeerbeek M. Validation des propositions issues du projet sur l'amélioration de la collaboration entre le médecin généraliste et les médecins conseils et les médecins du travail pour une meilleure prise en charge des pathologies d'origine professionnelle. SPF Emploi & Travail ; 2013 Report No : HUT/DIRACT/2011/AP/4.

31. Jones J, Hunter D. Qualitative Research : Consensus methods for medical and health services research. BMJ. 1995 ; 311 (7001) : 376-80.

32. Iqbal S, Pipon-Young L. The Delphi method. Methods. 2009 ; 22 (7) : 598-601.

33. Pernin T. Transdisciplinarité du gut feeling dans la détection des infections sévères de l'enfant au sein des services d'urgences pédiatriques français : établissement d'un consensus national. Thèse d'exercice. Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine.

34. Slocum N, Elliott J, Heesterbeek S, Lukensmeyer C J. Méthodes participatives : Un guide pour l'utilisateur. 2006.

35. HCSP. Carnet de santé de l'enfant. Recommandations d'actualisation [Internet]. Haut Conseil de la Santé Publique ; 2016 [cité 11 mai 2017]. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=569>

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES DE LA REVUE NARRATIVE DE LA LITTERATURE

1*. Vandenplas Y, Alarcon P, Alliet P, De Greef E, De Ronne N, Hoffman I, et al. Algorithms for managing infant constipation, colic, regurgitation and cow's milk allergy in formula-fed infants. Acta Paediatr. 2015 ; 104(5) : 449-57.

2*. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiau J. Childhood functional gastrointestinal disorders : neonate/toddler. Gastroenterology. 2006 ; 130(5) : 1519-26.

3*. Liu XL, Wong KKY. Gastroesophageal reflux disease in children. Hong Kong Med J. 2012 ; 18(5) : 421-8.

4*. Baudon J-J. Gastroesophageal reflux in infants : myths and realities. Arch Pediatr. 2009 ; 16(5) : 468-73.

5*. Lightdale JR, Gremse DA, Section on Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. Gastroesophageal reflux : management guidance for the pediatrician. Pediatrics. 2013 ; 131(5) : 1684-1695.

6*. Puntis JW. Gastro-oesophageal reflux in young babies : who should be treated? Arch Dis Child. 2015 ; 100(10) : 989-93.

7*. Bhatia J, Parish A. GERD or not GERD : the fussy infant. J Perinatol. 2009 ; 29 Suppl 2 : 7-11.

8*. Gottrand F. Le reflux gastro-oesophagien de l'enfant. Arch Pediatr. 2006 ; 13(7) : 1076-9.

9*. M.P. Tighe, R.M.Beattie. Managing gastro-oesophageal reflux in infants. Drug Ther Bull. 2009 ; 47(12) : 134-7.

10*. Forbes D. Mewling and puking : infantile gastroesophageal reflux in the 21st century. J Paediatr Child Health. 2013 ; 49(4) : 259-63.

11*. Gottrand F. Reflux gastro-oesophagien chez le nourrisson : chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale 2de partie - Chez le nourrisson et chez l'enfant. Rev Prat. 2007 ; 57(1) : 95-8.

12*. Lamireau T, Rebouissoux L, Dobremez E. Reflux gastro-oesophagien chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale Chez le nourrisson et chez l'enfant. Rev Prat. 2011 ; 61(4) : 569-74.

13*. Olives J-P, Cascales T. Troubles digestifs du nourrisson : les maux ou les mots du ventre ? Spirale. 2013 ; (65) : 28-37.

14*. Blackmer AB, Farrington EA. Constipation in the pediatric patient : an overview and pharmacologic considerations. J Pediatr Health Care. 2010 ; 24(6) : 385-99.

15*. Langan RC. Discharge procedures for healthy newborns. Am Fam Physician. 2006 ; 73(5) : 849-52.

16*. Van den Berg MM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of childhood constipation : a systematic review. Am J Gastroenterol. 2006 ; 101(10) : 2401-9.

17*. Alkizim F, Matheka D, Muriithi A. Childhood diarrhoea : failing conventional measures, what next ? Pan Afr Med J. 2011 ; 8 : 47.

18*. Boschi-Pinto C, Velebit L, Shibuya K. Estimating child mortality due to diarrhoea in developing countries. Bull World Health Organ. 2008 ; 86(9) : 710-7.

19*. Bruzzese E, Lo Vecchio A, Guarino A. Hospital management of children with acute gastroenteritis. Curr Opin Gastroenterol. 2013 ; 29(1) : 23-30.

20*. Martinot A, Pruvost I, Aurel M, Hue V, Dubos F. Improvement in the management of acute diarrhoea in France ? Arch Pediatr. 2007 ; 14 Suppl 3 : 181-185.

21*. Van Trieu T, De Pontual L. Management of acute diarrhea in children. Presse Med. 2013 ; 42(1) : 60-5.

22*. Pieścik-Lech M, Shamir R, Guarino A, Szajewska H. Review article : the management of acute gastroenteritis in children. Aliment Pharmacol Ther. 2013 ; 37(3) : 289-303.

23*. Yu G, Zheng Q-S, Li G-F. Similarities and differences in gastrointestinal physiology between neonates and adults : a physiologically based pharmacokinetic modeling perspective. AAPS J. 2014 ; 16(6) : 1162-6.

24*. Ratnayake K, Kim TY. Evidence-based management of neonatal vomiting in the emergency department. Pediatr Emerg Med Pract. 2014 ; 11(11) : 1-20 ; quiz 20.

25*. Bachy B, Mouterde O. Vomissements du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte (avec le traitement) : Orientation diagnostique 2e partie - Vomissements du nourrisson et de l'enfant (avec le traitement). Rev Prat. 2007 ; 57(16) : 1817-21.

26*. Lamireau T, Villega F, Dobremez E. Vomissements du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte (avec le traitement) Orientation diagnostique Vomissements du nourrisson et de l'enfant. Rev Prat. 2011 ; 61(10) : 1427-33.

27*. Briand-Huchet E. Actualités de la mort inattendue du nourrisson en 2011. Arch Pediatr. 2011 ; 18(9) : 1028-32.

28*. Roussey M, Balencon M, Dagorne M, Defawe G, Herve T, Venisse A. Données épidémiologiques actuelles sur les facteurs de risque et de protection dans la mort subite du nourrisson. Bull Epidemiol Hebd. 2008 ; (3-4) : 22-4.

29*. Mitchell EA. Howard-Williams Oration : preventing the unpreventable : the « cot death » story. J Paediatr Child Health. 2014 ; 50(11) : 855-60.

30*. Bloch J, Jezewski Serra D, Denis P. Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans. Enquête nationale 2007-2009. Institut de Veille Sanitaire ; 2011.

31*. Breton E, Roussey M. Life threatening event and sudden infant death. Rev Prat. 2008 ; 58(9) : 1003-7.

32*. Naud J. Malaise et mort inattendue du nourrisson : deux entités différentes. Arch Pediatr. 2015 ; 22(9) : 1000-4.

33*. Fleurigeon A, Billard E, Monfort S. Prévention de la mort inattendue du nourrisson en maternité. Revue De L'infirmiere. 2015 ; (212) : 34-5.

34*. Mitchell EA. Recommendations for sudden infant death syndrome prevention : a discussion document. Arch Dis Child. 2007 ; 92(2) : 155-9.

35*. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, Moon RY. SIDS and other sleep-related infant deaths : expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. Pediatrics. 2011 ; 128(5) : 1030-9.

36*. Mitchell EA. SIDS : past, present and future. Acta Paediatr. 2009 ; 98(11) : 1712-9.

37*. Adams SM, Good MW, Defranco GM. Sudden infant death syndrome. Am Fam Physician. 2009 ; 79(10) : 870-4.

38.* Hunt CE, Hauck FR. Sudden infant death syndrome. CMAJ. 2006 ; 174 (13) : 1861-9.

39*. Moon RY, Horne RSC, Hauck FR. Sudden infant death syndrome. Lancet. 2007 ; 370(9598) : 1578-87.

40*. Horne RSC, Hauck FR, Moon RY. Sudden infant death syndrome and advice for safe sleeping. BMJ. 2015 ; 350 : 1989.

41*. Ball HL, Volpe LE. Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) risk reduction and infant sleep location - moving the discussion forward. Soc Sci Med. 2013 ; 79 : 84-91.

42*. Fleming PJ, Blair PS, Pease A. Sudden unexpected death in infancy : aetiology, pathophysiology, epidemiology and prevention in 2015. Arch Dis Child. 2015 ; 100(10) : 984-8.

43*. Wennergren G, Nordstrand K, Alm B, Möllborg P, Öhman A, Berlin A, et al. Updated Swedish advice on reducing the risk of sudden infant death syndrome. Acta Paediatr. 2015 ; 104(5) : 444-8.

44*. De Leersnyder H. Rythmes fondamentaux du bébé. Spirale. 2007 ; (44) : 33-8.

45*. Breil F, Rosenblum O, Le Nestour A. Les troubles du sommeil du bébé et du jeune enfant : revue de la littérature et analyse psychodynamique. Devenir. 2010 ; 22 (2) : 133-62.

46*. Challamel M-J. De la naissance à l'adolescence, dans les bras de Morphée. Éduquer au sommeil. 2007 ; (388) : 42-5.

47*. Prudhomme M. Les troubles du sommeil chez l'enfant. Métiers de la petite enfance. 2009 ; (153) : 13-4.

48*. Galland BC, Taylor BJ, Elder DE, Herbison P. Normal sleep patterns in infants and children : a systematic review of observational studies. Sleep Med Rev. 2012 ; 16(3) : 213-22.

49*. Teng AY, McNamara DG. The scope of paediatric sleep medicine. Ann Acad Med Singap. 2008 ; 37(8) : 695-700.

50*. Robinson PD, Waters K. Are children just small adults? The differences between paediatric and adult sleep medicine. Intern Med J. 2008 ; 38 (9) : 719-31.

51*. Hiscock H. The crying baby. Aust Fam Physician. 2006 ; 35 (9) : 680-4.

52*. Ameli-santé. Sommeil de l'enfant : une évolution par étapes, dès la naissance [Internet]. 2015 [cité 1 juin 2016]. Disponible sur : <http://www.ameli-sante.fr/troubles-du-sommeil-chez-lenfant/sommeil-de-lenfant-une-evolution-par-etapes-des-la-naissance.html>

53*. INPES. Dormir c'est vivre aussi [Internet]. 2008 [cité 1 juin 2016]. Disponible sur : <http://www.perinat-france.org/portail-grand-public/fiches-pratiques/brochures-inpes/fiches-pratiques-de-l-inpes-classees-par-themes-725.html>

54*. Zabban-Klein M-L. Connaître et prévenir le syndrome du bébé secoué. Métiers de la petite enfance. 2009 ; (148) : 26-9.

55*. Renier D. Syndrome du bébé secoué. Journal de pédiatrie et de puériculture. 2012 ; 25 (3) : 158-64.

56*. Haute Autorité de Santé. Syndrome du bébé secoué. Recommandations de la commission d'audition. HAS ; 2011 ; 27.

57*. Barr RG. Preventing abusive head trauma resulting from a failure of normal interaction between infants and their caregivers. Proc Natl Acad Sci USA. 2012 ; 109 Suppl 2 : 17294-301.

58*. Allen KA. The neonatal nurse's role in preventing abusive head trauma. Adv Neonatal Care. 2014 ; 14 (5) : 336-42.

59*. Lopes NRL, Eisenstein E, Williams LCA. Abusive head trauma in children : a literature review. J Pediatr. 2013 ; 89 (5) : 426-33.

60*. Walls C. Shaken Baby Syndrome Education : A Role for Nurse Practitioners Working With Families of Small Children. Journal of Pediatric Health Care. 2006 ; 20 (5) : 304-10.

61*. Liley W, Stephens A, Kaltner M, Larkins S, Franklin RC, Tsey K, et al. Infant abusive head trauma - incidence, outcomes and awareness. Aust Fam Physician. 2012 ; 41 (10) : 823-6.

62*. INPES. Protégez votre enfant des accidents domestiques [Internet]. [cité 7 mars 2016]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=978>

63*. Ameli santé. Qu'est-ce que le syndrome du bébé secoué ? [Internet]. [cité 25 janv 2017]. Disponible sur : <http://www.ameli-sante.fr/syndrome-du-bebe-secoue/quest-ce-que-le-syndrome-du-bebe-secoue.html>

64*. Centre Ressources Francilien du Traumatisme Crânien. Il ne faut jamais secouer un bébé. [Internet]. [cité 19 janv 2017]. Disponible sur : <http://www.crftc.org>

65*. National Center on Shaken Baby Syndrome. National Center on Shaken Baby Syndrome [Internet]. [cité 21 mai 2016]. Disponible sur : <http://www.dontshake.org/>

66*. Ronald G. Barr. The Period of PURPLE Crying [Internet]. [cité 21 mai 2016]. Disponible sur : <http://purplecrying.info/>

67*. Lestrade P. Le syndrome du bébé secoué : étude descriptive des connaissances des médecins généralistes de Haute-Garonne et d'Aveyron. 2015. Thèse d'exercice : Médecine : Toulouse 3 ; 2015.

68*. Sieswerda-Hoogendoorn T, Boos S, Spivack B, Bilo RAC, van Rijn RR. Educational paper. Eur J Pediatr. 2012 ; 171 (3) : 415-23.

69*. Moalla Y, Kallel I, Ayadi H. Les cris persistants du nourrisson et leur prise en charge. Soins pédiatrie puériculture. 2010 ; (256) : 39-42.

70*. Bydlowski Aidan S, Jousselme C. Pleurs du nourrisson et interactions familiales. Journal de pédiatrie et de puériculture. 2008 ; 21 (5-6) : 204-8.

71*. Douglas P, Hill P. Managing infants who cry excessively in the first few months of life. BMJ. 2011 ; 343 : 7772.

72*. Barr RG. The normal crying curve : what do we really know? Dev Med Child Neurol. 1990 ; 32 (4) : 356-62.

73*. Ronald G. Barr. Les pleurs et leur importance pour le développement psychosocial des enfants [Internet]. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. 2006 [cité 13 mai 2016]. Disponible sur : <http://www.enfant-encyclopedie.com/pleurs/selon-experts/les-pleurs-et-leur-importance-pour-le-developpement-psychosocial-des-enfants>

74*. Ameli-santé. Que faire si votre bébé pleure beaucoup ? [Internet]. [cité 21 mai 2016]. Disponible sur : <http://www.ameli-sante.fr/syndrome-du-bebe-secoue/que-faire-si-votre-bebe-pleure-beaucoup.html>

75*. INPES. Syndrome du bébé secoué Prévention [Internet]. [cité 21 mai 2016]. Disponible sur : <http://syndromedubebesecoue.com/syndrome-du-bebe-secoue/prevention/>

76*. ZERO TO THREE. Learning Self Control : Birth to 12 Months [Internet]. ZERO TO THREE. [cité 15 mai 2016]. Disponible sur : <https://www.zerotothree.org/resources/28-learning-self-control-birth-to-12-months>

77*. Wurmser H, Rieger M, Domogalla C, Kahnt A, Buchwald J, Kowatsch M, et al. Association between life stress during pregnancy and infant crying in the first six months postpartum : a prospective longitudinal study. Early Hum Dev. 2006 ; 82 (5) : 341-9.

78*. Bellaiche M. Coliques du nourrisson : que proposer en pratique ? Congrès de l'Association Française de Pédiatrie et de l'Association des Pédiatres de Langue Française (APLF), Toulouse. 2009 ; 16(6) : 853-4.

79*. Pruvost I, Aubry E, Martinot A. Douleurs abdominales du nourrisson, démarche diagnostique : douleurs abdominales aiguës de l'enfant. Rev Prat. 2011 ; 61(5) : 621-5.

80*. Waddell L. Management of infantile colic : an update. J Fam Health Care. 2013 ; 23(3) : 17-22.

81*. Bruyas-Bertholon V, Lachaux A, Dubois J-P, Fourneret P, Letrilliart L. Which treatments for infantile colics ? Presse Med. 2012 ; 41(7-8) : 404-410.

82*. Benoist G, Bourrillon A. Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal. Dépistage des anomalies orthopédiques, des troubles visuels et auditifs. Examens de santé obligatoires - Médecine scolaire - Mortalité et morbidité infantile : 2e partie Des nouvelles missions pour les services d'urgences ? Rev Prat. 2009 ; 59 (9) : 1299-304.

83*. Teissier N, Van Den Abbeele T. Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal : Dépistage des anomalies orthopédiques, des troubles visuels et auditifs - Examens de santé obligatoires médecine scolaire - Mortalité et morbidité infantile 2e partie - Dépistage des troubles auditifs. Rev Prat. 2006 ; 56 (9) : 1027-32.

84*. Benoist G, Bourrillon A. Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal Partie 2 - Examens de santé obligatoires Médecine scolaire - Mortalité et morbidité infantiles. Rev Prat. 2009 ; 59 (8) : 1134.

85*. Pannier S, Moulies D, Glorion C. Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal : 4e partie : Dépistage des anomalies orthopédiques du nourrisson. Rev Prat. 2007 ; 57 (11) : 1245-54.

86*. Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. 2014 [cité 13 juin 2016]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nes>

87*. Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité : préparez votre retour à la maison [Internet]. 2014 [cité 20 juin 2016]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1729194/fr/sortie-de-maternite-preparez-votre-retour-a-la-maison-document-d-information-destine-aux-femmes-enceintes>

88*. Société Française de Pédiatrie. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. 2014 [cité 25 janv 2017]. Disponible sur : <http://www.sfpediatrie.com/actualite/has-sortie-de-maternit%C3%A9-apr%C3%A8s-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-%C3%A0-domicile>

89*. Ameli-santé. Surveillance médicale de l'enfant : examens et vaccination [Internet]. 2013 [cité 13 juin 2016]. Disponible sur : <http://www.ameli-sante.fr/grossesse/surveillance-medicale-pour-votre-enfant.html>

90*. Service-public.fr. Carnet de santé de l'enfant [Internet]. 2006 [cité 20 juin 2016]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F810>

91*. Service-public.fr. Suivi médical de l'enfant : examens médicaux obligatoires [Internet]. [cité 20 juin 2016]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F967>

92*. Haut Conseil de la Santé Publique. Avis relatif à la simplification du calendrier vaccinal. Paris : HCSP; 2012 ; 21.

93*. Floret D. Le calendrier vaccinal. Soins pédiatrie puériculture. 2014 ; (281) : 30-4.

94*. Levy C, Varon E, Taha Mk, Bechet S, Bonacorsi S, Cohen R, et al. Evolution des méningites bactériennes de l'enfant en France sous l'effet des vaccinations. Arch Pediatr. 2014 ; 21 (7) : 736-44.

95*. Fonteneau L, Urcun Jm, Guthmann Jp, Collet M, Neulat N, Bristol-Gauzy P, et al. Couverture vaccinale des enfants âgés de 6 ans, scolarisés en grande section de maternelle, France, 2005-2006. Arch Pediatr. 2013 ; 20 (3) : 241-7.

96*. Guthmann Jp, Levy Bruhl D, Urcun Jm, Guignon N, Ben Boutieb M, Ragot M, et al. Couverture vaccinale hépatite B chez l'enfant en France en 2014 : progrès très importants chez le nourrisson, stagnation chez l'adolescent. Numéro thématique Journée mondiale contre l'hépatite. 28 juill 2015;(26-27):499-504.

97*. Martinot A, Cohen R, Denis F, Gaudelus J, Lery T, Le Danvic M, et al. Vaccinoscopie : étude de l'évolution annuelle entre 2008 et 2011 de la couverture vaccinale des enfants de moins de 7 ans dans la population française. Arch Pediatr. 2013 ; 20 (8) : 837-44.

98*. Sos Hépatites Bourgogne. L'hépatite B : faut-il faire vacciner votre enfant ? Sos Hépatites Bourgogne. 2006 ; 6.

99*. Labbe A. Rougeole, pourquoi faut-il vacciner les enfants ? Cahiers de la puéricultrice. 2009 ; 45 (227) : 31-2.

100*. Floret D, Torny D. Les vaccinations. Dossier. Actualité et dossier en sante publique. 2010 ; (71) : 13-49.

101*. Haut Conseil de la Santé Publique. Avis relatif à la politique vaccinale et à l'obligation vaccinale en population générale (hors milieu professionnel et règlement sanitaire international) et à la levée des obstacles financiers à la vaccination. Paris : HCSP ; 2014 ; 12.

102*. Lellouche J-P, Le Houezec D, Canil I. Question vaccinations. Dossier. Pratiques : les cahiers de la médecine utopique. 2015 ; (71) : 11-94.

103*. Pierrefixe S. Vaccins. Pourquoi font-ils peur ? Dossier. Science et santé. 2015 ; (24) : 22-33.

104*. InVS. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016 [Internet]. Bull Epidemiol Hebd. 2016 [cité 23 mai 2016]. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2016/BEH-hors-serie-Calendrier-des-vaccinations-et-recommandations-vaccinales-2016>

105*. Fonteneau L, Collet M, Vilain A, Herbet J, Levy-Bruhl D. Couvertures vaccinales chez l'enfant estimées à partir des certificats de santé du 24ème mois France, 2004-2007. Bull Epidemiol Hebd. 2010 ; 31–32.

106*. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Vaccination - Préserver sa santé [Internet]. 2015 [cité 23 mai 2016]. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/vaccination>

107*. Pollard AJ. Childhood immunisation : what is the future? Arch Dis Child. 2007 ; 92 (5) : 426-33.

108*. Sadaf A, Richards JL, Glanz J, Salmon DA, Omer SB. A systematic review of interventions for reducing parental vaccine refusal and vaccine hesitancy. Vaccine. 2013 ; 31 (40) : 4293-304.

109*. Harvey H, Reissland N, Mason J. Parental reminder, recall and educational interventions to improve early childhood immunisation uptake : A systematic review and meta-analysis. Vaccine. 2015 ; 33 (25) : 2862-80.

110*. Lloyd KL. Protecting pregnant women, newborns, and families from pertussis. J Midwifery Womens Health. 2013 ; 58 (3) : 288-96.

111*. Launay O, Floret D. Hepatitis B vaccination : a review. Med Sci. 2015 ; 31 (5) : 551-8.

112*. OMS. Recommandations de l'OMS pour la vaccination systématique - tableaux récapitulatifs [Internet]. WHO. 2016 [cité 28 mai 2016]. Disponible sur : <http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/fr/>

113*. OMS. Rougeole [Internet]. WHO. 2016 [cité 22 juin 2016]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/fr/>

114*. OMS. Vaccination [Internet]. WHO. 2016 [cité 28 mai 2016]. Disponible sur : <http://www.who.int/topics/immunization/fr/>

115*. ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Vaccins contre le virus de l' hépatite B [Internet]. 2012 [cité 30 mai 2016]. Disponible sur : <http://ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-vaccins/Vaccins-contre-le-virus-de-l-hepatite-B-VHB/(offset)/3>

116*. Floret D. Faut-il abroger les obligations vaccinales ? Arch Pediatr. 2006 ; 13 (5) : 423-5.

117*. Claudet I, Gurrera E, Honorat R, Rekhroukh H, Casasoprana A, Grouteau E. Accidents domestiques par chute avant l'âge de la marche. Arch Pediatr. 2013 ; 20 (5) : 484-91.

118*. Jule L, Chevallier B. Accidents de l'enfant : quelles sont les données épidémiologiques pertinentes ? Rev Prat. 2009 ; 59 (2) : 219-21.

119*. Thélot B. Épidémiologie des accidents de la vie courante chez l'enfant. Arch Pediatr. 2010 ; 17 (6) : 704-5.

120*. Claudet I. Accidents de la vie courante au cours de la première année de vie. Arch Pediatr. 2014 ; 21 (5S1) : 269-71.

121*. Claudet I. Les nouveaux accidents domestiques. Arch Pediatr. 2010 ; 17 (6) : 706-8.

122*. Ingram JC, Deave T, Towner E, Errington G, Kay B, Kendrick D. Identifying facilitators and barriers for home injury prevention interventions for pre-school children : a systematic review of the quantitative literature. Health Educ Res. 2012 ; 27 (2) : 258-68.

123*. Smithson J, Garside R, Pearson M. Barriers to, and facilitators of, the prevention of unintentional injury in children in the home : a systematic review and synthesis of qualitative research. Inj Prev. 2011 ; 17 (2) : 119-26.

124*. Kendrick D, Watson MC, Mulvaney CA, Smith SJ, Sutton AJ, Coupland CAC, et al. Preventing childhood falls at home : meta-analysis and meta-regression. Am J Prev Med. 2008 ; 35 (4) : 370-9.

125*. Young B, Wynn PM, He Z, Kendrick D. Preventing childhood falls within the home : overview of systematic reviews and a systematic review of primary studies. Accid Anal Prev. 2013 ; 60 : 158-71.

126*. Labie D. Home and leisure accidents' mortality. Med Sci. 2007 ; 23 (3) : 317-9.

127*. INPES. Avec l'enfant vivons la sécurité [Internet]. [cité 7 mars 2016]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=462>

128*. Commission de la sécurité des consommateurs. Tables à langer [Internet]. 2014 [cité 7 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.securiteconso.org/tables-a-langer/>

129*. Commission de la sécurité des consommateurs. Sièges transat pour bébés [Internet]. 2014 [cité 7 mars 2016]. Disponible sur : <http://www.securiteconso.org/sieges-transat-pour-bebes/>

130*. Commission de la sécurité des consommateurs. Lits pour enfants [Internet]. 2014 [cité 7 mars 2016]. Disponible sur : <http://www.securiteconso.org/lits-pour-enfants/>

131*. Commission de la sécurité des consommateurs. Poussettes et landaus [Internet]. [cité 7 mars 2016]. Disponible sur : <http://www.securiteconso.org/poussettes-et-landaus/>

132*. InVS. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2006. Bull Epidemiol Hebd. [Internet]. 2010 [cité 25 janv 2017]; Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2010/08/index.htm>

133*. Kendrick D, Illingworth R, Woods A, Watts K, Collier J, Dewey M, et al. Promoting child safety in primary care : a cluster randomised controlled trial to reduce baby walker use. Br J Gen Pract. 2005 ; 55 (517) : 582-8.

134*. Suljkovicova Marion H. Accident domestique chez l'enfant de moins de 1 an : une enquête épidémiologique au sein des urgences pédiatriques. 2009.

135*. Bourrillon A, Benoist G. Fièvre chez l'enfant. EMC-Traité de Médecine AKOS. 2010 ; 5 (3) : 1-7.

136*. Benoist G, Bourillon A. Pathologies les plus fréquentes chez le nourrisson âgé de 1 à 9 mois. EMC-Traité de Médecine AKOS. 2013 ; 8 (4) : 1-17.

137*. Hascoët J-M, Vert P. Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né. Amiel-Tison C, Cabrol D, éditeurs. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier-Masson; 2010. 239.

138*. Chevallier B, Stheneur C, Sznadjer M. Les grands messages de prévention de 0 à 3 ans : Surveillance de l'enfant de 0 à 3 ans. Rev Prat. 2006 ; 54 (18) : 1999-2004.

139*. Grass L, Claudet I, Oustric S. Connaissances et attitudes des parents face à la fièvre de l'enfant de moins de 6 ans. Rev Prat. 2006 ; 19 (686-687) : 381-4.

140*. Boivin J-M, Weber F, Fay R, Monin P. Prise en charge de la fièvre de l'enfant : les connaissances et pratiques des parents sont-elles satisfaisantes? Arch Pediat. 2007 ; 14 (4) : 322-9.

141*. Emmery Gavoille S. Prise en charge de la fièvre de l'enfant : quels projets d'éducation thérapeutique en médecine générale [Thèse d'exercice]. Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil ; 2007.

142*. Ishimine P. Fever without source in children 0 to 36 months of age. Pediatric Clinics of North America. 2006 ; 53 (2) : 167-94.

143*. Fields E, Chard J, Murphy MS, Richardson M, Guideline Development Group and Technical Team. Assessment and initial management of feverish illness in children younger than 5 years : summary of updated NICE guidance. BMJ. 2013 ; 346 : 2866.

144*. Gras-Le Guen C., Launay E. Fièvre aiguë chez l'enfant. Rev Prat. 2015 ; 65 (5) : 649-52.

145*. Farrar HC. Fever and antipyretic use in children. Pediatrics. 2011 ; 127 (3) : 580-7.

146*. ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Le traitement de la fièvre chez l'enfant [Internet]. 2006 [cité 23 nov 2015]. Disponible sur : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiques-Points-presse/Le-traitement-de-la-fievre-chez-l-enfant/(language)/fre-FR>

147*. Mueller GA, Wolf S, Bacon E, Forbis S, Langdon L, Lemming C. Contemporary topics in pediatric pulmonology for the primary care clinician. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2013 ; 43(6) : 130-56.

148*. Branchereau E, Branger B, Launay E, Verstraete M, Vrignaud B, Levieux K, et al. État des lieux des pratiques médicales en médecine générale en matière de bronchiolite et déterminants de prises en charge thérapeutiques discordantes par rapport aux recommandations de l'HAS. Arch Pediatr. 2013 ; 20(12) : 1369-75.

149*. Baraldi E, Lanari M, Manzoni P, Rossi GA, Vandini S, Rimini A, et al. Inter-society consensus document on treatment and prevention of bronchiolitis in newborns and infants. Ital J Pediatr. 2014 ; 40:65.

150*. Chirico G, Quartarone G, Mallefet P. Nasal congestion in infants and children : a literature review on efficacy and safety of non-pharmacological treatments. Minerva Pediatr. 2014 ; 66(6) : 549-57.

151*. Woo T. Pharmacology of cough and cold medicines. J Pediatr Health Care. 2008 ; 22(2) : 73-79-82.

152*. Alauzet F, Blanc S, Montaudie I, Piccini-Bailly C, Berlioz-Baudoin M, Begassat M, et al. Recommandations de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) concernant la prise en charge de la toux aiguë du nourrisson : impact sur les familles et les pharmacies. Arch Pediatr. 2014 ; 21(5) : 469-75.

153*. Reinert P, Stagnara J, Roy P, Mallet E, Gaudelus J. Rhinopharyngites et otites à répétition de l'enfant : Infections aiguës des voies respiratoires de l'enfant. Infections hautes. Rev Prat. 2007 ; 57(16) : 1767-73.

154*. Da Dalt L, Bressan S, Martinolli F, Perilongo G, Baraldi E. Treatment of bronchiolitis : state of the art. Early Hum Dev. 2013 ; 89 Suppl 1 : 31-36.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Equations de recherche de la revue narrative de la littérature

Thème	Sous thème	Bases de données	Equations de recherche	Résultats	Articles retenus	Références
Troubles digestifs	Régurgitation	Pubmed	Regurgitation, gastro esophageal reflux disease, newborn, advice, infant	221	13	(1*-13*)
		BDSP	Régurgitation, régurgitations, reflux gastro-œsophagien, nouveau né, nourrisson			
	Constipation	Pubmed	Constipation, newborn, infant, advice	126	6	(1*,2*,13*-16*)
		BDSP	Constipation, nouveau-né, nourrisson, nourrissons			
	Diarrhée	Pubmed	Diarrhea, gastrointestinal transit, newborn, infant, advice, management, parents	333	8	(13*,17*-23*)
		BDSP	Diarrhée, nouveau né, prévention, prise en charge, conseils			
	Vomissements	Pubmed	Vomiting, emesis, newborn, infant, advice	372	4	(13*,24*-26*)
		BDSP	Vomissement, vomissements, nouveau né, nourrisson			
Sommeil	MIN	Pubmed	Sudden infant death, crib death, cot death, prevention, advice, parent, young parent	441	17	(27*-43*)
		BDSP	Mort inattendue du nourrisson, morts inattendues du nourrisson			
	Sommeil	Pubmed	Newborn, infant, child, sleep, sleepy, duration, normal, physiology, pattern	605	10	(44*-53*)
		BDSP	Sommeil, rythme veille sommeil, cycle sommeil, nouveau-né, bébé, enfant nouveau-né, développement			
Pleurs	Syndrome du bébé secoué	Pubmed	Shaken baby syndrome, shaken impact syndrome, abusive head trauma, prevention	203	15	(54*-68*)
		BDSP	Syndrome du bébé secoué, prévention			
	Pleurs	Pubmed	Infant, newborn, infancy, crying, tears, inconsolable, excessive, normal, physiological, behaviors	279	15	(51*,57*,62*, 64*-66*,69*-77*)
		BDSP	Pleurs, pleure, nouveau-né, bébé, nourrisson, incessants, persistants, normaux, inconsolables, inexpliqués			
	Coliques	Pubmed	Colic, infantil colic, abdominal cramp, newborn, advice, management	48	7	(1*,2*,13*, 78*-81*)
		BDSP	Coliques, nourrisson			
Suivi du nourrisson	Consultations obligatoires	Pubmed	Office, visits, medical consultation, office screening, pediatric, post partum, preventive, continuity of patient care, care continuity, medical, infant, well baby, newborn, infant, normal, advice, required certificates	782	10	(82*-91*)
		BDSP	Consultations, visite, suivi, examens médicaux, surveillance, médicale, médical, périnatal, obligatoires, obligatoire, normal, enfants, nourrisson, bébé, nouveau-né			
	Vaccinations	Pubmed	Immunization, program, schedule, parents, newborn, childhood, France	676	25	(92*-116*)
		BDSP	Calendrier, vaccins, vaccinal, vacciner, vaccination, enfant, enfants, France, pourquoi, obligatoires, obligatoire			
Accidents domestiques		Pubmed	Domestic, home, accident, newborn, child, prevention, advice	371	19	(62*, 117*-134*)
		BDSP	Accident, accidents, domestique, domestiques, vie courante, nourrisson, enfant			
Infectieux	Fièvre	Pubmed	Fever, infant, newborn, child, parents, prevention, management, preventive, medicine, pregnancy	561	12	(135*-146*)
		BDSP	Prévention, recommandation, conseil, conduite à tenir, fièvre, enfant, enfants, nouveau né, parents, prise en charge, définition, fiche			
	Dyspnée	Pubmed	Difficulty breathing, dyspnea, nasopharyngitis, acute coryza, rhinorrhea, nasal lavage, nasal irrigation nasopharyngeal désobstruction, newborn, infant, advice	258	8	(147*-154*)
		BDSP	Difficulté respiratoire, difficultés respiratoires, dyspnée, rhinopharyngite, désobstruction rhinopharyngée, nouveau-né, nourrisson, enfant			

ANNEXE 2 : Articles de la revue narrative de la littérature

Thème	Sous thème	Titre	Auteur	Date	Revue	Définition	Physiopathologie	Facteurs de risques	Prévention	Prise en charge	Référence bibliographique
Troubles digestifs	Régurgitation	Algorithms for managing infant constipation, colic, regurgitation and cow's milk allergy in formula-fed infants.	Vandenplas Y et al.	2015	Acta Paediatrica	X				X	1*
		Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler.	Hyman PE et al.	2006	Gastroenterology	X		X	X	X	2*
		Gastroesophageal reflux disease in children.	Liu XL et al.	2012	Hong Kong Medical Journal	X	X	X	X	X	3*
		Gastroesophageal reflux in infants: myths and realities.	Baudon J-J	2009	Archives De Pédiatrie			X		X	4*
		Gastroesophageal reflux: management guidance for the pediatrician.	Lightdale JR et al.	2013	Pediatrics	X	X	X	X	X	5*
		Gastro-oesophageal reflux in young babies: who should be treated?	Puntis JW	2015	Archives of Disease in Childhood	X		X	X	X	6*
		GERD or not GERD: the fussy infant.	Bhatia J et al.	2009	Journal of Perinatology	X	X		X	X	7*
		Le reflux gastro-oesophagien de l'enfant.	Gottrand F	2006	Archives de Pédiatrie	X	X	X	X	X	8*
		Managing gastro-oesophageal reflux in infants.	M.P.Tighe et al.	2009	Drug and Therapeutics Bulletin	X	X	X	X	X	9*
		Mewling and puking: infantile gastroesophageal reflux in the 21st century.	Forbes D	2013	Journal of Paediatrics and Child Health	X	X		X	X	10*
		Reflux gastro-oesophagien chez le nourrisson : chez l'enfant et chez l'adulte. hernie hiatale 2de partie - Chez le nourrisson et chez l'enfant.	Gottrand F	2007	La revue du Praticien.	X	X	X	X	X	11*
		Reflux gastro-oesophagien chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale Chez le nourrisson et chez l'enfant.	Lamireau T et al.	2011	La revue du Praticien.	X	X	X	X	X	12*
		Troubles digestifs du nourrisson : les maux ou les mots du ventre ?	Olives J-P et al.	2013	Spirale	X	X			X	13*
	Constipation	Algorithms for managing infant constipation, colic, regurgitation and cow's milk allergy in formula-fed infants.	Vandenplas Y et al.	2015	Acta Paediatrica	X				X	1*
		Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler.	Hyman PE et al.	2006	Gastroenterology	X			X	X	2*
		Troubles digestifs du nourrisson : les maux ou les mots du ventre ?	Olives J-P et al.	2013	Spirale	X			X	X	13*
		Constipation in the pediatric patient: an overview and pharmacologic considerations.	Blackmer AB et al.	2010	Journal of Pediatric Health Care	X	X			X	14*
		Discharge procedures for healthy newborns.	Langan RC	2006	American Family Physician	X					15*
		Epidemiology of childhood constipation: a systematic review.	Van Den Berg MM et al.	2006	The American Journal of Gastroenterology	X				X	16*
	Diarrhée	Troubles digestifs du nourrisson : les maux ou les mots du ventre ?	Olives J-P et al.	2013	Spirale				X	X	13*
		Childhood diarrhoea: failing conventional measures, what next?	Alkizim F et al.	2011	The Pan African Medical Journal	X				X	17*
		Estimating child mortality due to diarrhoea in developing countries.	Boschi-Pinto C et al.	2008	Bulletin of the World Health Organization			X			18*
		Hospital management of children with acute gastroenteritis.	Bruzzese E et al.	2013	Current Opinion in Gastroenterology		X			X	19*

		Improvement in the management of acute diarrhoea in France?	Martinot A et al.	2007	Archives De Pédiatrie					X	20*
		Management of acute diarrhea in children.	Van Trieu T et al.	2013	Presse Médicale	X		X	X	X	21*
		Review article: the management of acute gastroenteritis in children.	Pieścik-Lech M et al.	2013	Alimentary Pharmacology & Therapeutics					X	22*
		Similarities and differences in gastrointestinal physiology between neonates and adults: a physiologically based pharmacokinetic modeling perspective.	Yu G et al.	2014	The AAPS journal		X				23*
	Vomissements	Troubles digestifs du nourrisson : les maux ou les mots du ventre ?	Olives J-P et al.	2013	Spirale			X			13*
		Evidence-based management of neonatal vomiting in the emergency department.	Ratnayake K et al.	2014	Pediatric Emergency Medicine Practice	X	X				24*
		Vomissements du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte (avec le traitement) : Orientation diagnostique 2e partie - Vomissements du nourrisson et de l'enfant (avec le traitement).	Bachy B et al.	2007	La Revue Du Praticien	X	X	X		X	25*
		Vomissements du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte (avec le traitement) Orientation diagnostique Vomissements du nourrisson et de l'enfant.	Lamireau T et al.	2011	La Revue Du Praticien	X	X	X			26*
Sommeil	**MIN**	Actualités de la mort inattendue du nourrisson en 2011.	Briand-Huchet E	2011	Archives De Pédiatrie	X	X	X	X	X	27*
		Données épidémiologiques actuelles sur les facteurs de risque et de protection dans la mort subite du nourrisson.	Roussey M et al.	2008	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire			X	X		28*
		Howard Williams oration: preventing the unpreventable: the « cot death » story.	Mitchell EA	2014	Journal of Paediatrics and Child Health	X	X	X	X		29*
		Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans. Enquête nationale 2007-2009.	Bloch J et al.	2011	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire	X	X	X	X	X	30*
		Life threatening event and sudden infant death.	Breton E et al.	2008	La Revue Du Praticien	X		X	X	X	31*
		Malaise et mort inattendue du nourrisson : deux entités différentes.	Naud J	2015	Archives De Pédiatrie	X	X	X	X	X	32*
		Prévention de la mort inattendue du nourrisson en maternité.	Fleurigeon A et al.	2015	Revue De L'infirmière	X		X	X		33*
		Recommendations for sudden infant death syndrome prevention: a discussion document.	Mitchell EA	2007	Archives of Disease in Childhood			X	X		34*
		SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment.	Moon RY	2011	Pediatrics	X		X	X		35*
		SIDS: past, present and future.	Mitchell EA	2009	Acta Paediatrica		X	X	X		36*
		Sudden infant death syndrome.	Adams SM et al.	2009	American Family Physician	X	X	X	X		37*
		Sudden infant death syndrome.	Hunt CE et al.	2006	Canadian Medical Association Journal	X	X	X	X		38*
		Sudden infant death syndrome.	Moon RY et al.	2007	Lancet	X	X	X	X		39*
		Sudden infant death syndrome and advice for safe sleeping.	Horne RSC et al.	2015	BMJ	X	X	X	X		40*
		Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) risk reduction and infant sleep location - moving the discussion forward.	Ball HL et al.	2013	Social Science & Medicine	X		X	X		41*
		Sudden unexpected death in infancy: aetiology, pathophysiology, epidemiology and prevention in 2015.	Fleming PJ et al.	2015	Archives of Disease in Childhood	X	X	X	X		42*
		Updated Swedish advice on reducing the risk of sudden infant death syndrome.	Wennergren G et al.	2015	Acta Paediatrica	X	X	X	X		43*
	Sommeil	Rythmes fondamentaux du bébé	De Leersnyder H	2007	Spirale	X	X				44*
		Les troubles du sommeil du bébé et du jeune enfant : revue de la littérature et analyse psychodynamique.	Breil F et al.	2010	Devenir	X	X			X	45*
		De la naissance à l'adolescence, dans les bras de Morphée.	Challamel M	2007	Éduquer au Sommeil	X	X			X	46*
		Les troubles du sommeil chez l'enfant	Prudhomme M	2009	Métiers de la Petite Enfance	X	X				47*
		Normal sleep patterns in infants and children: a systematic review of observational studies	Galland B et al.	2012	Sleep Medicine Reviews	X					48*
		The scope of paediatric sleep medicine	Teng A.Y et al.	2008	Annals of the Academy of	X					49*

					Medicine, Singapore						
		Are children just small adults? The differences between paediatric and adult sleep medicine	Robinson P. D et al.	2008	Internal Medicine Journal	X	X			X	50*
		The crying baby	Hiscock H	2006	Australian Family Physician	X	X			X	51*
		Sommeil de l'enfant : une évolution par étapes, dès la naissance	L'assurance maladie	2015	http://www.ameli-sante.fr	X				X	52*
		Dormir c'est vivre aussi	INPES	2008	INPES	X	X			X	53*
Pleurs	**Syndrome du bébé secoué**	Connaître et prévenir le syndrome du bébé secoué	Klein-Zabban M. L	2009	Métiers de la Petite Enfance	X			X		54*
		Syndrome du bébé secoué.	Renier D	2012	Journal de Pédiatrie et de Puériculture	X	X				55*
		Syndrome du bébé secoué. Recommandations de la commission d'audition.	HAS	2011	HAS	X	X				56*
		Preventing abusive head trauma resulting from a failure of normal interaction between infants and their caregivers.	Barr R. G	2012	Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America				X		57*
		The neonatal nurse's role in preventing abusive head trauma	Allen K. A	2014	Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses	X	X		X		58*
		Abusive head trauma in children: a literature review	Lopes N. R.L et al.	2013	Jornal De Pediatria		X		X		59*
		Shaken baby syndrome education: a role for nurse practitioners working with families of small children.	Walls C	2016	Journal of Pediatric Health Care		X		X		60*
		Infant abusive head trauma - incidence, outcomes and awareness.	Liley W	2012	Australian Family Physician				X		61*
		Protégez votre enfant des accidents domestiques.	INPES	2008	INPES	X	X		X		62*
		Qu'est-ce que le syndrome du bébé secoué ?	L'assurance maladie	2014	Ameli.fr	X			X		63*
		Il ne faut jamais secouer un bébé.	Centre ressources francilien du traumatisme crânien	2005	Centre ressources francilien du traumatisme crânien	X	X		X		64*
		National Center on Shaken Baby Syndrome	National Center on Shaken Baby Syndrome	2014	http://www.dontshake.org/				X		65*
		The Period of PURPLE Crying	Barr R. G	2007	http://purplecrying.info/	X			X		66*
		Le syndrome du bébé secoué : étude descriptive des connaissances des médecins généralistes de Haute-Garonne et d'Aveyron.	Lestrade P	2015	Thèse	X	X		X		67*
		Educational paper	Sieswerda-Hoogendoorn T et al.	2012	European Journal of Pediatrics	X					68*
	Pleurs	Les cris persistants du nourrisson et leur prise en charge.	Moalla Y	2010	Soins Pédiatrie Puériculture	X	X			X	69*
		Pleurs du nourrisson et interactions familiales.	Bydlowski Aidan S	2008	Journal de Pediatrie et de Puericulture	X	X				70*
		The crying baby	Hiscock H	2006	Australian Family Physician	X	X			X	51*
		Managing infants who cry excessively in the first few months of life	Douglas P et al.	2011	BMJ		X				71*
		Preventing abusive head trauma resulting from a failure of normal interaction between infants and their caregivers	Barr R. G	2012	Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America	X	X				57*
		The normal crying curve : what do we really know?	Barr R. G	1990	Developmental Medicine and Child Neurology	X	X				72*
		Les pleurs et leur importance pour le développement psychosocial des enfants	Barr R. G	2006	Encyclopédie sur le Développement des Jeunes Enfants	X	X				73*

		Protégez votre enfant des accidents domestiques	INPES	2008	INPES	X	X			X	62*
		Il ne faut jamais secouer un bébé.	Centre ressources francilien du traumatisme crânien	2005	Centre ressources francilien du traumatisme crânien	X	X			X	64*
		The Period of PURPLE Crying	Barr R. G	2007	http://purplecrying.info/	X				X	66*
		National Center on Shaken Baby Syndrome	National Center on Shaken Baby Syndrome	2014	http://www.dontshake.org/					X	65*
		Que faire si votre bébé pleure beaucoup ?	L'assurance maladie	2014	Ameli.fr					X	74*
		Syndrome du bébé secoué	INPES	2012	http://www.bebesecoue.com.					X	75*
		Learning Self Control : Birth to 12 Months	Zero to three	2016	Zero to Three					X	76*
		Association between life stress during pregnancy and infant crying in the first six months postpartum: a prospective longitudinal study	Wurmser H et al.	2006	Early Human Development	X	X				77*
	Coliques	Algorithms for managing infant constipation, colic, regurgitation and cow's milk allergy in formula-fed infants.	Vandenplas Y et al.	2015	Acta Paediatrica	X	X			X	1*
		Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler.	Hyman PE et al.	2006	Gastroenterology	X				X	2*
		Troubles digestifs du nourrisson : les maux ou les mots du ventre ?	Olives J-P et al.	2013	Spirale	X	X			X	13*
		Coliques du nourrisson : que proposer en pratique ?	Bellaiche M	2009	Congrès de l'Association Française de Pédiatrie et de l'Association des Pédiatres de Langue Française	X	X			X	78*
		Douleurs abdominales du nourrisson, démarche diagnostique : douleurs abdominales aiguës de l'enfant.	Pruvost I et al.	2011	La Revue Du Praticien	X					79*
		Management of infantile colic: an update.	Waddell L	2013	The Journal of Family Health Care	X	X	X	X	X	80*
		Which treatments for infantile colics?	Bruyas-Bertholon V et al.	2012	Presse Médicale	X	X			X	81*
Suivi du nourrisson	**Consultations obligatoires**	Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal. Dépistage des anomalies orthopédiques, des troubles visuels et auditifs. Examens de santé obligatoires - Médecine scolaire - Mortalité et morbidité infantile : 2e partie Des nouvelles missions pour les services d'urgences ?	Benoist G et al.	2009	La Revue du Praticien				X		82*
		Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal : Dépistage des anomalies orthopédiques, des troubles visuels et auditifs - Examens de santé obligatoires médecine scolaire - Mortalité et morbidité infantile 2e partie - Dépistage des troubles auditifs.	Teissier N et al.	2006	La Revue du Praticien				X		83*
		Suivi d'un nourrisson, d'un enfant : et d'un adolescent normal Partie 2 - Examens de santé obligatoires Médecine scolaire - Mortalité et morbidité infantiles.	Benoist G et al.	2009	La Revue du Praticien				X		84*
		Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal : 4e partie : Dépistage des anomalies orthopédiques du nourrisson.	Pannier C et al.	2007	La Revue du Praticien				X		85*
		Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés	HAS	2014	HAS				X		86**
		Sortie de maternité : préparez votre retour à la maison	HAS	2014	HAS				X		87*
		Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés	Société Française de Pédiatrie	2014	Société Française de Pédiatrie				X		88*
		Surveillance médicale de l'enfant : examens et vaccination	L'assurance maladie	2013	Ameli.fr				X		89*
		Carnet de santé de l'enfant	Service public	2006	service-public.fr				X		90*
		Suivi médical de l'enfant : examens médicaux obligatoires	Service public	2016	service-public.fr				X		91*

	Vaccinations	Avis relatif à la simplification du calendrier vaccinal.	Haut Conseil de la Santé Publique	2012	Haut Conseil de la Santé Publique				X		92*
		Le calendrier vaccinal.	Floret D	2014	Soins Pédiatrie Puériculture	X			X		93*
		Evolution des méningites bactériennes de l'enfant en France sous l'effet des vaccinations.	Levy C et al.	2014	Archives de Pédiatrie			X	X		94*
		Couverture vaccinale des enfants âgés de 6 ans, scolarisés en grande section de maternelle, France, 2005-2006.	Fonteneau L et al.	2013	Archives de Pédiatrie			X			95*
		Couverture vaccinale hépatite B chez l'enfant en France en 2014 : progrès très importants chez le nourrisson, stagnation chez l'adolescent.	Guthmann J. P et al.	2015	Numéro thématique. Journée mondiale contre l'hépatite.			X	X		96*
		Vaccinoscopie : étude de l'évolution annuelle entre 2008 et 2011 de la couverture vaccinale des enfants de moins de 7 ans dans la population française.	Martinot A et al.	2013	Archives de Pédiatrie			X	X		97*
		L'hépatite B : faut-il faire vacciner votre enfant ?	Sos Hépatites Bourgogne	2006	Sos Hépatites Bourgogne	X		X	X		98*
		Rougeole, pourquoi faut-il vacciner les enfants ?	Labbe A	2009	Soins Pédiatrie Puériculture	X		X	X		99*
		Les vaccinations. Dossier.	Floret D	2010	Actualite et Dossier en Sante Publique	X		X	X		100*
		Avis relatif à la politique vaccinale et à l'obligation vaccinale en population générale (hors milieu professionnel et règlement sanitaire international) et à la levée des obstacles financiers à la vaccination.	Haut Conseil de la Santé Publique	2014	Haut Conseil de la Santé Publique			X	X		101*
		Question vaccinations. Dossier.	Lellouche J-P	2015	Pratiques : Les Cahiers de la Medecine Utopique				X		102*
		Vaccins. Pourquoi font-ils peur ? Dossier.	Pierrefixe S	2015	Science et Sante			X	X		103*
		Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016	InVS	2016	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire	X			X		104*
		Couvertures vaccinales chez l'enfant estimées à partir des certificats de santé du 24ème mois France, 2004-2007	Fonteneau L et al.	2010	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire	X			X		105*
		Vaccination - Préserver sa santé	Ministère des Affaires sociales et de la Santé	2015	http://social-sante.gouv.fr	X		X	X		106*
		Childhood immunisation: what is the future?	Pollard A. J	2007	Archives of Disease in Childhood				X		107*
		A systematic review of interventions for reducing parental vaccine refusal and vaccine hesitancy	Sadaf A et al.	2013	Vaccine				X		108*
		Parental reminder, recall and educational interventions to improve early childhood immunisation uptake: A systematic review and meta-analysis	Harvey H et al.	2015	Vaccine				X		109*
		Protecting pregnant women, newborns, and families from pertussis	Lloyd K. L	2013	Journal of Midwifery & Women's Health			X	X		110*
		Hepatitis B vaccination : a review	Launay O et al.	2015	Médecine Sciences	X		X	X		111*
		Recommandations de l'OMS pour la vaccination systématique - tableaux récapitulatifs	OMS	2016	OMS	X		X	X		112*
		Rougeole	OMS	2016	OMS	X		X	X		113*
		Vaccination	OMS	2016	OMS	X		X	X		114*
		Vaccins contre le virus de l' hépatite B	ANSM	2012	ANSM	X		X	X		115*
		Faut-il abroger les obligations vaccinales ?	Floret D	2006	Archives de Pédiatrie			X			116*
ents dome stiqu		Accidents domestiques par chute avant l'âge de la marche.	Claudet I et al.	2013	Archives de pédiatrie		X	X			117*
		Accidents de l'enfant : quelles sont les données épidémiologiques pertinentes ?	Jule L et al.	2009	La Revue du Praticien		X	X			118*
		Épidémiologie des accidents de la vie courante chez l'enfant	Thélot B	2010	Archives de Pédiatrie		X	X			119*
		Accidents de la vie courante au cours de la première année de vie	Claudet I	2014	Archives de Pédiatrie	X	X	X			120*

		Les nouveaux accidents domestiques	Claudet I	2010	Archives de Pédiatrie		X	X			121*
		Identifying facilitators and barriers for home injury prevention interventions for pre-school children: a systematic review of the quantitative literature	Ingram Jenny C et al.	2012	Health Education Research			X			122*
		Barriers to, and facilitators of, the prevention of unintentional injury in children in the home: a systematic review and synthesis of qualitative research	Smithson J et al.	2011	Injury Prevention: Journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention			X			123*
		Preventing childhood falls at home: meta-analysis and meta-regression	Kendrick D et al.	2008	American Journal of Preventive Medicine		X	X			124*
		Preventing childhood falls within the home: overview of systematic reviews and a systematic review of primary studies	Young B et al.	2013	Accident : Analysis and Prevention			X	X		125*
		Home and leisure accidents' mortality	Labie D	2007	Médecine Sciences			X	X		126*
		Avec l'enfant vivons la sécurité	INPES	2008	INPES	X	X		X		127*
		Protégez votre enfant des accidents domestiques	INPES	2008	INPES	X	X		X		62*
		Tables à langer	Commission de la sécurité des consommateurs	2014	Commission de la sécurité des consommateurs				X		128*
		Sièges transat pour bébés	Commission de la sécurité des consommateurs	2014	Commission de la sécurité des consommateurs				X		129*
		Lits pour enfants	Commission de la sécurité des consommateurs	2014	Commission de la sécurité des consommateurs				X		130*
		Poussettes et landaus	Commission de la sécurité des consommateurs	2014	Commission de la sécurité des consommateurs				X		131*
		Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2006	InVS	2010	BEH n°08		X	X			132*
		Promoting child safety in primary care: a cluster randomised controlled trial to reduce baby walker use	Kendrick J et al.	2006	The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners				X		133*
		Accident domestique chez l'enfant de moins de 1 an : une enquête épidémiologique au sein des urgences pédiatriques.	Suljkovicova M	2009	Thèse université Toulouse			X			134*
Infectieux	**Fièvre**	Fièvre chez l'enfant	Bourrillon A et al.	2010	EMC-Traité de Médecine AKOS	X	X			X	135*
		Pathologies les plus fréquentes chez le nourrisson âgé de 1 à 9 mois	Benoist G et al.	2013	EMC-Traité de Médecine AKOS	X	X			X	136*
		Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né	Hascoët J-M	2010	Livre	X	X				137*
		Les grands messages de prévention de 0 à 3 ans : Surveillance de l'enfant de 0 à 3 ans.	Chevallier B et al.	2006	La Revue du Praticien					X	138*
		Connaissances et attitudes des parents face à la fièvre de l'enfant de moins de 6 ans.	Grass L et al.	2006	La Revue du Praticien Médecine Générale	X	X				139*
		Prise en charge de la fièvre de l'enfant: les connaissances et pratiques des parents sont-elles satisfaisantes?	Boivin J-M et al.	2007	Archives de Pédiatrie	X				X	140*
		Prise en charge de la fièvre de l'enfant: quels projets d'éducation thérapeutique en médecine générale	Emmery Gavoille S et al.	2007	Thèse d'exercice	X	X				141*
		Fever without source in children 0 to 36 months of age	Ishimine P	2006	Pediatric Clinics of North America	X	X			X	142*

		Assessment and initial management of feverish illness in children younger than 5 years: summary of updated NICE guidance	Fields E et al.	2013	BMJ					X	143*
		Fièvre aiguë chez l'enfant	Gras-Le Guen C et al.	2015	La revue du Praticien	X	X			X	144*
		Fever and antipyretic use in children	Farrar H. C	2011	Pediatrics					X	145*
		Le traitement de la fièvre chez l'enfant	ANSM	2006	ANSM	X	X				146*
	Dyspnée	Contemporary topics in pediatric pulmonology for the primary care clinician.	Mueller GA et al.	2013	Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care		X			X	147*
		État des lieux des pratiques médicales en médecine générale en matière de bronchiolite et déterminants de prises en charge thérapeutiques discordantes par rapport aux recommandations de l'HAS.	Branchereau E et al.	2013	Archives de Pédiatrie					X	148*
		Inter-society consensus document on treatment and prevention of bronchiolitis in newborns and infants.	Baraldi E et al.	2014	Italian Journal of Pediatrics			X		X	149*
		Nasal congestion in infants and children: a literature review on efficacy and safety of non-pharmacological treatments.	Chirico G et al.	2014	Minerva Pediatrica	X	X			X	150*
		Pharmacology of cough and cold medicines.	Woo T	2008	Journal of Pediatric Health Care				X	X	151*
		Recommandations de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) concernant la prise en charge de la toux aiguë du nourrisson : impact sur les familles et les pharmacies.	Alauzet F et al.	2014	Archives de Pédiatrie	X	X			X	152*
		Rhinopharyngites et otites à répétition de l'enfant : Infections aiguës des voies respiratoires de l'enfant. I. Infections hautes.	Reinert P et al.	2007	La Revue du Praticien			X	X	X	153*
		Treatment of bronchiolitis: state of the art.	Da Dalt L et al.	2013	Early Human Development			X		X	154*

ANNEXE 3 : Guide contact téléphonique

Pour Secrétariat :

Bonjour, Elodie Grillo / Aurore Guidini, Je suis Interne en Médecine générale.
Je souhaiterais demander au DR X / Mme Y s'il/elle serait intéressé(e) pour participer à mon projet de thèse.

Pourrais-je lui parler SVP ?

Non

Pourriez-vous lui laisser mes coordonnées pour qu'il/elle me rappelle, SVP ?

Oui

En quoi consiste la thèse ?

Je cherche à constituer un panel d'experts afin de définir un consensus à propos des messages clés à délivrer aux parents à la sortie de la maternité concernant la santé de leur nouveau-né.

Pour MG, SF, GO, Péd :

Bonjour, Elodie Grillo / Aurore Guidini, je suis Interne en Médecine générale.
Je me permets de vous contacter pour savoir si vous seriez intéressé/e pour participer à la thèse que je réalise avec ma co-interne.
Auriez-vous 1 minute à m'accorder ?

NON :

Pas de problème.
Quand puis-je vous rappeler pour vous expliquer l'objectif de ma thèse ou peut-être préféreriez-vous que je vous laisse mes coordonnées pour que vous me rappeliez quand vous aurez plus de temps ? Ou bien sinon cela peut aussi se faire par mail ?

OUI :

Notre but est de constituer un panel d'experts afin de définir un consensus à propos des messages clefs à délivrer aux parents à la sortie de la maternité concernant la santé de leur nouveau-né.
Et au final de créer une fiche-mémo informative, avec ces conseils hiérarchisés, que l'on pourrait diffuser aux professionnels de santé.

Seriez-vous d'accord pour participer ?

NON

Pourriez-vous me dire pourquoi vous ne souhaitez par participer ?

OUI

Toute l'étude se déroule par mail : vous pouvez fournir une adresse mail personnelle ou professionnelle selon votre préférence …
La réponse au 1er mail prendra grand maximum 10 minutes et ensuite la réponse aux 2 mails suivants prendra 5 minutes.

Est-ce que je vous inclus dans le panel ?

Je ne suis pas un expert.

Ce qui nous intéresse, c'est de connaître l'avis de différents professionnels de santé qui sont confrontés chaque jour aux questions des parents à la sortie de la maternité.

Nous ne cherchons pas des « experts » à proprement parlé mais nous cherchons à recueillir votre expérience personnelle lors de votre pratique quotidienne afin d'avoir des points de vue différents et d'adapter au mieux les conseils à donner aux parents.

Combien de temps cela va durer ?

Vous recevrez en tout 4 mails : un pour la présentation et 3 pour les rondes. Vous aurez un mail de compte rendu personnalisé après chaque ronde.

La durée de la thèse dépendra du temps que chaque professionnel mettra à répondre.

Il est possible qu'une autre ronde soit nécessaire si le panel a des difficultés à s'accorder sur un consensus.

Si acceptation :

Je vais prendre votre adresse mail, je vous enverrai le premier mail ou tout sera expliqué.

Mais si vous avez des questions, surtout n'hésitez pas à m'appeler ou à me contacter par mail.

Pourriez-vous m'envoyer, par retour de mail, une confirmation de réception pour être sûre que j'ai noté la bonne adresse, sans erreur de frappe, SVP ?

Avant de terminer, pour avoir un panel représentatif, j'ai besoin de savoir si vous avez plus ou moins de 50 ans.

Merci beaucoup de votre aide. Bonne journée.

ANNEXE 4 : Mail de présentation

Bonjour,

Tout d'abord, nous tenons à vous remercier très chaleureusement d'avoir accepté de participer à notre travail de thèse.

Vous faites donc partie de notre panel d'experts qui comprend : des médecins généralistes, médecins de PMI, pédiatres, sages femmes et gynécologues, urbains et ruraux, libéraux et hospitaliers de Midi-Pyrénées.
Notre recueil d'opinion est construit selon la méthode Delphi : cette méthode de recherche qualitative repose sur le fait qu'un jugement de groupe est plus valide qu'un jugement individuel. Elle permet d'obtenir un avis final unique et convergent d'un groupe d'experts : un consensus.

L'objectif principal de notre thèse est d'obtenir un consensus définissant **les messages clés à délivrer aux parents à la sortie de la maternité concernant la santé de leur nouveau-né**. L'objectif secondaire est de créer une fiche-mémo informative que l'on pourrait diffuser aux professionnels de santé.

Pour cela, nous vous enverrons les mails toujours sous l'intitulé **"THESE DELPHI : Conseils à la sortie de maternité"** afin qu'ils soient plus facilement repérables parmi vos autres courriels.

Nous avons effectué une revue de la littérature non systématisée afin de sélectionner les principaux conseils à donner aux parents à la sortie de la maternité. Nous avons volontairement restreint notre travail autour des conseils de prévention de pathologies ou situations potentiellement à risque élevé pour le nouveau-né. Nous avons donc exclu les conseils de puériculture simple non liés à une pathologie. Nous vous présenterons donc une liste d'items-conseils que vous devrez noter.

Vous allez participer à 3-4 rondes de recueils au cours desquelles vous devrez sélectionner les conseils qui vous paraissent les plus importants à délivrer aux parents.
Pour cela, vous attribuerez à chacun des conseils que nous avons relevés dans la littérature, une note allant de 1 (signifiant que pour vous l'item est non important pour l'éducation des parents) à 9 (signifiant que pour vous l'item est très important pour l'éducation des parents).
Vous aurez la possibilité de commenter chaque item, et de nous apporter vos suggestions concernant la formulation et le contenu de chaque item.
Pour mémoire, le recueil se fait de façon totalement **anonyme** +++.

A chaque ronde, chaque membre recevra de façon anonyme ses résultats par rapport à ceux du groupe et la synthèse des commentaires effectués lors de la ronde précédente.

Nous attirons votre attention sur le fait que plus vos réponses seront rapides, plus tôt la ronde suivante pourra être débutée et plus vite l'enquête sera close.

Votre participation à l'obtention de ce consensus permettra la création d'une fiche-mémo informative ayant pour but de réduire le nombre de consultations inappropriées en soins primaires et/ou aux urgences, et de prévenir certains événements évitables par une meilleure éducation parentale.

Merci encore de contribuer ce travail et merci par avance de répondre ce mail pour valider votre adresse e-mail.

L'enquête débutera dans quelques semaines.

Nous restons à votre disposition pour toutes précisions complémentaires.

Avec toute notre gratitude,
Bien cordialement

GRILLO Elodie
06 74 72 31 55
elodie.grillo.med@gmail.com
Interne en Médecine Générale

GUIDINI Aurore
06 77 33 42 39
aurore.guidini.med@gmail.com

EN CONCLUSION

1) CLIQUEZ SUR « REPONDRE » A CE MAIL (et non « répondre à tous ») afin de nous confirmer votre participation et votre adresse mail.
2) Vous recevrez un premier mail, dès que le panel sera constitué, pour participer à la première ronde.
3) Ce premier mail vous exposera les différents conseils qu'il faudra noter de 1 à 9. Cela vous prendra une quinzaine de minutes.
4) Vous aurez un mois pour répondre à la première ronde puis le questionnaire sera clôturé.
5) Après chaque ronde, vous recevrez un tableau personnalisé récapitulatif de vos résultats par rapport à ceux du panel.
6) Nous vous rappelons que plus vite vous répondrez à chaque ronde, plus vite l'enquête sera close.
7) Merci encore de contribuer à ce travail. Il permettra, grâce à votre aide, de rédiger une liste de conseils à délivrer aux jeunes parents sur la santé de leur nouveau-né. Cet outil permettra une standardisation des conseils minimaux à délivrer aux parents en consultation.

ANNEXE 5 : Mail ronde 1

Bonjour,

Tout d'abord nous tenons à vous remercier très chaleureusement d'avoir accepté de participer à notre travail de thèse.

Vous débutez la première ronde. Elle va permettre de faire une première sélection des conseils de prévention, de dépistage ou de conduite à tenir urgente, à délivrer aux jeunes parents concernant la santé de leur nouveau-né à la sortie de la maternité.

Attention, l'étude est strictement limitée aux **nouveau-nés de 0 à 28 jours, nés à terme par voie basse sans pathologie, sans anomalie survenue pendant la grossesse et sans sortie précoce de la maternité.**

L'objectif est de rédiger une fiche synthétique des éléments minimaux indispensables que les parents devraient connaître pour prévenir une situation ou complication grave ou réagir rapidement en cas de problème.

Vous trouverez ci-dessous la liste des conseils que nous avons pré sélectionnés lors de notre revue de la littérature.

Rappel du fonctionnement de la ronde Delphi :

1) Copiez la totalité des conseils. (Pour ceux qui ne sont pas à l'aise en informatique : sélectionnez le texte, puis faites clic droit, puis « Copier »).
2) Cliquez sur « Répondre à » (attention NE PAS cliquer sur « Répondre à tous »).
3) Collez les conseils dans le mail. (Cliquez dans la zone texte du mail, puis faites clic droit, puis « Coller »).
4) **Notez chaque conseil de 1 à 9** (1 = « Ce conseil n'est pas pertinent » ; 9 = « Ce conseil est indispensable » ; pas de note = 1 par défaut).
5) Commentez si vous le souhaitez chaque conseil, si vous trouvez qu'ils sont mal formulés.
6) Cliquez sur « Envoyer ».
   Cette première ronde vous prendra une quinzaine de minutes maximum. Les rondes suivantes seront plus courtes.

Nous vous enverrons un tableau récapitulatif individuel et anonyme de vos réponses avant la prochaine ronde.

Nous vous remercions par avance de la rapidité de votre réponse.
Bien cordialement.

GRILLO Elodie
06 74 72 31 55
elodie.grillo.med@gmail.com
Interne en Médecine Générale

GUIDINI Aurore
06 77 33 42 39
aurore.guidini.med@gmail.com
Interne en Médecine Générale

CONSEILS À DELIVRER AUX JEUNES PARENTS A LA SORTIE DE LA MATERNITE :

Thème 1 : Troubles digestifs :

a) Régurgitation :

… / 9 - La régurgitation est définie comme le reflux du contenu gastrique dans la bouche, plusieurs fois par jour pendant au moins 3 semaines. Elle est favorisée par la position allongée et les changements de position. Elle est physiologique chez les nourrissons entre 3 semaines et 12 mois.

… / 9 - En cas de régurgitations gênantes ou dont la fréquence et l'intensité augmente, consultez votre médecin.

… / 9 - En cas de vomissements de sang, d'étouffement, de blocage respiratoire, de difficultés d'alimentation ou de déglutition ou d'une posture anormale, on peut craindre un reflux gastrique pathologique, consultez en urgence.

… / 9 - La régurgitation normale ne nécessite pas de traitement. Mais on peut diminuer les symptômes : diminuer les quantités des repas tout en augmentant la fréquence, épaissir le lait, verticaliser le nouveau-né (0 à 28 jours) le plus souvent possible, ne pas trop serrer les vêtements et la couche, le placer sur le ventre lorsqu'il est réveillé et surveillé (ne pas le placer sur le ventre pour dormir), surélever le lit à 30°.

b) Constipation :

… / 9 - Le transit des nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités au sein, varie énormément : de 7 fois par jour à 1 fois par semaine.

… / 9 - La constipation fonctionnelle est définie par le passage de moins de deux selles de grand diamètre par semaine. Chez le nouveau-né (0 à 28 jours), la constipation fonctionnelle est normale si la prise de poids est normale.

… / 9 - Si vous trouvez que votre nouveau-né (0 à 28 jours) a l'abdomen gonflé et dur, qu'il vomit, qu'il a du sang dans les selles, consultez en urgence.

… / 9 - Il est normal que votre nouveau-né (0 à 28 jours) pleure et force durant la défécation.

c) Diarrhée :

… / 9 - La diarrhée se définit par une modification brutale : du nombre (plus nombreuses) et du caractère (plus liquides) des selles.

… / 9 - Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée consultez en urgence car le risque est que votre nouveau-né se déshydrate.

… / 9 - Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée vous pouvez débuter un soluté de réhydratation orale tous les quarts d'heures en attendant la consultation aux urgences.

d) Vomissement :

… / 9 - Le vomissement est défini comme le rejet par la bouche, avec effort, de liquide d'origine digestive. Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) vomit, consultez en urgence

Thème 2 : Sommeil :

a) Mort inattendue du nourrisson :

… / 9 - Il ne faut pas dormir sur un canapé ou un fauteuil avec un nouveau-né (0 à 28 jours), ni le faire dormir dans un lit d'adulte.

… / 9 - Le tabagisme passif augmente le risque de la mort inattendue du nourrisson.

… / 9 - Le nouveau-né (0 à 28 jours) ne doit dormir que dans un lit avec un matelas ferme et adapté au lit et qu'avec une turbulette ou une gigoteuse (pas de couettes, duvets, couvertures, oreillers, jouets ni de tour de lit).

… / 9 - Il est recommandé d'installer le lit du nouveau-né (0 à 28 jours) dans la chambre parentale.

… / 9 - Couchez toujours votre nouveau-né (0 à 28 jours) sur le dos, et jamais sur le ventre pour dormir.

… / 9 - Ne pas surchauffer la chambre de bébé : la température idéale est entre 18 et 20°C.

… / 9 - Ne pas monter un lit pour enfant s'il manque des pièces, ne pas le réparer.

… / 9 - Il existe un risque d'étranglement du nouveau-né (0 à 28 jours) pendant son sommeil (ne pas laisser de cordes, de fils électriques, de cordons de rideau… pendre autour du lit du nouveau-né, évitez les colliers, chaînes ou cordelettes avec sucette).

… / 9 - Lorsque le nouveau-né (0 à 28 jours) est éveillé et surveillé, vous pouvez le mettre sur le ventre pour faciliter le développement et réduire le risque de plagiocéphalie positionnelle.

… / 9 - Vacciner votre enfant selon les recommandations protège contre la mort inattendue du nourrisson.

… / 9 - Il n'est pas nécessaire d'utiliser des dispositifs commerciaux pour réduire le risque de mort inattendue du nourrisson.

… / 9 - Il faut interdire l'accès de la chambre du nouveau né (0 à 28 jours) à vos animaux : ils pourraient se coucher dans le berceau près de son visage et l'étouffer.

… / 9 - Vous pouvez utiliser une sucette lors de la sieste ou pour la nuit. Attendre l'âge de 1 mois pour l'utiliser chez les nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités.

b) Sommeil :

… / 9 - Un nouveau-né (0 à 28 jours) dort en moyenne 16 heures par jour (minimum 9h, maximum 20h) avec de brèves périodes d'éveil. Si le nouveau-né se réveille en pleurs, attendez un peu. Certains éveils, tout à fait normaux, peuvent se manifester ainsi. Le bébé se rendort rapidement. Si les pleurs persistent, assurez-vous qu'il n'a pas d'inconfort. Évitez de le sortir tout de suite de son berceau.

Thème 3 : Pleurs :

a) Syndrome bébé secoué / Pleurs :

… / 9 - Ne secouez jamais un nouveau-né (0 à 28 jours) pour calmer ses pleurs, cela peut le tuer ou le laisser handicapé à vie : il est très sensible aux secousses car sa tête est lourde et son cou n'est pas assez musclé. Informez-en les personnes qui seront amenées à garder votre nouveau-né. (Plus d'informations sur www.bebesecoue.com).

… / 9 - Les pleurs font partie du développement normal d'un nouveau-né (0 à 28 jours). Un nouveau-né né à terme, en bonne santé, peut pleurer jusqu'à 5 heures par jour sans raison précise et sans réconfort possible.

… / 9 - Si vous ne supportez plus les pleurs de votre nouveau-né (0 à 28 jours), couchez-le dans son lit, sur le dos, sortez de la pièce pour retrouver votre calme et demandez à quelqu'un de prendre le relais avant d'être submergé par la fatigue, le stress, l'exaspération ou la colère. Être parent d'un nouveau-né n'est pas de tout repos encore moins s'il pleure beaucoup. Tachez de vous reposer aussi au moment où votre nouveau-né dort.

… / 9 - Le nouveau-né (0 à 28 jours) pleure, c'est sa seule façon de vous dire que : il a faim, sommeil, sa couche est sale, il a chaud ou froid, il y a trop de bruit, il y a trop de monde ou il veut un câlin. En grandissant votre nouveau-né apprendra d'autres façons de vous communiquer ses besoins et les pleurs cesseront.

b) Coliques :

… / 9 - Les coliques sont définies par des épisodes d'irritabilité, d'agitation ou de pleurs qui débutent et se terminent sans raison apparente, chez un nourrisson de moins de 3 mois et durent au moins 3 heures par jour, au moins 3 jours par semaine et pendant au moins 1 semaine. Les coliques sont normales chez le nouveau-né (0 à 28 jours).

… / 9 - Le tabagisme passif peut favoriser la survenue de coliques.

… / 9 - Les coliques peuvent s'accompagner de rougeur du visage, d'une attitude avec les jambes repliées ou les poings serrés, une émission de gaz ou des difficultés pour aller à la selle.

… / 9 - Pour éviter les coliques, ne secouez pas trop le biberon lors de la reconstitution du lait, vérifiez que l'écoulement de lait par la tétine n'est pas trop rapide, faites attention à la quantité de lait que vous donnez à votre nouveau-né (0 à 28 jours).

… / 9 - Lorsque votre nouveau-né (0 à 28 jours) a des coliques, essayez de trouver une activité qui le calme : tour en voiture, promenade en poussette et évitez de trop le stimuler.

Thème 4 : Suivi du nourrisson :

a) Consultations obligatoires :

… / 9 - De sa naissance jusqu'à l'âge de 6 ans, des examens obligatoires permettront le suivi de votre enfant. Neuf examens sont prévus au cours de sa première année : dans les 8 jours qui suivent sa naissance, tous les mois jusqu'à ses 6 mois puis au cours des 9ème et 12ème mois. Tous ces examens sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

… / 9 - Le carnet de santé de votre nouveau-né vous est remis à la maternité, il est le lien indispensable entre les différents professionnels de santé et vous. Présentez-le à chaque consultation et conservez-le précieusement. Vous y trouverez également de nombreux conseils importants, pensez à le lire.

… / 9 - Après la sortie de la maternité, deux consultations sont recommandées chez le médecin ou la sage femme : la première dans la semaine après la sortie et si possible dans les 48 heures suivant cette sortie.

b) Vaccinations :

… / 9 - Les premiers vaccins sont recommandés à l'âge de 2 mois (Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B, Pneumocoque).

… / 9 - Il n'a pas été démontré qu'il existait une association significative entre le risque de survenue d'affections démyélinisantes centrales (telles que la sclérose en plaques) et la vaccination contre l'Hépatite B.

… / 9 - La Coqueluche est particulièrement grave chez le nouveau-né (0 à 28 jours), voire mortelle ; en attendant son premier vaccin à 2 mois, il est recommandé d'utiliser la stratégie du « cocooning » c'est-à-dire de vacciner les enfants et les adultes en contact avec lui.

… / 9 - Les vaccins contre le Pneumocoque, l'Haemophilus B et le Méningocoque protègent les nourrissons contre le risque de méningites bactériennes graves.

Thème 5 : Accidents domestiques :

… / 9 - Ne laissez jamais votre nouveau-né (0 à 28 jours) sans surveillance (sur la table à langer, le pèse-bébé, le lit parental, le canapé ou à la garde d'un autre enfant). Gardez toujours une main sur lui pour le maintenir. Il suffit d'un temps très court pour que le nouveau-né tombe.

… / 9 - Placez toujours le transat, le cosy ou le couffin sur le sol ; attachez toujours la sangle ventrale et l'entrejambe, même pour un trajet très court.

… / 9 - Evitez les lits dont les barreaux sont trop espacés (plus de 4,5 cm) : le nouveau-né (0 à 28 jours) risque de se coincer la tête.

… / 9 - Ne laissez jamais votre nouveau-né (0 à 28 jours) seul dans son bain, même si vous utilisez un siège de bain ou un tapis anti-glissant, même un court instant : il risque de se noyer en quelques minutes, sans un bruit, même dans 20 centimètres d'eau.

… / 9 - Vérifiez préalablement la température du bain avant d'y mettre votre nouveau-né (0 à 28 jours), elle doit être à 37°C.

… / 9 - Préférez un landau plutôt qu'une poussette pour votre nouveau-né (0 à 28 jours). Ne le surchargez pas, ne suspendez pas de sacs aux poignées qui pourraient le déséquilibrer et le faire basculer alors que le nouveau-né y est couché.

Thème 6 : Infectieux :

a) Fièvre :

… / 9 - Evitez les lieux publics très fréquentés, par exemple les centres commerciaux, transports en commun... (particulièrement en période d'épidémie de bronchiolite) avec votre nouveau-né (0 à 28 jours).

… / 9 - La méthode de référence pour mesurer la température corporelle est le thermomètre électronique par voie rectale. La fièvre est définie par l'élévation de la température au dessus de 38°C, chez un nouveau-né (0 à 28 jours) normalement couvert, exposé à une température ambiante tempérée.

… / 9 - Chez le nouveau-né de moins de 3 mois, le risque d'infection bactérienne est important. Si votre nouveau-né a une température ≥ 38°C en intra rectal, et qu'il est normalement couvert : consultez directement et rapidement aux urgences.

b) Dyspnée :

… / 9 - Lavage de nez : Il est préférable de le faire avant les repas pour faciliter l'alimentation. Le nouveau-né doit être couché sur le dos et sa tête tournée d'un coté, ou couché sur le coté. Instillez toute la dosette de sérum physiologique dans la narine la plus haute. Une partie du liquide ressort par la narine la plus basse, en balayant les sécrétions présentes dans les cavités nasales. L'opération est répétée de l'autre côté.

… / 9 - Si vous trouvez que votre nouveau-né (0 à 28 jours) est gêné pour respirer ou qu'il a une respiration sifflante, consultez en urgence un médecin.

… / 9 - Dès que vous trouvez que votre nouveau-né (0 à 28 jours) a le nez encombré, qu'il a le nez qui coule, ou qu'il tousse, faites-lui des lavages de nez répétés.

… / 9 - Le nouveau-né (0 à 28 jours) respire majoritairement par le nez. S'il est bouché, il peut avoir des difficultés pour respirer, d'où l'importance d'effectuer des lavages de nez.

… / 9 - Le tabagisme passif est un facteur de risque d'infection aigue des voies respiratoires du nouveau-né (0 à 28 jours). Il augmente la fréquence et la gravité des infections respiratoires.

… / 9 - Evitez l'automédication qui pourrait-être dangereuse pour votre nouveau-né (0 à 28 jours).

Questions annexes :

Y a-t-il d'autres thèmes médicaux qui vous paraissent importants à expliquer aux parents?

D'après vous, en cas de problème médical, à quel professionnel de santé pensez vous que les parents doivent-ils s'adresser en priorité?

ANNEXE 6 : Mail ronde 2

Bonjour,

Tout d'abord nous tenons à vous remercier très chaleureusement d'avoir participé à la première ronde de notre thèse sur les conseils à délivrer aux jeunes parents concernant la santé de leur nouveau-né à la sortie de la maternité.

Vous trouverez ci-joint un tableau individuel et anonyme récapitulant :

- votre notation de chaque conseil,
- la médiane de l'ensemble des notes,
- les conseils ayant fait consensus,
- tous les commentaires et demandes de modifications des experts.

La première ronde a permis d'affiner la rédaction des conseils grâce à vos remarques. Certains conseils ont été modifiés et vous seront reproposés, d'autres ne l'ont pas été malgré les demandes car ils étaient en contradiction avec notre revue de la littérature. A l'issue de cette première ronde, les conseils ayant fait consensus sont au nombre de 13. Ils ne seront donc pas reproposés lors de la deuxième ronde.

Vous allez débuter la deuxième ronde. Nous vous rappelons qu'elle va permettre de faire une sélection des conseils de prévention, de dépistage ou de conduite à tenir urgente concernant le nouveau-né.

L'objectif de cette ronde est donc de sélectionner ***les conseils INDISPENSABLES à donner aux parents pour prévenir une situation ou complication grave, ou réagir rapidement en cas de problème.***

Il faut donc **éliminer les conseils** qui ne vous paraissent pas indispensables ou si vous pensez qu'ils doivent être donnés après le premier mois de vie du nouveau-né.

L'objectif de cette thèse est au final de rédiger une fiche-mémo synthétique des éléments minimaux indispensables que les parents devraient connaître, que l'on pourra remettre aux professionnels de santé. Cela n'empêche pas les professionnels de santé de délivrer les conseils qui ne seront pas retenus…

Vous trouverez ci-dessous la liste des conseils n'ayant pas fait consensus lors de la première ronde.

Rappel du fonctionnement de la ronde Delphi :

1) Copiez la totalité des conseils. (Pour ceux qui ne sont pas à l'aise en informatique : sélectionnez le texte, puis faites clic droit, puis « Copier »).
2) Cliquez sur « Répondre à » (attention NE PAS cliquer sur « Répondre à tous »).
3) Collez les conseils dans le mail. (Cliquez dans la zone texte du mail, puis faites clic droit, puis « Coller »).
4) **Notez chaque conseil de 1 à 9** (1 = « Ce conseil n'est pas pertinent » ; 9 = « Ce conseil est indispensable » ; pas de note = 1 par défaut).
5) Commentez si vous le souhaitez chaque conseil, si vous trouvez qu'ils sont mal formulés.
6) Cliquez sur « Envoyer ».

Nous vous enverrons un tableau récapitulatif individuel et anonyme de vos réponses avant la prochaine ronde.

Nous vous remercions par avance de la rapidité de votre réponse.

Bien cordialement.

GRILLO Elodie
06 74 72 31 55
elodie.grillo.med@gmail.com
Interne en Médecine Générale

GUIDINI Aurore
06 77 33 42 39
aurore.guidini.med@gmail.com
Interne en Médecine Générale

Conseils à délivrer aux jeunes parents à la sortie de la maternité :

Thème 1 : Troubles digestifs :

a) Régurgitation :

… / 9 Conseil 1 : La régurgitation est définie comme le reflux du contenu gastrique dans la bouche ou par le nez, plusieurs fois par jour pendant au moins 3 semaines. Elle est favorisée par la position allongée et les changements de position. Elle est normale chez les nourrissons entre 3 semaines et 12 mois.

… / 9 Conseil 2 : En cas de régurgitations avec pleurs ou dont la fréquence et l'intensité augmente, consultez votre médecin.

… / 9 Conseil 3 : On peut craindre un reflux gastrique pathologique en cas de difficultés d'alimentation ou de déglutition ou d'une posture anormale : consultez en urgence.
Mais en cas de vomissements de sang, d'étouffement, de blocage respiratoire : consultez aux Urgences.

… / 9 Conseil 4 : La régurgitation normale ne nécessite pas de traitement. Mais on peut diminuer les symptômes : diminuer les quantités des repas tout en augmentant la fréquence, épaissir le lait, verticaliser le nouveau-né (0 à 28 jours) le plus souvent possible, ne pas trop serrer les vêtements et la couche, le placer sur le ventre lorsqu'il est réveillé et surveillé (ne pas le placer sur le ventre pour dormir).

b) Constipation :

… / 9 Conseil 5 : Le transit des nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités au sein, varie énormément : de 7 fois par jour à 1 fois par semaine, sans signe de gène.

… / 9 Conseil 6 : Chez le nouveau-né (0 à 28 jours), la constipation fonctionnelle est normale si la prise de poids est normale. Elle est définie par le passage de moins de deux grosses selles par semaine.

… / 9 Conseil 7 : Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a l'abdomen gonflé et dur, qu'il vomit, qu'il a du sang dans les selles, consultez en urgence.

… / 9 Conseil 8 : Il est normal que votre nouveau-né (0 à 28 jours) pleure et force durant la défécation.

c) Diarrhée :

… / 9 Conseil 9 : La diarrhée se définit par une modification brutale : du nombre (plus nombreuses) et du caractère (plus liquides) des selles.

… / 9 Conseil 10 : Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée (modification brutale du nombre et du caractère des selles) consultez rapidement un médecin car le risque de déshydratation est important.

… / 9 Conseil 11 : Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée vous pouvez débuter un soluté de réhydratation orale tous les quarts d'heures en attendant de consulter rapidement un médecin.

d) Vomissements :

… / 9 Conseil 12 : Le vomissement se diffère des régurgitations par son caractère en jet ou avec effort de liquide d'origine digestive. Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) vomit, consultez en urgence.

Thème 2 : Sommeil :

a) Mort inattendue du nourrisson :

… / 9 Conseil 13 : Il ne faut pas dormir sur un canapé ou un fauteuil avec un nouveau-né (0 à 28 jours), ni le faire dormir dans un lit d'adulte (risque de chute ou d'étouffement).

… / 9 Conseil 16 : Il est recommandé d'installer le lit du nouveau-né (0 à 28 jours) dans la chambre parentale.

… / 9 Conseil 17 : Couchez toujours votre nouveau-né (0 à 28 jours) sur le dos, et jamais sur le ventre pour dormir.

… / 9 Conseil 19 : Ne pas monter un lit pour enfant s'il manque des pièces, ne pas le réparer.

… / 9 Conseil 20 : Evitez les colliers, chaînes ou cordelettes avec sucette et ne pas laisser de cordes, de fils électriques, de cordons de rideau… pendre autour du lit du nouveau-né, il existe un risque d'étranglement du nouveau-né (0 à 28 jours) pendant son sommeil.

… / 9 Conseil 21 : Lorsque le nouveau-né (0 à 28 jours) est éveillé et surveillé, vous pouvez le mettre sur le ventre pour faciliter le développement et réduire le risque de plagiocéphalie positionnelle (aplatissement du crane).

… / 9 Conseil 22 : Vacciner votre enfant selon les recommandations protège contre la mort inattendue du nourrisson.

… / 9 Conseil 23 : Il n'est pas nécessaire d'utiliser des dispositifs commerciaux pour réduire le risque de la mort inattendue du nourrisson (matelas pour surveiller la respiration de bébé…).

… / 9 Conseil 25 : Vous pouvez utiliser une sucette lors de la sieste ou pour la nuit. Attendre l'âge de 1 mois pour l'utiliser chez les nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités.

b) Sommeil :

… / 9 Conseil 26 : Un nouveau-né (0 à 28 jours) dort en moyenne 16 heures par jour (minimum 9h maximum 20h) avec de brèves périodes d'éveil. Si le nouveau-né se réveille en pleurs, attendez un peu. Certains éveils, tout à fait normaux, peuvent se manifester ainsi. Le bébé se rendort rapidement. Si les pleurs persistent, assurez-vous qu'il n'a pas d'inconfort. Évitez de le sortir tout de suite de son berceau.

Thème 3 : Pleurs :

a) Syndrome bébé secoué/Pleurs :

… / 9 Conseil 27 : Ne secouez jamais un nouveau-né (0 à 28 jours) pour calmer ses pleurs, cela peut tuer ou entrainer un handicapé à vie : il est très sensible aux secousses car sa tête est lourde et son cou n'est pas assez musclé. Informez-en les personnes qui seront amenées à garder votre nouveau-né. (Plus d'informations sur www.bebesecoue.com).

… / 9 Conseil 28 : Les pleurs font partie du développement normal d'un nouveau-né (0 à 28 jours). Un nouveau-né né à terme, en bonne santé, peut pleurer jusqu'à 3 à 5 heures par jour sans raison précise.

… / 9 Conseil 29 : Si vous ne supportez plus les pleurs de votre nouveau-né (0 à 28 jours), couchez-le dans son lit, sur le dos, sortez de la pièce pour retrouver votre calme et demandez à quelqu'un de prendre le relais avant d'être submergé par la fatigue, le stress, l'exaspération ou la colère. Être parent d'un nouveau-né n'est pas de tout repos encore moins s'il pleure beaucoup. Reposez vous aussi au moment où votre nouveau-né dort.

… / 9 Conseil 30 : Le nouveau-né (0 à 28 jours) pleure, c'est sa seule façon de vous dire que : il a faim, sommeil, sa couche est sale, il a chaud ou froid, il y a trop de bruit, il y a trop de monde ou il veut un câlin. En grandissant votre nouveau-né apprendra d'autres façons de vous communiquer ses besoins et les pleurs cesseront.

b) Coliques :

… / 9 Conseil 32 : Le tabagisme passif peut favoriser la survenue de coliques.

… / 9 Conseil 33 : Les coliques peuvent s'accompagner de rougeur du visage, d'une attitude avec les jambes repliées ou les poings serrés, une émission de gaz ou des difficultés pour aller à la selle.
… / 9 Conseil 34 : Pour éviter les coliques, vérifiez que l'écoulement de lait par la tétine n'est pas trop rapide, faites attention à la quantité de lait que vous donnez à votre nouveau-né (0 à 28 jours).

… / 9 Conseil 35 : Lorsque votre nouveau-né (0 à 28 jours) a des coliques, essayez de trouver une activité qui le calme : massage abdominal dans le sens horaire, portage en écharpe ou porte bébé, évitez de trop le stimuler, tour en voiture, promenade en poussette.

Thème 4 : Suivi du nourrisson :

a) Consultations obligatoires :

… / 9 Conseil 36 : De sa naissance jusqu'à l'âge de 6 ans, des examens obligatoires permettront le suivi de votre enfant : pour sa première année : dans les 8 jours qui suivent sa naissance, tous les mois jusqu'à ses 6 mois puis au cours des 9ème, 11^{éme} et 12ème mois. Tous ces examens sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

… / 9 Conseil 37 : Le carnet de santé de votre nouveau-né vous est remis à la maternité, il est le lien indispensable entre les différents professionnels de santé et vous. Présentez-le à chaque consultation et conservez-le précieusement. Il contient les certificats de visites obligatoires des 9ème et 24ème mois.

… / 9 Conseil 38 : Après la sortie de la maternité, deux consultations sont recommandées chez le médecin ou la sage femme : la première dans la semaine après la sortie et si possible dans les 48 heures suivant cette sortie.

b) Vaccinations

… / 9 Conseil 39 : Les premiers vaccins sont recommandés à l'âge de 2 mois, ils comportent deux injections d'un vaccin combinant Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B et d'un vaccin contre le Pneumocoque.

… / 9 Conseil 40 : Il n'a pas été démontré qu'il existait une association significative entre le risque de survenue d'affections démyélinisantes centrales (telle que la sclérose en plaques) et la vaccination contre l'Hépatite B

… / 9 Conseil 42 : Les vaccins contre le Pneumocoque, l'Haemophilus B et le Méningocoque protègent les nourrissons contre le risque de méningites bactériennes graves.

Thème 5 : Accidents domestiques :

… / 9 Conseil 45 : Evitez les lits dont les barreaux sont trop espacés (plus de 4,5 cm) : le nouveau-né (0 à 28 jours) risque de se coincer la tête.

… / 9 Conseil 46 : Ne laissez jamais votre nouveau-né (0 à 28 jours) seul dans son bain, même si vous utilisez un siège de bain ou un tapis anti-glissant, même un court instant : il risque de se noyer en quelques minutes, sans un bruit, même dans 5 centimètres d'eau.

… / 9 Conseil 48 : Préférez un landau plutôt qu'une poussette pour le dos de votre nouveau-né (0 à 28 jours). Ne le surchargez pas, ne suspendez pas de sacs aux poignées qui pourraient le déséquilibrer et le faire basculer alors que le nouveau-né y est couché.

Thème 6 : Infectieux :

a) Fièvre :

… / 9 Conseil 51 : Chez le nouveau-né de moins de 2 mois, le risque d'infection bactérienne est important. Si votre nouveau-né a une température ≥ 38°C en intra rectal recontrolée à 1h d'intervalle, et qu'il est normalement couvert : consultez directement et rapidement aux urgences.

b) Dyspnée

… / 9 Conseil 52 : Lavage de nez chez le nouveau-né ayant le nez bouché ou qui coule : Il est préférable de le faire avant les repas pour faciliter l'alimentation. Le nouveau-né doit être couché sur le dos et sa tête tournée d'un coté, ou couché sur le coté. Instillez toute la dosette de sérum physiologique dans la narine la plus haute. Une partie du liquide ressort par

la narine la plus basse, en balayant les sécrétions présentes dans les cavités nasales. L'opération est répétée de l'autre côté.

… / 9 Conseil 53 : Si vous trouvez que votre nouveau-né (0 à 28 jours) est gêné pour respirer ou qu'il a une respiration sifflante, consultez en urgence un médecin.

… / 9 Conseil 54 : Dès que vous trouvez que votre nouveau-né (0 à 28 jours) a le nez encombré, qu'il a le nez qui coule, ou qu'il tousse, faites-lui des lavages de nez répétés mais espacés.

… / 9 Conseil 57 : Evitez l'automédication qui pourrait-être dangereuse pour votre nouveau-né (0 à 28 jours).

ANNEXE 7 : Mail ronde 3

Bonjour,

Nous tenons à vous remercier très chaleureusement d'avoir participé à la deuxième ronde.

Vous trouverez ci-joint un tableau individuel et anonyme récapitulatif de la ronde précédente. 5 conseils ont été validés à l'issue de cette ronde. Aucun conseil n'a été éliminé.

L'objectif de cette troisième ronde est d'**ELIMINER** les conseils qui ne vous paraissent pas indispensables à donner aux parents, à la sortie de la maternité.

La notation ne change pas : notez les conseils de 1 à 9 :

- 1 : « ce conseil n'est pas indispensable » : vous éliminez ce conseil.
- 9 : « ce conseil est indispensable » : vous validez ce conseil.

A partir de maintenant il n'y aura plus modification des conseils.

L'objectif de cette thèse est au final de rédiger une fiche-mémo synthétique des éléments minimaux indispensables que les parents devraient connaître, que l'on pourra remettre aux professionnels de santé.

Vous trouverez ci-dessous la liste des conseils n'ayant pas fait consensus lors des deux premières rondes.

Nous vous remercions par avance de la rapidité de votre réponse.
Bien cordialement.

GRILLO Elodie
06 74 72 31 55
elodie.grillo.med@gmail.com
Interne en Médecine Générale

GUIDINI Aurore
06 77 33 42 39
aurore.guidini.med@gmail.com
Interne en Médecine Générale

Conseils à délivrer aux jeunes parents a la sortie de la maternité :

Thème 1 : Troubles digestifs :

a) Régurgitation :

… / 9 Conseil 1 : La régurgitation est définie comme le reflux du contenu gastrique dans la bouche ou par le nez, plusieurs fois par jour pendant au moins 3 semaines. Elle est favorisée par la position allongée et les changements de position. Elle est normale chez les nourrissons entre 3 semaines et 12 mois.

… / 9 Conseil 3 : En cas de difficultés d'alimentation ou d'une posture anormale : consultez rapidement votre médecin. En cas de vomissements de sang, d'étouffement, de blocage respiratoire : allez aux Urgences.

… / 9 Conseil 4 : La régurgitation normale ne nécessite pas de traitement. Mais on peut diminuer les symptômes : diminuer les quantités des repas tout en augmentant la fréquence, épaissir le lait, verticaliser le nouveau-né (0 à 28 jours) le plus souvent possible, ne pas trop serrer les vêtements et la couche, le placer sur le ventre lorsqu'il est réveillé et surveillé (ne pas le placer sur le ventre pour dormir).

b) Constipation :

… / 9 Conseil 5 : Le transit des nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités au sein, varie énormément : de 7 fois par jour à 1 fois par semaine, sans signe de gêne.

… / 9 Conseil 6 : Chez le nouveau-né (0 à 28 jours), la constipation fonctionnelle est normale si la prise de poids est normale. Elle est définie par le passage de moins de deux grosses selles par semaine.

… / 9 Conseil 7 : Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a l'abdomen gonflé et dur, qu'il vomit plusieurs fois, qu'il a du sang dans les selles, consultez aux Urgences.

… / 9 Conseil 8 : Il est normal que votre nouveau-né (0 à 28 jours) pleure et force durant la défécation.

c) Diarrhée :

… / 9 Conseil 9 : La diarrhée se définit par une modification brutale : du nombre (plus nombreuses) et du caractère (plus liquides) des selles.

… / 9 Conseil 10 : Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée (modification brutale du nombre et du caractère des selles : liquides et débordantes de la couche) consultez rapidement un médecin car le risque de déshydratation est important.

… / 9 Conseil 11 : Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée vous pouvez débuter un soluté de réhydratation orale tous les quarts d'heures en attendant de consulter un médecin dans la journée.

d) Vomissements :

… / 9 Conseil 12 : Le vomissement se différencie des régurgitations par son caractère en jet ou avec effort de liquide d'origine digestive. Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) vomit à plusieurs fois, consultez en urgence.

Thème 2 : Sommeil :

a) Mort inattendue du nourrisson :

… / 9 Conseil 13 : Il ne faut pas dormir sur un canapé ou un fauteuil avec un nouveau-né (0 à 28 jours), ni le faire dormir dans un lit d'adulte (risque de chute ou d'étouffement).

… / 9 Conseil 16 : Il est recommandé d'installer le lit du nouveau-né (0 à 28 jours) dans la chambre parentale.

… / 9 Conseil 19 : Ne pas monter un lit pour enfant s'il manque des pièces, ne pas le réparer.

… / 9 Conseil 21 : Lorsque le nouveau-né (0 à 28 jours) est éveillé et surveillé, vous pouvez le mettre sur le ventre pour faciliter le développement et réduire le risque de plagiocéphalie positionnelle (aplatissement du crane).

… / 9 Conseil 22 : Vacciner votre enfant selon les recommandations protège contre la mort inattendue du nourrisson.

… / 9 Conseil 23 : Il n'est pas nécessaire, voire dangereux, d'utiliser des dispositifs commerciaux pour réduire le risque de la mort inattendue du nourrisson (matelas pour surveiller la respiration de bébé…).

… / 9 Conseil 25 : Vous pouvez utiliser une sucette (sans cordelette autour du cou) lors de la sieste ou pour la nuit. Attendre l'âge de 1 mois pour l'utiliser chez les nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités.

b) Sommeil :

… / 9 Conseil 26 : Un nouveau-né (0 à 28 jours) dort en moyenne 16 heures par jour (minimum 9h maximum 20h) avec de brèves périodes d'éveil. Si le nouveau-né se réveille en pleurs, attendez un peu. Certains éveils, tout à fait normaux, peuvent se manifester ainsi. Le bébé se rendort rapidement. Si les pleurs persistent, assurez-vous qu'il n'a pas d'inconfort. Évitez de le sortir tout de suite de son berceau.

Thème 3 : Pleurs :

a) Syndrome bébé secoué/Pleurs :

… / 9 Conseil 27 : Ne secouez jamais un nouveau-né (0 à 28 jours) pour calmer ses pleurs, cela peut tuer ou entrainer un handicap à vie : il est très sensible aux secousses car sa tête est lourde et son cou n'est pas assez musclé. Informez-en les personnes qui seront amenées à garder votre nouveau-né. (Plus d'informations sur www.bebesecoue.com).

… / 9 Conseil 28 : Les pleurs font partie du développement normal d'un nouveau-né (0 à 28 jours). Un nouveau-né né à terme, en bonne santé, peut pleurer jusqu'à 3 à 5 heures par jour sans raison précise.

… / 9 Conseil 29 : Si vous ne supportez plus les pleurs de votre nouveau-né (0 à 28 jours), couchez-le dans son lit, sur le dos, sortez de la pièce pour retrouver votre calme et demandez à quelqu'un de prendre le relais (si possible) avant d'être submergé par la fatigue, le stress, l'exaspération ou la colère. Être parent d'un nouveau-né n'est pas de tout repos encore moins s'il pleure beaucoup. Reposez vous aussi au moment où votre nouveau-né dort.

… / 9 Conseil 30 : Le nouveau-né (0 à 28 jours) pleure, c'est sa seule façon de vous dire que : il a faim, sommeil, sa couche est sale, il a chaud ou froid, il y a trop de bruit, il y a trop de monde ou il veut être porté. En grandissant votre nouveau-né apprendra d'autres façons de vous communiquer ses besoins.

b) Coliques :

… / 9 Conseil 32 : Le tabagisme passif peut favoriser la survenue de coliques.

… / 9 Conseil 33 : Les coliques peuvent s'accompagner de rougeur du visage, d'une attitude avec les jambes repliées ou les poings serrés, une émission de gaz ou des difficultés pour aller à la selle.

… / 9 Conseil 34 : Pour éviter les coliques, vérifiez que l'écoulement de lait par la tétine n'est pas trop rapide, faites attention à la quantité de lait que vous donnez à votre nouveau-né (0 à 28 jours).

… / 9 Conseil 35 : Lorsque votre nouveau-né (0 à 28 jours) a des coliques, essayez de trouver une activité qui le calme : massage abdominal dans le sens horaire, portage en écharpe ou porte bébé, évitez de trop le stimuler, tour en voiture, promenade en poussette.

Thème 4 : Suivi du nourrisson :

a) Consultations obligatoires :

… / 9 Conseil 36 : De sa naissance jusqu'à l'âge de 6 ans, des examens recommandés permettront le suivi de votre enfant : pour sa première année : dans les 8 jours qui suivent sa naissance, tous les mois jusqu'à ses 6 mois puis au cours des 9ème, 11éme et 12ème mois. Tous ces examens sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

… / 9 Conseil 37 : Le carnet de santé de votre nouveau-né vous est remis à la maternité, il est le lien indispensable entre les différents professionnels de santé et vous. Présentez-le à chaque consultation et conservez-le précieusement. Il contient les certificats de visites obligatoires des 9ème et 24ème mois.

… / 9 Conseil 38 : Après la sortie de la maternité, deux consultations sont recommandées chez le médecin ou la sage femme : la première dans les deux jours, au plus tard au septième jour.

b) Vaccinations

… / 9 Conseil 39 : Les premiers vaccins sont recommandés à l'âge de 2 mois, ils comportent deux injections d'un vaccin combinant Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B et d'un vaccin contre le Pneumocoque.

… / 9 Conseil 40 : Il n'a pas été démontré qu'il existait une association significative entre le risque de survenue d'affections démyélinisantes centrales (telle que la sclérose en plaques) et la vaccination contre l'Hépatite B

… / 9 Conseil 42 : Les vaccins contre le Pneumocoque, l'Haemophilus B et le Méningocoque protègent les nourrissons contre le risque de la plupart des méningites bactériennes graves.

Thème 5 : Accidents domestiques :

… / 9 Conseil 45 : Evitez les lits dont les barreaux sont trop espacés (normes CE) : le nouveau-né (0 à 28 jours) risque de se coincer la tête.

… / 9 Conseil 48 : Préférez un landau plutôt qu'une poussette pour le dos de votre nouveau-né (0 à 28 jours). Ne le surchargez pas, ne suspendez pas de sacs aux poignées qui pourraient le déséquilibrer et le faire basculer alors que le nouveau-né y est couché.

Thème 6 : Infectieux :

a) Fièvre :

… / 9 Conseil 51 : Chez le nouveau-né de moins de 2 mois, le risque d'infection bactérienne est important. Si votre nouveau-né a une température ≥ 38°C en intra rectal recontrolée à 1h d'intervalle, et qu'il est normalement couvert : consultez directement et rapidement aux urgences.

b) Dyspnée

… / 9 Conseil 52 : Lavage de nez chez le nouveau-né ayant le nez bouché ou qui coule : Il est préférable de le faire avant les repas pour faciliter l'alimentation et avant le coucher. Le nouveau-né doit être couché sur le dos et sa tête tournée d'un coté, ou couché sur le coté. Instillez toute la dosette de sérum physiologique dans la narine la plus haute. Une partie du liquide ressort par la narine la plus basse, en balayant les sécrétions présentes dans les cavités nasales. L'opération est répétée de l'autre côté.

… / 9 Conseil 54 : Dès que vous trouvez que votre nouveau-né (0 à 28 jours) a le nez encombré, qu'il a le nez qui coule, ou qu'il tousse, faites-lui des lavages de nez répétés mais espacés.

… / 9 Conseil 57 : Evitez l'automédication qui pourrait-être dangereuse pour votre nouveau-né (0 à 28 jours).

ANNEXE 8 : Mail ronde 4

Bonjour,

Nous tenons à vous remercier très chaleureusement d'avoir participé à la troisième ronde.

Vous trouverez ci-joint un tableau individuel et anonyme récapitulatif de la ronde précédente. 12 conseils ont été validés à l'issue de cette ronde. Aucun conseil n'a été éliminé à l'issue de la troisième ronde.

L'objectif de cette quatrième et DERNIERE ronde est différent des autres rondes :

Vous avez validés un total de 30 conseils. Nous avons regroupé certains conseils et obtenu un total de 23 conseils. Nous vous demandons à présent de sélectionner parmi la liste suivante un maximum de **15 conseils** à donner aux parents.

Pour cela, **notez « Oui » en face des 15 conseils que vous souhaitez garder.**

Cette dernière sélection nous permettra de rédiger la fiche mémo synthétique des éléments minimaux indispensables que les parents devraient connaître et que l'on pourra remettre aux professionnels de santé.

Vous trouverez ci-dessous la liste des conseils à noter.

Merci d'avoir participé à ce travail. Si vous êtes intéressé nous vous enverrons une copie de notre résultat.

Bien cordialement.

GRILLO Elodie	GUIDINI Aurore
06 74 72 31 55	06 77 33 42 39
elodie.grillo.med@gmail.com	aurore.guidini.med@gmail.com
Interne en Médecine Générale	Interne en Médecine Générale

Conseils à délivrer aux jeunes parents a la sortie de la maternité

Conseil 1- Le tabagisme passif augmente le risque de la mort inattendue du nourrisson et est un facteur de risque d'infection aigue des voies respiratoires du nouveau-né (0 à 28 jours). Il augmente la fréquence et la gravité des infections respiratoires.

Thème 1 : Troubles digestifs :

a) Régurgitation :

Conseil 2 -En cas de régurgitations gênantes ou dont la fréquence et l'intensité augmente, consultez votre médecin.

b) Constipation :

Conseil 3 -Le transit des nouveau-nés (0 à 28 jours) allaités au sein, varie énormément : de 7 fois par jour à 1 fois par semaine, sans signe de gêne.

Conseil 4 -Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a l'abdomen gonflé et dur, qu'il vomit plusieurs fois, qu'il a du sang dans les selles, consultez aux Urgences.

c) Diarrhée :

Conseil 5 -Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) a la diarrhée (modification brutale du nombre et du caractère des selles : liquides et débordantes de la couche) consultez rapidement un médecin car le risque de déshydratation est important.

d) Vomissement :

Conseil 6 -Le vomissement se différencie des régurgitations par son caractère en jet ou avec effort de liquide d'origine digestive. Si votre nouveau-né (0 à 28 jours) vomit plusieurs fois, consultez en urgence.

Thème 2 : Sommeil :

Mort inattendue du nourrisson :

Conseil 7 - Couchez toujours votre nouveau-né (0 à 28 jours) sur le dos, et jamais sur le ventre pour dormir. Le nouveau-né (0 à 28 jours) ne doit dormir que dans un lit avec un matelas ferme et adapté au lit et qu'avec une turbulette ou une gigoteuse (pas de couettes, duvets, couvertures, oreillers, jouets ni de tour de lit). Ne pas surchauffer la chambre de bébé : la température idéale est entre 18 et 20°C.

Conseil 8 - Evitez les colliers, chaînes ou cordelettes avec sucette et ne pas laisser de cordes, de fils électriques, de cordons de rideau… pendre autour du lit du nouveau-né, il existe un risque d'étranglement du nouveau-né (0 à 28 jours) pendant son sommeil.

Conseil 9 -Il faut interdire l'accès de la chambre du nouveau né (0 à 28 jours) à vos animaux : ils pourraient se coucher dans le berceau près de son visage et l'étouffer.

Thème 3 : Pleurs :

a) Syndrome bébé secoué / Pleurs :

Conseil 10 -Ne secouez jamais un nouveau-né (0 à 28 jours) pour calmer ses pleurs, cela peut tuer ou entrainer un handicap à vie : il est très sensible aux secousses car sa tête est lourde et son cou n'est pas assez musclé. Informez-en les personnes qui seront amenées à garder votre nouveau-né. (Plus d'informations sur www.bebesecoue.com).

Conseil 11 -Si vous ne supportez plus les pleurs de votre nouveau-né (0 à 28 jours), couchez-le dans son lit, sur le dos, sortez de la pièce pour retrouver votre calme et demandez à quelqu'un de prendre le relais (si possible) avant d'être submergé par la fatigue, le stress, l'exaspération ou la colère. Être parent d'un nouveau-né n'est pas de tout repos encore moins s'il pleure beaucoup. Reposez vous aussi au moment où votre nouveau-né dort.

b) Coliques :

Conseil 12 - Les coliques sont définies par des épisodes d'irritabilité, d'agitation ou de pleurs qui débutent et se terminent sans raison apparente, chez un nourrisson de moins de 3 mois et durent au moins 3 heures par jour, au moins 3 jours par semaine et pendant au moins 1 semaine. Les coliques sont normales chez le nouveau-né (0 à 28 jours). Lorsque votre nouveau-né (0 à 28 jours) a des coliques, essayez de trouver une activité qui le calme : massage abdominal dans le sens horaire, portage en écharpe ou porte bébé, évitez de trop le stimuler, tour en voiture, promenade en poussette.

Thème 4 : Suivi du nourrisson :

a) Consultations obligatoires :

Conseil 13 -De sa naissance jusqu'à l'âge de 6 ans, des examens recommandés permettront le suivi de votre enfant : pour sa première année : dans les 8 jours qui suivent sa naissance, tous les mois jusqu'à ses 6 mois puis au cours des 9ème, 11éme et 12ème mois. Tous ces examens sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

Conseil 14 -Le carnet de santé de votre nouveau-né vous est remis à la maternité, il est le lien indispensable entre les différents professionnels de santé et vous. Présentez-le à chaque consultation et conservez-le précieusement. Il contient les certificats de visites obligatoires des 9ème et 24ème mois.

b) Vaccinations :

Conseil 15 -Les premiers vaccins sont recommandés à l'âge de 2 mois, ils comportent deux injections d'un vaccin combinant Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B et d'un vaccin contre le Pneumocoque.

Conseil 16 -La Coqueluche est particulièrement grave chez le nouveau-né (0 à 28 jours), voire mortelle ; en attendant son premier vaccin à 2 mois, il est recommandé d'utiliser la stratégie du « cocooning » c'est-à-dire de vacciner les enfants et les adultes en contact avec lui.

Thème 5 : Accidents domestiques :

Conseil 17 - Ne laissez jamais votre nouveau-né (0 à 28 jours) sans surveillance (sur la table à langer, le pèse-bébé, le lit parental, le canapé ou à la garde d'un autre enfant). Gardez toujours une main sur lui pour le maintenir. Il suffit d'un temps très court pour que le nouveau-né tombe. Placez toujours le transat, le cosy ou le couffin sur le sol ; attachez toujours la sangle ventrale et l'entrejambe, même pour un trajet très court.

Conseil 18 -Ne laissez jamais votre nouveau-né (0 à 28 jours) seul dans son bain, même si vous utilisez un siège de bain ou un tapis anti-glissant, même un court instant : il risque de se noyer en quelques minutes, sans un bruit, même dans 5 centimètres d'eau. Vérifiez préalablement la température du bain avant d'y mettre votre nouveau-né (0 à 28 jours), elle doit être à 37°C.

Thème 6 : Infectieux :

a) Fièvre :

Conseil 19 -Evitez les lieux publics très fréquentés, par exemple les centres commerciaux, transports en commun... (particulièrement en période d'épidémie de bronchiolite) avec votre nouveau-né (0 à 28 jours).

Conseil 20 - La méthode de référence pour mesurer la température corporelle est le thermomètre électronique par voie rectale. La fièvre est définie par l'élévation de la température au dessus de 38°C, chez un nouveau-né (0 à 28 jours) normalement couvert, exposé à une température ambiante tempérée. Chez le nouveau-né de moins de 2 mois, le risque d'infection bactérienne est important. Si votre nouveau-né a une température ≥ 38°C en intra rectal recontrolée à 1h d'intervalle, et qu'il est normalement couvert : consultez directement et rapidement aux urgences.

b) Dyspnée :

Conseil 21 - Le nouveau-né (0 à 28 jours) respire majoritairement par le nez. S'il est bouché, il peut avoir des difficultés pour respirer, d'où l'importance d'effectuer des lavages de nez.

Conseil 22 -Si vous trouvez que votre nouveau-né (0 à 28 jours) est gêné pour respirer ou qu'il a une respiration sifflante, consultez en urgence un médecin.

Conseil 23 -Evitez l'automédication qui pourrait-être dangereuse pour votre nouveau-né (0 à 28 jours).

ANNEXE 9 : Exemple de tableau ayant permis l'analyse des réponses des experts

Colonne1	Expert 32E	Nb ≥ 7	Nb ≤ 3	Médiane	Pourcentage ≥ 7	Pourcentage ≤ 3	Accord (80%)	80% sans demande de reformulation Consensus
Conseil 1 :	1	32	6	7	65%	12%		
Commentaire conseil 1	physiologique jusqu'à 3 mois							
Conseil 2 :	9	40	3	8	82%	6%	Oui	Non
Commentaire conseil 2								
Conseil 3 :	9	28	14	8	57%	29%		
Commentaire conseil 3								
Conseil 4 :	9	39	4	8	80%	8%	Oui	Non
Commentaire conseil 4								
Conseil 5 :	9	40	4	9	82%	8%	Oui	Non
Commentaire conseil 5	voire une fois tous les 15-20jours							
Conseil 6 :	1	26	12	7	53%	24%		
Commentaire conseil 6	constipation fonctionnelle moins de 3 selles par semaine?							
Conseil 7 :	9	33	10	9	67%	20%		
Commentaire conseil 7								

ANNEXE 10 : Exemple de tableau individuel

	Score Personnel	Score médian	Score ≤ 3	Score ≥ 7	Consensus	Commentaire	Demande de modification
Conseil 1	8	8	15%	73%	NON	Contenu un peu trop scientifique mais la notion de normalité est essentielle à donner. Je ne vois toujours pas l'intérêt de l'information. Pour moi régurgitation = rejet dans la 1/2h qui suit le repas = tout-à- fait normal et même SOUHAITABLE ; sinon c'est =un relux (patho ou pas).	Rajouter après « reflux » (la remontée sans effort de vomissement).
Conseil 2	8	8	0%	83%	OUI	Ou lors de la prise de lait.	
Conseil 3	6	7	10%	66%	NON	Eventuellement, fusionner les conseils 2 et 3. Je ne comprends pas trop la formulation, pas assez clair pour des parents entre consulter aux urgences et en urgence. Termes trop techniques imprécis "qu'est ce qu'une posture anormale ? " blocage respiratoire faire plutôt le 15 ?	Deux parties dans cette question, assez différentes (la seconde est nettement plus préoccupante). Le conseil est le même «consulter en urgence». La note 9 est mise pour cette 2ème partie. 1ére phrase : Consultez votre médecin et non en urgence. Pas en urgence. Formulé ainsi, ce n'est pas très compréhensible, la subtilité entre en urgence et aux Urgences risque de ne pas être saisie par tous…. En urgence/Aux urgences. Les parents vont-ils s'y retrouver ? Supprimer « consulter en urgence ». Rajouter après « difficultés d'alimentation », de perte de poids ou de stagnation.
Conseil 4	7	7	10%	78%	NON	Intéressant à dire en consultation au cabinet mais a mon avis n'a pas sa place en sortie de maternité. Pas d'accord pour épaissir si c'est une simple régurgitation post-prandiale.	Je supprimerai "le placer sur le ventre…..dormir". Garder bébé vertical, dans les bras, au moins 30 mn après les tétées. Supprimer "le placer sur le ventre…..dormir". Préciser comment on epaissit le lait sinon certains vont faire des expériences ...
Conseil 5	8	8	10%	88%	NON	Le caractère normal d'un transit très diminué ne peut-être affirmé que si tout est parfaitement normal je pense. Peut-être pourrait-on insister sur cette nécessité que tout soit parfaitement normal. Je pense que chez un bébé au sein, s'il n'y a qu'une selle par semaine il vaut mieux s'inquiéter. La prise de poids ne sera pas formidable. Avec 10 à 15 tétées voire plus il y aura forcément plusieurs selles. Une selle par semaine voire toutes les 2 semaines c'est pour des bébés plus grands quand l'allaitement au sein correspond tout juste aux besoins de l'enfant c'est-à-dire souvent à la diversification.	Remplacer 7 par plusieurs. Modifiez juste l'orthographe de gêne en gêne.
Conseil 6	3	7	17%	51%	NON	Je ne comprends pas cette définition, selles rares ok mais grosses?? Anormales non? La 2ème phrase ("elle est définie par …") est-elle utile ? Le mot "constipation" me	

Ne jamais laisser un bebe sans surveillance sur la table à langer, dans le bain, dans la voiture, ou en présence d'animaux…

Lors d'un soin rien ne doit déranger mon papa ou ma maman (téléphone, sonnette de porte d'entrée, cuisine). Tout le matériel doit être à portée de main.

A la maison :

Je pleure et ça peut m'arriver surtout le soir : **c'est normal**. On appelle cela les pleurs inexpliqués du nouveau-né (ou coliques du nourrisson). Il n'y a pas d'explication médicale. Cela va diminuer au fil des semaines.
Toutefois si votre bébé pleure toute la journée et que rien ne l'apaise, cela doit vous amener à consulter.

Je dors sur le dos dans une turbulette sans oreiller, dans un lit à barreaux sans tour de lit, sur un matelas ferme, sans peluche, juste mon doudou me suffit. Une pièce à 18°-20°C convient parfaitement à mon sommeil. Attention à bien faire sortir les animaux de ma chambre.

Au début, je dors environ 16 à 20 heures par jour, par phases courtes. Mon rythme de sommeil va évoluer au fil du temps. Je tète mieux en éveil calme (au sein comme au biberon). J'alterne des phases de sommeil agité puis profond, d'éveil calme puis agité….
J'aime bien me promener avec mes parents si le temps le permet ! Dans la voiture, je dois être dans mon siège auto adapté à mon poids, dos à la route, sans airbag si je suis sur le siège passager. Je n'aime pas rester trop longtemps dans la même position (entre autres cosy et transat).

Je préfère les heures les moins froides l'hiver et les moins chaudes l'été. Je dois être habillé(e) selon la température extérieure.
Je n'aime pas les endroits enfumés, pollués, bruyants, les supermarchés.
On ne doit pas fumer près de moi, ou dans la maison, et l'odeur du tabac me dérange.

Pour mes 1 mois, maman et papa doivent prendre rendez-vous avec le médecin qui me suivra (pédiatre ou médecin traitant ou de PMI).

A la maison, maman et papa peuvent toujours contacter des professionnels en cas de doutes ou de difficultés. De plus, vous trouverez des informations supplémentaires dans le **carnet de santé** et sur **le site de l'inpes : guide de l'allaitement**
La sage-femme libérale.
La sage-femme, puéricultrice ou médecin de PMI du secteur où j'habite (page 97 du carnet de santé).
La maternité où je suis né(e) 05 65 55 12 12
Le pédiatre ou le médecin traitant qui me suit
Sage-femme référente en allaitement maternel
Autres numéros d'urgence à la dernière page du carnet de santé

LE RETOUR A LA MAISON

Conseils de sortie des sages-femmes et auxiliaires de puériculture

CENTRE HOSPITALIER RODEZ

Chaque maman et bébé sont différents, ces conseils ne sont pas exhaustifs, n'hésitez pas à prendre conseil auprès d'un professionnel si besoin.

CONSEILS DE SORTIE MAMAN

Saignements :

- les saignements rosés ou foncés peuvent s'arrêter puis reprendre, ils peuvent durer 2 à 3 semaines. Parfois il peut y avoir une augmentation normale des saignements entre le 10ème et 17ème jour.
- le retour de couches (premières règles) a en général lieu entre 6 à 8 semaines après l'accouchement ou après l'arrêt de l'allaitement.

Hygiène intime :

- pas de bain, pas de piscine, pas de tampon hygiénique pendant 1 mois.
- les points cicatrisent en 15 jours (en moyenne), continuez la toilette 1 à 2 fois par jour, ne pas utiliser trop de savon, pas de toilette vaginale.

Rapports sexuels et contraception :

- la reprise des rapports sexuels se fera lorsque vous vous sentirez prête. Ne pas hésiter à utiliser du lubrifiant.
- la contraception est évoquée avec la sage-femme avant la sortie, même en cas d'allaitement maternel.
- Attention une grossesse est possible après l'accouchement !

Les rendez-vous à prendre dans les prochains mois :

- La **visite post natale** est à prévoir avec votre sage femme (si accouchement normal) ou avec votre gynécologue **6 à 8 semaines** après la naissance de votre bébé. Pensez à prendre rendez-vous dès la sortie de maternité.
- Possibilité d'avoir le passage d'une sage-femme libérale ou de PMI à domicile jusqu'à 12 jours après l'accouchement, pris en charge par la sécurité sociale.

Rééducation du périnée : elle vous sera proposée lors de la visite post natale, elle est fortement conseillée même si vous ne ressentez pas de trouble ou si vous avez accouché par césarienne. Afin de protéger le périnée il est nécessaire de ne pas porter de charges lourdes (ex : nacelle, pack d'eau) pendant 1 mois.
La **reprise du sport** est envisageable après cette rééducation.

Allaitement artificiel et montée de lait : cela peut arriver et c'est tout à fait normal. Pour diminuer l'inconfort portez un soutien gorge jour et nuit. Eventuellement un traitement médicamenteux par anti-inflammatoires peut vous être proposé.
Si aucune amélioration après 72h n'hésitez pas à consulter.

Motifs de consultation en urgence : fièvre>38°5, douleurs abdominales intenses inhabituelles, pertes vaginales nauséabondes .

Rythme de vie :

Votre vie vient de changer, réajustez vos journées au rythme de votre bébé. N'hésitez pas à faire la sieste et profitez de ce temps pour materner. Adoptez une alimentation équilibrée.
Si vous êtes énervée, fatiguée ou que vous vous sentez dépassée, n'hésitez pas à solliciter une personne de votre entourage. Rappelez-vous qu'il ne faut **jamais secouer un bébé** que ce soit pour jouer ou pour le calmer.

CONSEILS DE SORTIE BEBE

Allaitement :

- *Au sein* : Les critères de tétées efficaces sont : urines fréquentes (4 à 5 pipis dans la journée), la reprise du poids de naissance vers le 10 ème jour, un bébé qui réclame en éveil calme, et un nombre de tétées par 24h de 8 minimum.
- Toutes les 6 semaines environs, une poussée de croissance est possible, votre bébé va réclamer beaucoup plus fréquemment ; c'est normal ! Si la situation ne s'améliore pas malgré les tétées fréquentes, au-delà de 48h , n'hésitez pas à consulter.
-
- *Au biberon* : il n'est pas nécessaire de stériliser les biberons, il faut par contre bien les nettoyer au savon. Jusqu'à un an, il est préférable d'utiliser de l'eau en bouteille avec la notification « convient à la préparation des biberons ».

Soins d'hygiène :

- Mon cordon : continuer les soins jusqu'à ce que le cordon soit tombé et jusqu'à sa cicatrisation complète. Il noircira jusqu'à sa chute, 6 à 10 jours après l'accouchement.
- Mon siège : en prévention utiliser du **liniment** ou de l'eau pour les changes. Si irritation, ne pas utiliser le liniment mais une crème adaptée aux érythèmes.
- Mes ongles : durant le premier mois de vie, éviter de les couper ; utiliser une lime souple (de type carton).
- Mon bain : pas de moment idéal, **1 jour sur 2** cela est suffisant, pas de savonnage systématique. Vous pouvez masser votre bébé avec une huile adaptée ou du liniment.

Les selles :

- au sein : elles peuvent être très fréquentes (plusieurs fois/j) ou rares (une fois/semaine). **On ne s'en préoccupe pas sauf** si elles sont brutalement très abondantes (> 8 par jour) et nauséabondes.
-au biberon : les selles sont moins fréquentes. La constipation se définit par des selles dures, douloureuses, sèches et une absence de selles de plus de 48 heures.
Si cela arrive fréquemment n'hésitez pas à consulter un professionnel.

Une fièvre dans le premier mois (température rectale > 38°) doit vous faire consulter aux urgences pédiatriques.

ANNEXE 12 : Fiche conseil du CHU Toulouse

Livret d'informations

Hôpitaux de Toulouse

Conseils de sortie pour le retour à la maison

Pôle Femme-Mère-Couple
Secteur suites de couches
Dr Alain BERREBI,
Gynécologue-Obstétricien responsable
Dr Corinne ASSOULINE,
Pédiatre responsable

Hôpital Paule de Viguier
330, avenue de Grande-Bretagne - TSA 70034
31059 Toulouse Cedex 9

Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse

Code : 403924

Conseils pour la mère *(suite)*

› Rééducation

Lors de la visite post natale, des séances de rééducation du périnée pourront vous être prescrites.
En attendant d'avoir fait ces séances de rééducation du périnée, le sport et le port de charges lourdes vous sont déconseillés.
Si votre médecin juge nécessaire de vous prescrire de la rééducation abdominale, il faudra d'abord faire la rééducation du périnée.

› Contraception

Une contraception fiable et efficace devra être instaurée au retour de la maternité. Elle sera abordée au cours de votre séjour.

› Allaitement artificiel

Si vous avez opté pour un **allaitement artificiel** *(c'est-à-dire par un biberon)* :

- Du **lait premier âge** devra être donné à votre bébé sauf prescription de la part du pédiatre.
- La marque de lait sera à votre convenance.
- La fréquence des biberons est de **6 à 8 biberons/24 heures** le premier mois.

- La quantité de lait que devra prendre votre enfant vous sera précisé à votre sortie.
- Pour la préparation des biberons, veuillez vous référer à votre livret « **Retour à la maison** ».

› Allaitement maternel

Si vous avez opté pour un allaitement maternel, un livret d'information vous sera remis au cours de votre séjour.

Conseils pour l'enfant

› Visite chez le pédiatre

Une visite pour votre enfant chez le pédiatre ou le médecin généraliste doit être faite entre **3 semaines et 1 mois de vie.**

› Pesée

Votre enfant devra être pesé **une fois par semaine** au cours du premier mois.
Cette pesée pourra être effectuée à la PMI (Protection Maternelle et Infantile) proche de chez vous ou chez votre sage femme libérale ou votre médecin traitant.
La location d'une balance n'est pas nécessaire sauf si cela a été prescrit par le pédiatre. Un nouveau-né prend en général entre **150 gr et 200 gr par semaine.**

› Vaccin

Il n y a pas de vaccins avant le 2e mois de vie. *(sauf situations particulières).*
Vous les programmerez avec le médecin qui s'occupera de votre enfant.

› Cordon ombilical

Les soins du cordon ombilical sont à poursuivre à la maison à **chaque change** jusqu'à ce qu'il tombe *(il tombe 10 à 15 jours après la naissance).*
Il faudra poursuivre ces soins environ 3 jours après la chute du cordon, *(surveiller que la cicatrisation soit complète).*

› Température

La prise quotidienne de la température n'est pas nécessaire.

Contrôlez-la si vous trouvez son comportement inhabituel :

- La température d'un bébé est entre **36,5° et 37,5°.**
- Vous pouvez lui prendre sous le bras en rajoutant 0.5° à la température trouvée.

Conseils pour l'enfant *(suite)*

- Si sa température est **supérieure à 38°**, commencez par découvrir votre bébé, puis recontrôler sa température *(dans ce cas, de préférence dans l'anus car la mesure est plus fiable)*. Si elle n'a pas baissé, vous devez amener votre enfant chez un médecin généraliste ou un pédiatre en première intention ou aux urgences pédiatriques en second recours *(éviter les urgences pédiatriques car votre enfant patientera plusieurs heures au contact de nombreux enfants malades)*.

› Coloration de la peau

Surveillez la coloration de votre bébé. Il ne doit pas être plus jaune qu'à la sortie de la maternité. Ses selles doivent rester colorées, si elles deviennent grises ou blanchâtres, consultez votre médecin.

Conseils en folie

Ne jamais coucher votre bébé sur le ventre ; mettez-le sur le **dos, à plat**. Ne pas utiliser de couverture.

Ne jamais laisser un bébé sur la table à langer, en hauteur ou dans son bain **sans surveillance.**
Penser à vous laver les mains avant de prendre bébé.

Il n'est pas nécessaire de donner de l'eau à votre bébé les premiers mois de vie ; il vaut mieux **rajouter** des tétées supplémentaires tant que la diversification n'est pas commencée.
S'il n'a pas de selles pendant **48h**, il est possible de préparer un ou deux biberons avec de l'eau Hépar.
Si malgré tout, il n'y a pas d'amélioration il vaut mieux consulter votre médecin.

Faites attention à la température de la chambre : 18° a 20°C suffisent.

Eviter de sortir dans les endroits très fréquentés en milieu clos.
Attention aux épidémies hivernales : éviter tout contact avec des personnes malades.

Il ne faut pas fumer dans la pièce où se trouve bébé.

Hygiène

Le bain peut être donné le matin ou le soir suivant votre organisation.

Avant le bain : faire chauffer la salle de bain *(environ 22°C)* et penser à préparer les vêtements et tout le nécessaire pour les soins avant de prendre votre bébé.

L'eau du bain se situe entre 37°C et 37°5C. Bien sécher bébé surtout au niveau des plis *(cou, aisselles, plis de l'aine)*.

Le lavage de nez n'est pas à faire en systématique : Faites le si votre bébé est gêné, de préférence avant la tétée.
Si l'encombrement persiste, consulter votre médecin.

En cas d'**écoulement au niveau des yeux**, il est conseillé d'utiliser des compresses stériles et du sérum physiologique pour les nettoyer, en allant de l'extérieur vers l'intérieur de l'œil.

S'il a la **peau sèche**, vous pouvez utilisez une crème hydratante spécial bébé ou des huiles de massage faites pour.

Il est possible de couper les **ongles** de bébé en faisant attention à ne couper que la partie dure de l'ongle ; (si vous avez un doute, limez-les-lui.)

Le jour de votre sortie :

Nous vous remettrons :

- Le carnet de santé de votre enfant.
- Une ordonnance avec les produits nécessaires pour le soin du cordon ainsi que ses vitamines et une crème en cas d'érythème fessier.
- Le premier certificat de santé (feuillet bleu) qui devra être complété et envoyé à la PMI dans l'enveloppe jointe.

Pensez à avoir d'avance les couches, le lait, les biberons et l'eau.

AUTEURS : Elodie GRILLO et Aurore GUIDINI

TITRE : Conseils à délivrer aux parents à la sortie de la maternité concernant la sante de leur nouveau-né

DIRECTEUR DE THESE : Dr Motoko DELAHAYE

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse le 29 juin 2017

Résumé :

Introduction : Le nombre de consultations aux urgences pédiatriques et la mortalité infantile augmentent. Nous pouvons nous demander si les parents sont assez informés sur la santé de leur nouveau-né, à la sortie de la maternité. Notre objectif est de sélectionner par consensus les messages clés à délivrer aux parents à la sortie de la maternité concernant la santé de leur nouveau-né et de rédiger une fiche mémo destinée aux professionnels de santé.
Matériel et méthodes : Nous avons effectué une revue narrative de la littérature pour sélectionner et rédiger les conseils à soumettre aux experts. Pour obtenir un consensus, nous avons utilisé la méthode Delphi et effectué 4 rondes successives.
Résultats : 27 experts sur les 64 initialement inclus ont répondu aux 4 rondes. 16 conseils ont fait consensus. Les thèmes abordés sont : la prévention de la mort inattendue du nourrisson, le syndrome du bébé secoué, les accidents domestiques, la définition et la prise en charge de la fièvre, les troubles du transit, la dyspnée, le tabagisme passif, le suivi du nouveau-né et les vaccinations.
Discussion : Il s'agit de la première étude dans laquelle un panel d'experts a été interrogé pour définir les messages indispensables à délivrer aux parents à la sortie de la maternité sur la santé de leur nouveau-né grâce à la méthode Delphi. Les professionnels de santé ne délivreraient pas assez les conseils fondamentaux à la sortie de la maternité, probablement par manque de temps et de connaissance. C'est pour cela qu'il est important de les former et de leur fournir des supports d'information sur lesquels ils pourraient s'appuyer.
Conclusion : Une fiche mémo a été réalisée contenant 16 conseils à donner aux parents, à destination des professionnels de santé.

Abstract:

Introduction: The number of consultations in pediatric emergencies and infant mortality are increasing. We may wonder if parents are sufficiently informed about the health of their newborn, when they leave the maternity. Our goal is to select by consensus the key messages to be delivered to parents when leaving the maternity concerning the health of their newborn and to write a memo paper for health professionals.
Materials and methods: We conducted a narrative review of the literature to select and write the advices to be submitted to the experts. In order to obtain a consensus, we used the Delphi method and carried out 4 successive rounds.
Results: 27 experts among the 64 initially included responded to the 4 rounds. 16 advices were approved. The topics discussed are: the prevention of sudden infant death, the shaken baby syndrome, the home accidents, the definition and management of fever, the transit disorders, the dyspnea, passive smoking, medical follow up of infant and the immunizations.
Discussion: This is the first study in which a panel of experts was interviewed to define the essential messages to be delivered to parents when leaving the maternity about the health of their newborn through the Delphi method. Health professionals would not deliver enough basic advice when leaving the maternity, probably due to a lack of time and knowledge. This is why it is important to train them and provide them with information paper they can rely on.
Conclusion: A memo paper , addressed to health professionals, was finally produced. It contains 16 advices to be given to parents.

Mots clés : nouveau-né, conseils, éducation, methode delphi

Key words: new-born, advice, education, delphi method

Discipline administrative : Médecine générale

Faculté de médecine Rangueil -133 route de Narbonne 31062 Toulouse Cedex 4 - FRANCE