

## Collection Mille et un bébés

dirigée par Patrick Ben Soussan

Des bébés en mouvements, des bébés naissant à la pensée, des bébés bien portés, bien-portants, compétents, des bébés malades, des bébés handicapés, des bébés morts, remplacés, des bébés violents, agressés, exilés, des bébés observés, des bébés d'ici ou d'ailleurs, carencés ou éveillés culturellement, des bébés placés, abandonnés, adoptés ou avec d'autres bébés, des bébés et leurs parents, les parents de leurs parents, dans tous ces liens transgénérationnels qui se tissent, des bébés et leur fratrie, des bébés imaginaires aux bébés merveilleux...

Voici les mille et un bébés que nous vous invitons à retrouver dans les ouvrages de cette collection, tout entière consacrée au bébé, dans sa famille et ses différents lieux d'accueil et de soins. Une collection ouverte à toutes les disciplines et à tous les courants de pensée, constituée de petits livres – dans leur pagination, leur taille et leur prix – qui ont de grandes ambitions : celle en tout cas de proposer des textes d'auteurs, reconnus ou à découvrir, écrits dans un langage clair et partageable, qui nous diront, à leur façon, singulière, ce monde magique et déroutant de la petite enfance et leur rencontre, unique, avec les tout-petits.

Mille et un bébés pour une collection qui, nous l'espérons, vous donnera envie de penser, de rêver, de chercher, de comprendre, d'aimer.

Retrouvez tous les titres parus sur

**[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)**

*Le début de la vie  
d'un grand prématuré*

Déjà parus dans la rubrique « Mieux connaître les bébés »  
de la collection « Mille et un bébés »

*Le début de la vie d'un grand prématuré*

*Le bébé et ses peurs*

*Indispensables séparations*

*Porter le bébé vers son autonomie*

*Langage et lieux d'accueil*

*Bébés d'ici parents d'ailleurs*

*L'enfant être du devenir*

*Rituels et mise au monde psychique*

*Accueillir l'enfant entre 2 et 3 ans*

*Naître*

*Paroles de bébés*

*Que sont les bébés devenus ?*

*Le bébé d'hier, d'aujourd'hui, de demain et de toujours*

*Naissance et développement de la vie psychique*

*Les premiers pas vers l'autre*

Déjà parus dans la rubrique « Mieux connaître les bébés »  
de la collection « Mille et un bébés »

*Le début de la vie d'un grand prématuré*

*Le bébé et ses peurs*

*Indispensables séparations*

*Porter le bébé vers son autonomie*

*Langage et lieux d'accueil*

*Bébés d'ici parents d'ailleurs*

*L'enfant être du devenir*

*Rituels et mise au monde psychique*

*Accueillir l'enfant entre 2 et 3 ans*

*Naître*

*Paroles de bébés*

*Que sont les bébés devenus ?*

*Le bébé d'hier, d'aujourd'hui, de demain et de toujours*

*Naissance et développement de la vie psychique*

*Les premiers pas vers l'autre*

*Le début de la vie d'un  
grand prématuré  
expliqué à ses parents*

Christian Dageville

*1001 BB - Mieux connaître les bébés*

Extrait de la publication  


*Le début de la vie d'un  
grand prématuré  
expliqué à ses parents*

Christian Dageville

*1001 BB - Mieux connaître les bébés*

Extrait de la publication  


Conception de la couverture :  
Corinne Dreyfuss  
Réalisation :  
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012  
ME - ISBNPDF : 978-2-7492-1916-5  
Première édition © Éditions érès 2004  
33 avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse  
**[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)**

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle. L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

Conception de la couverture :  
Corinne Dreyfuss  
Réalisation :  
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012  
ME - ISBNPDF : 978-2-7492-1916-5  
Première édition © Éditions érès 2004  
33 avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse  
**[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)**

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle. L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19



# Table des matières

INTRODUCTION .....	7
LES TROIS PREMIERS MOIS DE VIE DE NICOLAS .....	15
QU'EST-CE QUE LA PRÉMATURITÉ ? .....	23
Comment détermine-t-on le terme d'une grossesse ?..	23
Quelle est la définition de la prématurité ?.....	24
Quels sont les stades de la prématurité ? .....	25
À quoi ressemble un grand prématuré ?.....	28
QUELLES SONT LES STATISTIQUES CONCERNANT LA PRÉMATURITÉ ? .....	31
Combien naît-il de prématurés en France chaque année ? .....	31
Qu'en est-il du devenir des prématurés ?.....	31
QUELLES SONT LES PRINCIPALES CAUSES DE NAISSANCE PRÉMATURÉE ? .....	35
Le début prématuré du travail ; la rupture prématurée des membranes .....	35

# Table des matières

INTRODUCTION .....	7
LES TROIS PREMIERS MOIS DE VIE DE NICOLAS .....	15
QU'EST-CE QUE LA PRÉMATURITÉ ? .....	23
Comment détermine-t-on le terme d'une grossesse ?..	23
Quelle est la définition de la prématurité ?.....	24
Quels sont les stades de la prématurité ? .....	25
À quoi ressemble un grand prématuré ?.....	28
QUELLES SONT LES STATISTIQUES CONCERNANT LA PRÉMATURITÉ ? .....	31
Combien naît-il de prématurés en France chaque année ? .....	31
Qu'en est-il du devenir des prématurés ?.....	31
QUELLES SONT LES PRINCIPALES CAUSES DE NAISSANCE PRÉMATURÉE ? .....	35
Le début prématuré du travail ; la rupture prématurée des membranes .....	35

La toxémie gravidique.....	39
Les saignements du troisième trimestre de la grossesse .....	40
L'arrêt de la croissance fœtale .....	41
COMMENT SONT ORGANISÉS LES SOINS PÉRINATAUX ?.....	43
Trois types d'unités de soins peuvent accueillir un nouveau-né malade.....	44
Les maternités sont classées en trois niveaux .....	45
Les différents acteurs coordonnent leurs activités au sein de réseaux de soins.....	47
Comment fonctionne une maternité de niveau III ? ..	48
Comment fonctionnent les unités de soins aux nouveau-nés ? .....	49
Des difficultés subsistent dans l'organisation des soins périnataux.....	51
Le rôle des sociétés scientifiques dans la médecine périnatale .....	52
LA PRÉPARATION À UNE NAISSANCE TRÈS PRÉMATURÉE ; LES MODALITÉS DE L'ACCOUCHEMENT .....	55
Le transfert de la femme enceinte vers la maternité de niveau III.....	55
L'administration de corticoïdes à la mère .....	56
Les conditions d'urgence de l'accouchement.....	57
Un accouchement par voie naturelle ou par césarienne ? .....	59
L'anesthésie pour l'accouchement.....	61

La toxémie gravidique.....	39
Les saignements du troisième trimestre de la grossesse .....	40
L'arrêt de la croissance fœtale .....	41
COMMENT SONT ORGANISÉS LES SOINS PÉRINATAUX ?.....	43
Trois types d'unités de soins peuvent accueillir un nouveau-né malade.....	44
Les maternités sont classées en trois niveaux .....	45
Les différents acteurs coordonnent leurs activités au sein de réseaux de soins.....	47
Comment fonctionne une maternité de niveau III ? ..	48
Comment fonctionnent les unités de soins aux nouveau-nés ? .....	49
Des difficultés subsistent dans l'organisation des soins périnataux.....	51
Le rôle des sociétés scientifiques dans la médecine périnatale .....	52
LA PRÉPARATION À UNE NAISSANCE TRÈS PRÉMATURÉE ; LES MODALITÉS DE L'ACCOUCHEMENT .....	55
Le transfert de la femme enceinte vers la maternité de niveau III.....	55
L'administration de corticoïdes à la mère .....	56
Les conditions d'urgence de l'accouchement.....	57
Un accouchement par voie naturelle ou par césarienne ? .....	59
L'anesthésie pour l'accouchement.....	61

DE LA NAISSANCE TRÈS PRÉCOCE	
AU DÉPART À LA MAISON DU BÉBÉ .....	69
La prise en charge à la naissance et l'installation	
dans le service de néonatalogie .....	70
Les problèmes concernant l'appareil respiratoire.....	73
Les problèmes concernant l'appareil cardio-vasculaire	93
Les problèmes concernant l'appareil digestif .....	97
L'installation du grand prématuré et son bien-être .....	126
Les problèmes neurologiques .....	136
L'éthique en néonatalogie .....	145
La souffrance psychologique des parents .....	151
LES TECHNIQUES DE SURVEILLANCE AUTOMATISÉE.....	155
La surveillance de la fréquence cardiaque .....	156
La surveillance de la pression artérielle .....	156
La surveillance de la fréquence respiratoire .....	158
La surveillance de l'oxygénation .....	158
La surveillance du taux sanguin de gaz carbonique.....	159
La surveillance de la température du prématuré	
et les principes de fonctionnement de la couveuse ..	159
QUELQUES EXPLICATIONS TECHNIQUES (MAIS PAS TROP)	
POUR CEUX QUI VEULENT EN SAVOIR PLUS .....	163
À propos de l'adaptation du système respiratoire	
à la vie aérienne .....	163
À propos de l'assistance respiratoire .....	167
Quelques généralités sur l'appareil cardiovasculaire.....	171
À propos de la persistance du canal artériel .....	175

DE LA NAISSANCE TRÈS PRÉCOCE	
AU DÉPART À LA MAISON DU BÉBÉ .....	69
La prise en charge à la naissance et l'installation	
dans le service de néonatalogie .....	70
Les problèmes concernant l'appareil respiratoire.....	73
Les problèmes concernant l'appareil cardio-vasculaire	93
Les problèmes concernant l'appareil digestif .....	97
L'installation du grand prématuré et son bien-être .....	126
Les problèmes neurologiques .....	136
L'éthique en néonatalogie .....	145
La souffrance psychologique des parents .....	151
LES TECHNIQUES DE SURVEILLANCE AUTOMATISÉE.....	155
La surveillance de la fréquence cardiaque .....	156
La surveillance de la pression artérielle .....	156
La surveillance de la fréquence respiratoire .....	158
La surveillance de l'oxygénation .....	158
La surveillance du taux sanguin de gaz carbonique.....	159
La surveillance de la température du prématuré	
et les principes de fonctionnement de la couveuse ..	159
QUELQUES EXPLICATIONS TECHNIQUES (MAIS PAS TROP)	
POUR CEUX QUI VEULENT EN SAVOIR PLUS .....	163
À propos de l'adaptation du système respiratoire	
à la vie aérienne .....	163
À propos de l'assistance respiratoire .....	167
Quelques généralités sur l'appareil cardiovasculaire.....	171
À propos de la persistance du canal artériel .....	175

À propos de l'infection en rapport avec un cathéter veineux central .....	180
À propos du bilan neurologique initial .....	182
SYNTHÈSE : LES SIX ÉTAPES DU PARCOURS	
DU GRAND PRÉMATURÉ .....	187
Première étape : la préparation à la naissance très prématurée .....	189
Deuxième étape : la naissance et l'installation dans le service des nouveau-nés .....	190
Troisième étape : l'adaptation à la vie aérienne .....	191
Quatrième étape : la maturation neurologique et la croissance.....	194
Cinquième étape : l'accès à une autonomie suffisante.....	196
Sixième étape : les débuts d'une nouvelle vie à la maison .....	199
QUELQUES EXTRAITS DE TÉMOIGNAGES DE PARENTS .....	205
LES PRESTATIONS SOCIALES ET L'ACCOUCHEMENT	
TRÈS PRÉCOCE.....	229
QUELQUES TITRES DE LIVRES ET ADRESSES INTERNET .....	232
INDEX DES TERMES TECHNIQUES .....	233

À propos de l'infection en rapport avec un cathéter veineux central .....	180
À propos du bilan neurologique initial .....	182
SYNTHÈSE : LES SIX ÉTAPES DU PARCOURS	
DU GRAND PRÉMATURÉ .....	187
Première étape : la préparation à la naissance très prématurée .....	189
Deuxième étape : la naissance et l'installation dans le service des nouveau-nés .....	190
Troisième étape : l'adaptation à la vie aérienne .....	191
Quatrième étape : la maturation neurologique et la croissance.....	194
Cinquième étape : l'accès à une autonomie suffisante.....	196
Sixième étape : les débuts d'une nouvelle vie à la maison .....	199
QUELQUES EXTRAITS DE TÉMOIGNAGES DE PARENTS .....	205
LES PRESTATIONS SOCIALES ET L'ACCOUCHEMENT	
TRÈS PRÉCOCE.....	229
QUELQUES TITRES DE LIVRES ET ADRESSES INTERNET .....	232
INDEX DES TERMES TECHNIQUES .....	233



# Introduction

## Pourquoi et pour qui ce livre ?

Cet ouvrage s'adresse en priorité à vous, parents, qui êtes confrontés à la naissance d'un enfant très prématuré. Nous vous proposons une aide pour dialoguer avec l'équipe soignante qui a pris en charge votre enfant, un outil pour mieux comprendre les difficultés qu'il rencontre, un point de repère auquel vous pourrez vous référer dans les périodes d'angoisse.

En effet, la période qui va de la « première » naissance trop précoce à la « deuxième naissance », celle que représente le départ à la maison, est une longue épreuve pour votre enfant, pour vous-mêmes, et au-delà, pour le reste de votre famille, en particulier pour ses éventuels frères et sœurs. Vous voulez accompagner votre bébé, l'aider, le protéger. Vous avez besoin pour cela d'être forts. Mais vous êtes submergés par l'appréhension devant votre enfant si petit que vous osez à peine le toucher, angoissés par toute cette technologie moderne, ces fils, tuyaux et machines qui l'entourent, frustrés

# Introduction

## Pourquoi et pour qui ce livre ?

Cet ouvrage s'adresse en priorité à vous, parents, qui êtes confrontés à la naissance d'un enfant très prématuré. Nous vous proposons une aide pour dialoguer avec l'équipe soignante qui a pris en charge votre enfant, un outil pour mieux comprendre les difficultés qu'il rencontre, un point de repère auquel vous pourrez vous référer dans les périodes d'angoisse.

En effet, la période qui va de la « première » naissance trop précoce à la « deuxième naissance », celle que représente le départ à la maison, est une longue épreuve pour votre enfant, pour vous-mêmes, et au-delà, pour le reste de votre famille, en particulier pour ses éventuels frères et sœurs. Vous voulez accompagner votre bébé, l'aider, le protéger. Vous avez besoin pour cela d'être forts. Mais vous êtes submergés par l'appréhension devant votre enfant si petit que vous osez à peine le toucher, angoissés par toute cette technologie moderne, ces fils, tuyaux et machines qui l'entourent, frustrés

par le manque de contact physique avec lui qui paraît si isolé derrière le plastique de sa couveuse, terrorisés par l'incertitude de l'avenir.

Rien ne vous préparait à affronter cette épreuve. Peut-être avez-vous déjà été confrontés à la maladie et à l'hôpital pour vous-mêmes ou l'un de vos proches, mais il s'agit maintenant de votre enfant qui est né trop tôt et trop petit. Cette « maladie » ne ressemble à aucune autre. Pour pouvoir soutenir votre enfant, il faut que vous soyez soutenus ; c'est l'objectif de ce livre.

Il regroupe les informations principales concernant les problèmes rencontrés et les solutions thérapeutiques disponibles. Il peut être consulté à tête reposée, à la maison. Le dialogue avec l'équipe hospitalière qui a en charge votre enfant est bien sûr la voie privilégiée pour comprendre, jour après jour, l'évolution de son état de santé. Cependant, un document écrit peut être une aide complémentaire de la parole des soignants.

Nous expliquerons ultérieurement que tous les prématurés ne présentent pas la même gravité. Par exemple, un enfant né à 33 semaines (au début du 8<sup>e</sup> mois de la grossesse), pesant 2 000 grammes, ne pose pas les mêmes problèmes que celui né à 26 semaines (au cours du 6<sup>e</sup> mois de la grossesse) et dont le poids serait de 700 grammes, même si tous les deux sont prématurés. Nous nous adressons donc en priorité aux familles des enfants nés dans les périodes dites de grande ou d'extrême prématurité, c'est-à-dire avant la 32<sup>e</sup> semaine. Les autres parents, dont l'enfant est né à 32 semaines ou plus tard, pourront glaner des informations utiles dans cet ouvrage, mais les

par le manque de contact physique avec lui qui paraît si isolé derrière le plastique de sa couveuse, terrorisés par l'incertitude de l'avenir.

Rien ne vous préparait à affronter cette épreuve. Peut-être avez-vous déjà été confrontés à la maladie et à l'hôpital pour vous-mêmes ou l'un de vos proches, mais il s'agit maintenant de votre enfant qui est né trop tôt et trop petit. Cette « maladie » ne ressemble à aucune autre. Pour pouvoir soutenir votre enfant, il faut que vous soyez soutenus ; c'est l'objectif de ce livre.

Il regroupe les informations principales concernant les problèmes rencontrés et les solutions thérapeutiques disponibles. Il peut être consulté à tête reposée, à la maison. Le dialogue avec l'équipe hospitalière qui a en charge votre enfant est bien sûr la voie privilégiée pour comprendre, jour après jour, l'évolution de son état de santé. Cependant, un document écrit peut être une aide complémentaire de la parole des soignants.

Nous expliquerons ultérieurement que tous les prématurés ne présentent pas la même gravité. Par exemple, un enfant né à 33 semaines (au début du 8<sup>e</sup> mois de la grossesse), pesant 2 000 grammes, ne pose pas les mêmes problèmes que celui né à 26 semaines (au cours du 6<sup>e</sup> mois de la grossesse) et dont le poids serait de 700 grammes, même si tous les deux sont prématurés. Nous nous adressons donc en priorité aux familles des enfants nés dans les périodes dites de grande ou d'extrême prématurité, c'est-à-dire avant la 32<sup>e</sup> semaine. Les autres parents, dont l'enfant est né à 32 semaines ou plus tard, pourront glaner des informations utiles dans cet ouvrage, mais les

problèmes décrits ne devraient que très partiellement concerner leur bébé.

Par ailleurs, une précision s'impose : nous abordons les problèmes de la grande prématurité d'un point de vue général ; comme toujours dans ces cas-là, le lecteur dont la situation est spécifique peut légitimement se sentir ignoré. Ainsi, nous utilisons tout au long de ce texte le mot « parents » ; ce choix pourrait faire croire que, dans notre esprit, l'existence d'un couple parental est la norme. De fait, nous avons utilisé ce terme pour des raisons de forme évidente, afin d'alléger l'exposé, et non par méconnaissance d'une situation particulière mais fréquente, celle des mères qui doivent accompagner seules, sans la présence du père, le bébé qu'elles ont mis au monde très précocement.

## **Ce livre n'est ni un traité de médecine ni un ouvrage scientifique**

### **Ce livre n'est pas un traité de médecine**

Il n'a pas pour objet de définir le meilleur traitement médical ou les techniques de soins infirmiers les plus efficaces ; il essaie plus modestement d'expliquer les principales modalités de prise en charge possibles devant telle ou telle complication à laquelle pourrait être confronté votre enfant prématuré.

Comme dans d'autres spécialités, il existe souvent en néonatalogie plusieurs possibilités thérapeutiques pour une même pathologie. Même si, chaque année, les problèmes de la prématurité font l'objet de nombreux travaux de recherche, publications scientifiques, congrès nationaux et internationaux, il

problèmes décrits ne devraient que très partiellement concerner leur bébé.

Par ailleurs, une précision s'impose : nous abordons les problèmes de la grande prématurité d'un point de vue général ; comme toujours dans ces cas-là, le lecteur dont la situation est spécifique peut légitimement se sentir ignoré. Ainsi, nous utilisons tout au long de ce texte le mot « parents » ; ce choix pourrait faire croire que, dans notre esprit, l'existence d'un couple parental est la norme. De fait, nous avons utilisé ce terme pour des raisons de forme évidente, afin d'alléger l'exposé, et non par méconnaissance d'une situation particulière mais fréquente, celle des mères qui doivent accompagner seules, sans la présence du père, le bébé qu'elles ont mis au monde très précocement.

## **Ce livre n'est ni un traité de médecine ni un ouvrage scientifique**

### **Ce livre n'est pas un traité de médecine**

Il n'a pas pour objet de définir le meilleur traitement médical ou les techniques de soins infirmiers les plus efficaces ; il essaie plus modestement d'expliquer les principales modalités de prise en charge possibles devant telle ou telle complication à laquelle pourrait être confronté votre enfant prématuré.

Comme dans d'autres spécialités, il existe souvent en néonatalogie plusieurs possibilités thérapeutiques pour une même pathologie. Même si, chaque année, les problèmes de la prématurité font l'objet de nombreux travaux de recherche, publications scientifiques, congrès nationaux et internationaux, il

est rare qu'une conduite thérapeutique ait fait la preuve indiscutable de sa supériorité sur les autres solutions possibles. Le plus souvent, nous utilisons une thérapeutique parce que les travaux scientifiques montrent qu'elle apporte probablement un bénéfice sans occasionner d'effet indésirable grave, et surtout parce que dans notre expérience, à l'échelle de notre unité de soins, les résultats obtenus nous paraissent positifs. Il résulte de cela une grande diversité dans la prise en charge des problèmes inhérents à la prématurité. C'est en définitive l'intuition des soignants en néonatalogie, leur sens clinique, leur expérience, leurs échanges au sein de l'équipe et entre équipes qui guident leurs choix, autant que les certitudes scientifiques. Cela vaut pour les soins médicaux comme pour les soins infirmiers. Nous décrivons donc l'éventail des traitements possibles, sans affirmer la supériorité de l'un par rapport aux autres.

En outre, il est possible que certaines thérapeutiques, très récentes ou originales, et à ce titre méconnues par l'auteur, ne soient pas mentionnées. Cela ne doit en rien les disqualifier.

### **Ce livre n'est pas non plus un ouvrage scientifique**

Il ne cherche pas à être exhaustif et ne décrit donc pas tous les problèmes posés par la prématurité ; nous n'abordons que les points qui nous paraissent importants parce qu'ils sont fréquents ou parce qu'ils posent des problèmes médicaux complexes qui peuvent avoir un impact pour l'avenir de l'enfant, ou enfin parce qu'ils peuvent être une source d'inquiétude pour les parents alors même qu'ils sont secondaires du point de vue du néonatalogiste.

est rare qu'une conduite thérapeutique ait fait la preuve indiscutable de sa supériorité sur les autres solutions possibles. Le plus souvent, nous utilisons une thérapeutique parce que les travaux scientifiques montrent qu'elle apporte probablement un bénéfice sans occasionner d'effet indésirable grave, et surtout parce que dans notre expérience, à l'échelle de notre unité de soins, les résultats obtenus nous paraissent positifs. Il résulte de cela une grande diversité dans la prise en charge des problèmes inhérents à la prématurité. C'est en définitive l'intuition des soignants en néonatalogie, leur sens clinique, leur expérience, leurs échanges au sein de l'équipe et entre équipes qui guident leurs choix, autant que les certitudes scientifiques. Cela vaut pour les soins médicaux comme pour les soins infirmiers. Nous décrivons donc l'éventail des traitements possibles, sans affirmer la supériorité de l'un par rapport aux autres.

En outre, il est possible que certaines thérapeutiques, très récentes ou originales, et à ce titre méconnues par l'auteur, ne soient pas mentionnées. Cela ne doit en rien les disqualifier.

### **Ce livre n'est pas non plus un ouvrage scientifique**

Il ne cherche pas à être exhaustif et ne décrit donc pas tous les problèmes posés par la prématurité ; nous n'abordons que les points qui nous paraissent importants parce qu'ils sont fréquents ou parce qu'ils posent des problèmes médicaux complexes qui peuvent avoir un impact pour l'avenir de l'enfant, ou enfin parce qu'ils peuvent être une source d'inquiétude pour les parents alors même qu'ils sont secondaires du point de vue du néonatalogiste.



Il ne cherche pas à être toujours parfaitement rigoureux dans la description des mécanismes qui rendent compte des difficultés rencontrées et des traitements mis en œuvre. Les lecteurs auxquels nous destinons ce livre sont, *a priori*, étrangers au monde médical. Il nous a donc fallu simplifier nos explications et utiliser le langage commun. Cette schématisation des descriptions et ce refus du vocabulaire spécialisé aboutissent nécessairement à renoncer à rendre compte de toute la complexité des faits biologiques ; mais il nous a semblé que c'était la condition nécessaire pour pouvoir vous restituer un peu de l'histoire médicale de votre enfant.

Nous espérons donc que cette tentative de vulgarisation sera suffisamment claire pour être accessible, sans pour autant trahir sur l'essentiel la rigueur de la médecine que nous pratiquons.

## **Pourquoi sommes-nous optimistes face à une naissance très prématurée ?**

### **Autrefois, la passivité**

C'est à la fin des années 1960 que la réanimation néonatale a commencé à se développer dans les pays occidentaux. Jusqu'à cette époque en effet, peu nombreux étaient les traitements disponibles pour les nouveau-nés en détresse. Ainsi, lorsqu'un enfant présentait à la naissance des problèmes respiratoires, la prise en charge médicale se résumait à le faire respirer dans une atmosphère riche en oxygène en espérant qu'il « passerait le cap ». De fait, beaucoup d'entre eux décédaient

Il ne cherche pas à être toujours parfaitement rigoureux dans la description des mécanismes qui rendent compte des difficultés rencontrées et des traitements mis en œuvre. Les lecteurs auxquels nous destinons ce livre sont, *a priori*, étrangers au monde médical. Il nous a donc fallu simplifier nos explications et utiliser le langage commun. Cette schématisation des descriptions et ce refus du vocabulaire spécialisé aboutissent nécessairement à renoncer à rendre compte de toute la complexité des faits biologiques ; mais il nous a semblé que c'était la condition nécessaire pour pouvoir vous restituer un peu de l'histoire médicale de votre enfant.

Nous espérons donc que cette tentative de vulgarisation sera suffisamment claire pour être accessible, sans pour autant trahir sur l'essentiel la rigueur de la médecine que nous pratiquons.

## **Pourquoi sommes-nous optimistes face à une naissance très prématurée ?**

### **Autrefois, la passivité**

C'est à la fin des années 1960 que la réanimation néonatale a commencé à se développer dans les pays occidentaux. Jusqu'à cette époque en effet, peu nombreux étaient les traitements disponibles pour les nouveau-nés en détresse. Ainsi, lorsqu'un enfant présentait à la naissance des problèmes respiratoires, la prise en charge médicale se résumait à le faire respirer dans une atmosphère riche en oxygène en espérant qu'il « passerait le cap ». De fait, beaucoup d'entre eux décédaient

au cours des premiers jours de vie ; quelques-uns, après une période critique, guérissaient, parfois au prix de séquelles lourdes ; d'autres s'amélioreraient transitoirement mais la malnutrition les emportait si leur système digestif ne permettait pas un apport suffisant en calories.

### **Les débuts de la néonatalogie**

Deux techniques ont permis de sortir de cette passivité : l'assistance respiratoire et la nutrition par cathéter veineux central.

Les pédiatres, en tâtonnant, ont adapté aux nouveau-nés les techniques d'assistance respiratoire utilisées depuis longtemps chez l'adulte. La respiration du prématuré a pu dès lors être assistée par une machine reliée à une sonde introduite par le nez ou la bouche jusqu'à la trachée, en attendant que ses poumons aient acquis une maturité suffisante pour lui permettre d'être autonome.

Parallèlement, les problèmes de dénutrition ont été en grande partie résolus lorsqu'il est devenu possible d'administrer par voie veineuse tous les éléments indispensables aux patients de très faible poids, grâce à l'adaptation des techniques de perfusion de nutriments par cathéter veineux central déjà en vigueur chez le grand enfant et l'adulte.

### **Les progrès de la néonatalogie moderne**

Au cours des années, la néonatalogie a fait d'énormes progrès, en particulier dans la prise en charge du prématuré : les techniques d'assistance respiratoire se sont perfectionnées ; la nutrition par cathéter veineux central ou par

au cours des premiers jours de vie ; quelques-uns, après une période critique, guérissaient, parfois au prix de séquelles lourdes ; d'autres s'amélioraienent transitoirement mais la malnutrition les emportait si leur système digestif ne permettait pas un apport suffisant en calories.

### **Les débuts de la néonatalogie**

Deux techniques ont permis de sortir de cette passivité : l'assistance respiratoire et la nutrition par cathéter veineux central.

Les pédiatres, en tâtonnant, ont adapté aux nouveau-nés les techniques d'assistance respiratoire utilisées depuis longtemps chez l'adulte. La respiration du prématuré a pu dès lors être assistée par une machine reliée à une sonde introduite par le nez ou la bouche jusqu'à la trachée, en attendant que ses poumons aient acquis une maturité suffisante pour lui permettre d'être autonome.

Parallèlement, les problèmes de dénutrition ont été en grande partie résolus lorsqu'il est devenu possible d'administrer par voie veineuse tous les éléments indispensables aux patients de très faible poids, grâce à l'adaptation des techniques de perfusion de nutriments par cathéter veineux central déjà en vigueur chez le grand enfant et l'adulte.

### **Les progrès de la néonatalogie moderne**

Au cours des années, la néonatalogie a fait d'énormes progrès, en particulier dans la prise en charge du prématuré : les techniques d'assistance respiratoire se sont perfectionnées ; la nutrition par cathéter veineux central ou par

sonde gastrique a été adaptée plus finement aux besoins spécifiques de ces patients de très petit poids ; des médicaments nouveaux sont apparus, en particulier le surfactant industriel destiné à compenser l'immatunité pulmonaire ; la préparation du fœtus à une naissance précoce par l'administration de corticoïdes à la femme enceinte à risque d'accouchement prématuré s'est généralisée ; une organisation efficace des soins périnataux a été mise en place, reposant sur la notion de réseau de soins.

Ces progrès nous autorisent à affirmer que, actuellement, un enfant né très tôt a de grandes chances de vivre, et de vivre sans séquelles lourdement invalidantes. Il y a trente ans, une naissance très prématurée était un drame ; en 2004, elle reste une épreuve, pour l'enfant et pour ses parents, mais celle-ci débouche le plus souvent sur un avenir plein de promesses.

sonde gastrique a été adaptée plus finement aux besoins spécifiques de ces patients de très petit poids ; des médicaments nouveaux sont apparus, en particulier le surfactant industriel destiné à compenser l'immatunité pulmonaire ; la préparation du fœtus à une naissance précoce par l'administration de corticoïdes à la femme enceinte à risque d'accouchement prématuré s'est généralisée ; une organisation efficace des soins périnataux a été mise en place, reposant sur la notion de réseau de soins.

Ces progrès nous autorisent à affirmer que, actuellement, un enfant né très tôt a de grandes chances de vivre, et de vivre sans séquelles lourdement invalidantes. Il y a trente ans, une naissance très prématurée était un drame ; en 2004, elle reste une épreuve, pour l'enfant et pour ses parents, mais celle-ci débouche le plus souvent sur un avenir plein de promesses.







# Les trois premiers mois de vie de Nicolas

## Madame M. est hospitalisée en urgence

**M**adame M. est enceinte de six mois. Sa grossesse, la première, se déroulait jusque-là sans problème. Le mardi 26 février 2002, elle consulte son obstétricien à la maternité où elle doit accoucher dans trois mois parce qu'elle est fatiguée et que depuis deux jours elle se sent « gonflée ». Le médecin diagnostique une « toxémie gravidique » et l'hospitalise immédiatement.

Il est difficile de résumer en quelques pages les jours et les nuits d'angoisse, les moments de bonheur, les folles inquiétudes, les souffrances et les joies qui marqueront les trois mois qui vont suivre. On peut, en simplifiant beaucoup, diviser ce long chemin en six étapes : la préparation à la naissance prématurée ; la naissance et l'installation dans l'unité des nouveau-nés ; l'adaptation à la vie aérienne ; la maturation

# Les trois premiers mois de vie de Nicolas

## Madame M. est hospitalisée en urgence

**M**adame M. est enceinte de six mois. Sa grossesse, la première, se déroulait jusque-là sans problème. Le mardi 26 février 2002, elle consulte son obstétricien à la maternité où elle doit accoucher dans trois mois parce qu'elle est fatiguée et que depuis deux jours elle se sent « gonflée ». Le médecin diagnostique une « toxémie gravidique » et l'hospitalise immédiatement.

Il est difficile de résumer en quelques pages les jours et les nuits d'angoisse, les moments de bonheur, les folles inquiétudes, les souffrances et les joies qui marqueront les trois mois qui vont suivre. On peut, en simplifiant beaucoup, diviser ce long chemin en six étapes : la préparation à la naissance prématurée ; la naissance et l'installation dans l'unité des nouveau-nés ; l'adaptation à la vie aérienne ; la maturation

neurologique et la croissance, l'accès à une autonomie suffisante ; les débuts d'une nouvelle vie à la maison.

### **Première étape : la préparation à une naissance prématurée**

Tout laisse présager qu'il faudra faire naître l'enfant de madame M. très prématurément, dans les jours prochains.

Après un rapide bilan, un médicament destiné à faire baisser sa pression artérielle lui est administré par perfusion et elle reçoit une injection de corticoïdes pour faire « mûrir » le bébé. Puis elle est transférée en ambulance vers le centre hospitalier régional, distant de cinquante kilomètres, qui dispose à la fois d'une maternité et d'une réanimation néonatale.

À son admission dans l'unité de grossesses pathologiques, de nouveaux examens sont faits et l'interne du service d'obstétrique lui explique schématiquement la gravité de son état : le but du traitement est d'essayer de gagner quelques heures, et si possible quelques jours, sous surveillance intensive, pour donner le temps aux corticoïdes d'aider le fœtus à gagner en maturité ; mais il est très probable qu'une césarienne sera rapidement nécessaire.

L'âge de la grossesse, compté à partir du dernier jour des dernières règles est de vingt-huit semaines et deux jours. En fin d'après-midi, son mari la rejoint.

Au cours de la première nuit, la sage-femme vient régulièrement mesurer sa pression artérielle ; un bilan sanguin est également prélevé et une deuxième injection de corticoïdes est administrée. Le rythme cardiaque du fœtus est à nouveau enregistré le 26 dans la soirée puis le 27 février à 6 heures.

neurologique et la croissance, l'accès à une autonomie suffisante ; les débuts d'une nouvelle vie à la maison.

### **Première étape : la préparation à une naissance prématurée**

Tout laisse présager qu'il faudra faire naître l'enfant de madame M. très prématurément, dans les jours prochains.

Après un rapide bilan, un médicament destiné à faire baisser sa pression artérielle lui est administré par perfusion et elle reçoit une injection de corticoïdes pour faire « mûrir » le bébé. Puis elle est transférée en ambulance vers le centre hospitalier régional, distant de cinquante kilomètres, qui dispose à la fois d'une maternité et d'une réanimation néonatale.

À son admission dans l'unité de grossesses pathologiques, de nouveaux examens sont faits et l'interne du service d'obstétrique lui explique schématiquement la gravité de son état : le but du traitement est d'essayer de gagner quelques heures, et si possible quelques jours, sous surveillance intensive, pour donner le temps aux corticoïdes d'aider le fœtus à gagner en maturité ; mais il est très probable qu'une césarienne sera rapidement nécessaire.

L'âge de la grossesse, compté à partir du dernier jour des dernières règles est de vingt-huit semaines et deux jours. En fin d'après-midi, son mari la rejoint.

Au cours de la première nuit, la sage-femme vient régulièrement mesurer sa pression artérielle ; un bilan sanguin est également prélevé et une deuxième injection de corticoïdes est administrée. Le rythme cardiaque du fœtus est à nouveau enregistré le 26 dans la soirée puis le 27 février à 6 heures.

À 10 heures, au cours de la visite des médecins, l'obstétricien explique que pour le moment, la situation est stable et que la décision a été prise par le « staff » médical du matin d'attendre en continuant la surveillance.

À l'heure du déjeuner, son mari vient lui faire une brève visite. L'un des pédiatres de la réanimation néonatale les rencontre alors tous les deux. Il leur explique les risques d'une naissance si prématurée mais aussi les raisons qu'il y a d'espérer une issue favorable pour l'enfant.

La nuit suivante est comparable à la précédente mais il faut augmenter les doses de médicaments contre l'hypertension artérielle.

À 9 heures, la sage-femme annonce que la décision a été prise de faire naître le bébé le matin-même, par césarienne. Madame M. prévient son mari par téléphone, puis elle est préparée pour l'intervention.

## **Deuxième étape : la naissance et l'installation dans l'unité des nouveau-nés**

Nicolas naît par césarienne à 11 heures et 15 minutes. Nous sommes le 28 février. Son terme est donc de vingt-huit semaines et quatre jours après les dernières règles ; son poids, mais on ne le sait pas encore car il ne sera pesé que plus tard, est de 820 grammes. Il est accueilli sur une table chauffante installée dans une pièce contiguë à la salle d'opération. Il est immédiatement pris en charge par un pédiatre et une sage-femme qui l'aident à installer sa respiration et le sèchent efficacement.

À 10 heures, au cours de la visite des médecins, l'obstétricien explique que pour le moment, la situation est stable et que la décision a été prise par le « staff » médical du matin d'attendre en continuant la surveillance.

À l'heure du déjeuner, son mari vient lui faire une brève visite. L'un des pédiatres de la réanimation néonatale les rencontre alors tous les deux. Il leur explique les risques d'une naissance si prématurée mais aussi les raisons qu'il y a d'espérer une issue favorable pour l'enfant.

La nuit suivante est comparable à la précédente mais il faut augmenter les doses de médicaments contre l'hypertension artérielle.

À 9 heures, la sage-femme annonce que la décision a été prise de faire naître le bébé le matin-même, par césarienne. Madame M. prévient son mari par téléphone, puis elle est préparée pour l'intervention.

## **Deuxième étape : la naissance et l'installation dans l'unité des nouveau-nés**

Nicolas naît par césarienne à 11 heures et 15 minutes. Nous sommes le 28 février. Son terme est donc de vingt-huit semaines et quatre jours après les dernières règles ; son poids, mais on ne le sait pas encore car il ne sera pesé que plus tard, est de 820 grammes. Il est accueilli sur une table chauffante installée dans une pièce contiguë à la salle d'opération. Il est immédiatement pris en charge par un pédiatre et une sage-femme qui l'aident à installer sa respiration et le sèchent efficacement.



