



CNSF

Collège National
des Sages-Femmes
de France

**Journée à thème du
Collège National
des Sages-Femmes de France**

Lundi 4 juin 2018

ASIEM - 6, rue Albert de Lapparent - 75007 PARIS

**« *Le nouveau né :
une mission de la sage femme* »**

**RÉSUMÉ
DES TRAVAUX**

ÉDITORIAL

Les chiffres de l'enquête périnatale 2016, parus en 2018 mettent en évidence, que l'allaitement maternel diminuent au regard de ceux de l'enquête 2010.

Dans les mêmes temps, les durées de séjour en maternité se réduisent au profit d'un retour précoce à domicile accompagné par des sages-femmes libérales.

C'est pourquoi, le CNSF a souhaité apporter dans le cadre de sa journée thématique des éléments de suivi, permettant ainsi d'assurer une meilleure prise en charge de la dyade mère-enfant, que ce soit à la maternité ou au domicile.

Tout au long de cette journée se succèderont des intervenants spécialistes en structures hospitalières, en libéral et au sein de réseau.

Cette formation vise à mieux articuler les liens ville-hôpital en définissant un parcours de santé pour le nouveau-né grâce à des partages d'expériences, que j'espère riches et nombreux.

Bonne journée !

Sophie GUILLAUME

Présidente du CNSF

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement les sociétés :

AXA

C.N.S.F. De France

DOSSIERS DE L'OBSTETRIQUE

EUROFINS BIOMNIS

France BEBE NUTRITION

GUIGOZ

IPRAD

MELISANA PHARMA

NATAL SERVICES

NATECH

O.N.S.S.F

PHILIPS

PROFESSION SAGE FEMME

RIVADIS

SODILAC

SUCKLE

La logistique est assurée par le **C.E.R.C.**

Christophe CASSAGNE
17 rue Souham 19000 TULLE

Tél. **05 55 26 18 87**

Email : **contact@cerc-congres.com**

www.cerc-congres.com

P R O G R A M M E

LE NOUVEAU NÉ : UNE MISSION DE LA SAGE-FEMME

8h30

Accueil

Ouverture de la journée

Sophie GUILLAUME

Présidente du CNSF

9h00

Le nouveau né : de la maternité au domicile

- Prise en charge de la douleur du nouveau né en maternité : salle de naissance et suites de couches

Elizabeth WALTER (Paris)

- Accompagner le début de l'allaitement maternel

Agnès DORUT (Clermont Ferrand)

10h30

Pause et visite des stands

11h00

Le nouveau né : de la maternité au domicile

- Critères de retour précoce à domicile

Sylvie LEROUX (Annecy)

- Alimentation, courbes de poids et sortie de maternité

Virginie RIGOURD (Paris)

- Quelle surveillance de l'ictère néonatal en maternité et à domicile ?

Anne CORTEY (Paris)

12h30

Pause déjeuner libre

14h00

Le nouveau né à domicile

- Première visite à domicile : quand, comment, quel examen ?

Alexandra FRESSINET (Verdun)

- Les rythmes du sommeil : quels conseils ?

Isabelle SOUKSI (Nîmes)

- Guthrie, test auditifs : articulation avec les établissements

Françoise DUMEZ (Paris)

15h30

Pause et visite des stands

16h00

Le nouveau né à domicile

- Place de l'auscultation cardiaque à domicile

Adrien GANTOIS (Le Pré-Saint-Gervais)

- Signes d'appel à domicile pour une consultation spécialisée

Azzedine AYACHI (Paris)

17h00

Clôture

17h15

Fin de la journée

Prise en charge de la douleur du nouveau-né en maternité, salle de naissance et suites de couches

Dr E. Walter-Nicolet^{a,b}

a : Service de néonatalogie-maternité. Groupe hospitalier Paris Saint Joseph. 185, rue Raymond Losserand 75014 Paris, France.

b : groupe Pédiadol. www.pediadol.org

1. Introduction

Longtemps ignorée, la douleur du nouveau-né est aujourd'hui une réalité malgré une prise en charge qui reste inégale. Si la salle de naissance (SDN) doit être avant tout un lieu de bien être pour l'enfant qui vient au monde, elle est aussi souvent l'endroit où le nouveau-né rencontre la douleur et l'inconfort pour la première fois. Environ 10 % des nouveau-nés nécessitent une prise en charge particulière à la naissance et 1 % une véritable réanimation [1]. Si les dernières recommandations de l'ILCOR concernant la réanimation en SDN ne font aucune allusion à la prise en charge de la douleur [2], cette dernière devrait néanmoins être une préoccupation permanente pour tout intervenant auprès d'un nouveau-né en SDN. La douleur, outre les conséquences à long terme qu'elle peut avoir, peut aussi déstabiliser ou aggraver des difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine.

2. Définitions de la douleur

La douleur est une expérience stressante, associée à une lésion réelle ou potentielle, et avec des composantes sensorielles, émotionnelles, cognitives et sociales [3]. Chez le nouveau-né, la douleur peut être aiguë provoquée par les soins, aiguë « maladie » c'est-à-dire secondaire à une cause traumatique ou inflammatoire ayant alors une fonction de symptôme et de signal d'alarme pour l'organisme, post-opératoire ou prolongée.

En salle de naissance, la douleur est le plus souvent liée aux gestes invasifs réalisés chez l'enfant après sa naissance (effractions cutanées, aspirations de toute sorte, intubation trachéale) et à certaines causes traumatiques périnatales (naissance par le siège, extraction instrumentale, dystocie), beaucoup plus rarement à une pathologie douloureuse d'origine anténatale (laparoschisis par exemple). Sur les plans anatomiques et physiopathologiques, tout nouveau-né, quel que soit son terme, peut percevoir, ressentir et probablement mémoriser la douleur [4].

3. Épidémiologie

Les nouveau-nés en unités de soins intensifs (USI) subissent un nombre toujours très important de gestes douloureux malgré la prise de conscience de la douleur et

une légère baisse du nombre de procédures invasives depuis quelques années [5,6]. En maternité et en SDN en particulier, il n'y a, à notre connaissance, pas d'étude encore publiée sur la prévalence de la douleur du nouveau-né en maternité. Les données de l'enquête nationale périnatale de 2016 montrent que 12 % d'enfants sont nés par voie basse instrumentale, 20 % par césarienne en cours de travail et 5 % par le siège [1]. Ces situations peuvent être des causes de douleur chez le nouveau-né. Dans la même cohorte, 7,5 % d'enfants naissaient avant 37 SA, 7,5 % pesaient moins de 2500 g et 10,4 % nécessitaient un transfert en néonatalogie pour des raisons médicales, toutes ces situations conduisant à une prise en charge spécifique à la naissance et à la probable réalisation de gestes invasifs stressants voire douloureux. Enfin, 56 % d'enfants subissaient un prélèvement de liquide gastrique, 8 % une ventilation non invasive, et 1 % une intubation, gestes tous invasifs inconfortables et douloureux [1].

4. Évaluation

L'évaluation est obligatoire pour tout patient au moins une fois par jour et idéalement au moins une fois par équipe [7]. Elle doit être tracée dans le dossier du patient et refaite après l'administration d'un antalgique. Aucun texte ni recommandation n'évoque l'intérêt d'un dépistage de la douleur chez le nouveau-né en SDN. Néanmoins, l'enfant qui vient au monde devrait être considéré comme un patient à part entière et la même prise en charge que pour un patient hospitalisé devrait lui être appliquée, en particulier en cas de facteurs de risque de douleur. L'évaluation doit se faire à l'aide d'une échelle validée, adaptée à l'âge et à la situation du patient, afin de s'affranchir d'une impression subjective de douleur ou de passer à côté. Contrairement à l'adulte et le grand enfant communicant où l'auto-évaluation doit être privilégiée, il ne peut y avoir qu'une hétéro-évaluation chez le nouveau-né [8]. En fonction du type de douleur, l'échelle utilisée ne doit pas être la même. Idéalement, deux types d'échelles d'évaluation devraient être utilisées : l'une pour la douleur provoquée par les gestes, l'autre pour la douleur « maladie » ou prolongée.

Les échelles pour évaluer la douleur provoquée par un geste sont nombreuses [9]. L'échelle Douleur Aiguë du Nouveau-né (DAN) a pour avantage d'être une échelle française, facile et rapide d'utilisation. Elle doit être utilisée avant, pendant et après le geste. Son seuil est de 3/10. Si pendant le geste le score devient > 3 , c'est que ce dernier est douloureux et que l'analgésie est inefficace. Il faudrait alors idéalement suspendre le geste pour compléter l'analgésie. Pour la douleur « maladie », ayant fonction de signal d'alarme, il y a beaucoup moins d'échelles : l'échelle Douleur et Inconfort du Nouveau-né (EDIN) qui mesure le stress et l'inconfort, l'échelle Neonatal Facial Coding System, l'échelle Comfort Neo qui a également pour avantage de mesurer la profondeur de sédation pour les enfants réanimation, et l'échelle EVENDOL (Évaluation Enfant Douleur). L'échelle EDIN est la plus souvent utilisée en USI mais aussi en maternité et salle de naissance. Son seuil est fixé à 4 ou 5/15. Une des difficultés de cette échelle est le temps de réalisation, et la nécessité d'observer le nouveau-né longtemps en dehors des soins. Certains items, en particulier le sommeil, sont difficiles à apprécier. L'échelle EVENDOL a été validée aux urgences pédiatriques pour la douleur aiguë non provoquée par les soins et la douleur prolongée. Les items de cette échelle semblent adaptés au nouveau-né en maternité. Cette échelle est en cours de validation chez le nouveau-né à terme.

La SDN présente plusieurs particularités rendant l'évaluation difficile. C'est un lieu où le turn-over est rapide et où le passage des nouveau-nés est de courte durée

(2 à 3 heures maximum le plus souvent), où l'activité est soutenue, le personnel peu nombreux et le stress souvent important. Le personnel de SDN est souvent peu ou pas formé à l'évaluation de la douleur du nouveau-né. En France il n'y a pas non plus d'infirmière ou de puéricultrice dédiée au nouveau-né en SDN, ces derniers étant sous la responsabilité des sages-femmes et auxiliaires de puériculture. Un outil d'évaluation validé, simple, rapide d'utilisation et connu de tous, est donc indispensable afin de favoriser l'évaluation de la douleur du nouveau-né.

Idéalement, tous les nouveau-nés en salle de naissance devraient avoir une évaluation de la douleur avant leur transfert en suites de couches. Cela aurait pour avantage d'avoir une valeur de référence, notamment en cas de changement de comportement du nouveau-né. Cependant, en cas de difficultés liées à la charge de travail, une évaluation pourrait être réservée aux nouveau-nés à risque uniquement : prématurité, mauvaise adaptation à la vie extra-utérine ayant nécessité des manœuvres de réanimation, traumatisme périnatal (siège, extraction instrumentale, plaie etc), et tout nouveau-né pour lequel le soignant a une impression clinique de douleur. Cette évaluation doit être tracée dans le dossier et transmise à l'équipe accueillant le nouveau-né après la salle de naissance, à fortiori en cas d'administration d'antalgiques.

L'évaluation étant difficile, le personnel de la salle de naissance doit être sensibilisé à la douleur du nouveau-né y compris semblant bien portant, et formé régulièrement à l'utilisation des échelles. Même s'il est difficile de réaliser une évaluation lors de chaque geste douloureux, y penser est déjà penser à la prise en charge de la douleur. L'échelle DAN est recommandée. Pour la douleur aiguë « organique », les échelles NFCS et EDIN peuvent être employées en SDN. L'échelle EDIN est plus utile pour une douleur aiguë « installée » tandis que la NFCS peut être employée pour une douleur aiguë à son début. La NFCS a le grand avantage d'être simple et rapide à coter, mais attention à toujours penser à resituer l'enfant dans son contexte (ex : un nouveau-né affamé peut avoir une NFCS cotée à 4...).

5. Traitement

En SDN l'analgésie va principalement faire appel aux moyens non pharmacologiques (NP) dont l'utilisation doit être privilégiée, en particulier le peau-à-peau et l'allaitement maternel qui doivent être utilisés en priorité chez un enfant douloureux mais bien portant, ou qui va subir un geste douloureux réalisable en peau-à-peau. Les antalgiques médicamenteux doivent être réservés aux douleurs « organiques » avérées ou en prévention d'un geste invasif douloureux. Les moyens NP reposent sur des stratégies environnementales et comportementales, font souvent appel au bon sens et visent à préserver le bien-être du nouveau-né. Contrairement aux médicaments qui nécessitent une prescription médicale, les moyens NP peuvent être appliqués par tous les soignants de la SDN, éventuellement guidés par un protocole spécifique. Ce ne sont ni des substituts ni des alternatives mais des compléments aux traitements pharmacologiques qui doivent être utilisés si besoin. Le peau-à-peau, l'allaitement maternel, la succion non nutritive (SNN), les solutions sucrées, le regroupement et l'emballotement sont les principales stratégies non médicamenteuses que l'on peut proposer à un nouveau-né en salle de naissance, ainsi qu'en USI. Les médicaments antalgiques les plus utilisés en SDN sont la crème anesthésiante, le paracétamol et les médicaments sédatifs et analgésiques en cas de prémédication avant une intubation trachéale. En cas de douleur aiguë « organique »,

une prise en charge étiologique est également à entreprendre le cas échéant. Si un traitement antalgique usuel est inefficace, penser à réexaminer et réévaluer le nouveau-né à la recherche d'une éventuelle complication.

La crème anesthésiante (crème EMLA® ou génériques) a un délai d'action d'1 heure (délai à respecter impérativement pour obtenir une efficacité), même chez le nouveau-né prématuré. Le paracétamol est très largement utilisé comme antalgique. Il peut être utilisable par voie orale, intra-rectale ou intraveineuse. La voie rectale devrait être évitée autant que possible en raison de l'absorption très aléatoire par ce mode d'administration [11]. En salle de naissance, l'utilisation du paracétamol devrait être réservée à une douleur organique avérée par un score de douleur et pas sur une seule impression clinique de douleur, après l'essai de moyens non pharmacologiques, peau-à-peau en particulier, et après avoir laissé au nouveau-né un temps d'adaptation à sa vie extra-utérine. On voit en effet trop souvent une administration intempestive de paracétamol à un nouveau-né qui geint. Or jusqu'à preuve du contraire, un geignement à la naissance doit faire évoquer en premier lieu une infection néonatale précoce ou une détresse respiratoire, et le recours trop facile au paracétamol peut en retarder le diagnostic et la prise en charge. De même, il ne peut pas être efficace avant 45 minutes à 1 heure et l'effet immédiat parfois décrit est lié probablement à la succion de l'enfant et au goût sucré du paracétamol qu'à son action pharmacologique... Par ailleurs son action antipyrétique peut aussi avoir un effet sur la température d'un nouveau-né, potentiellement délétère en cas de contexte infectieux périnatal. C'est pourquoi une prescription systématique pour les suites de couches doit être proscrite, et un score de douleur établi pour les enfants à risque de douleur.

Les raisons d'administrer une analgésie puissante par des morphiniques ou autre sont exceptionnelles en SDN et souvent la cause de pathologies malformatives diagnostiquées en anténatal et nécessitant une prise en charge particulière à la naissance (laparoschisis par exemple). L'intubation trachéale ou l'administration mini-invasive de surfactant exogène (LISA) sont en revanche, du fait de la laryngoscopie, des gestes douloureux fréquemment réalisés en SDN et pour lesquels la réalisation d'une sédation-analgésie peut se poser, même s'il n'y a pas à ce jour encore de recommandations en France, et est encore très dépendante de chaque centre.

6. En pratique

En salle de naissance comme ailleurs, la prise en charge de la douleur fait d'abord appel au bon sens. Le peau-à-peau et l'allaitement maternel si la mère le souhaite doivent être utilisés autant que possible dès que l'état du nouveau-né et de sa mère le permet. Les manipulations excessives doivent être évitées et les gestes non urgents décalés, le tout dans un environnement serein. Les autres moyens non pharmacologiques doivent être utilisés sans réserve à l'exception des solutions sucrées qui ne doivent être utilisées que pour un geste invasif douloureux. En cas de suspicion de douleur « organique », une évaluation objective devrait être réalisée et tracée dans le dossier de l'enfant par l'échelle EDIN ou NFCS. Le paracétamol doit être administré avec parcimonie et pour une douleur avérée. Enfin, une sédation-analgésie spécifique doit être envisagée pour un enfant nécessitant une intubation trachéale non urgente.

Références

1. Enquête nationale périnatale rapport 2016. EPOPé. www.epope-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf DOI
2. Wyckoff MH, Aziz K, Escobedo MB et al (2015) Part 13: Neonatal Resuscitation: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 132: S543-560.
3. Williams AC, Craig KD (2016) Updating the definition of pain. *Pain* 157: 2420-2423.
4. Lagercrantz H (2014) The emergence of consciousness: Science and ethics. *Semin Fetal Neonatal Med* 19: 300-305.
5. Carbajal R, Rousset A, Danan C et al (2008) Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. *JAMA* 300: 60-70.
6. Roofthoof DW, Simons SH, Anand KJ et al (2014) Eight years later, are we still hurting newborn infants? *Neonatology* 105: 218-226.
7. V2010 (2010) www.has-sante.fr
8. ANAES (2000) www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doulenfrap2.pdf
9. www.pediadol.org

Accompagner le début de l'allaitement

Agnès DORUT

Sage-femme

Consultante en Lactation IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant)

CHU ESTAING

Pôle femme et enfant

1, place Lucie et Raymond Aubrac

63003 CLERMONT FERRAND Cedex 1

agnes.dorut@free.fr

Les derniers chiffres concernant l'allaitement en France, publiés en octobre 2017, basés sur l'enquête nationale périnatale (ENP) de 2016, ne sont pas très favorables. L'allaitement maternel en maternité a légèrement diminué en passant de 68,7 % à 66,7 % entre 2010 et 2016. Le taux le plus inquiétant est la baisse du taux d'allaitement maternel exclusif qui est passé de 60,3 % à 52,2 %. C'est pourtant l'allaitement maternel exclusif qui a l'impact bénéfique le plus important sur la santé des enfants et des mères.

L'ENP pointe « la nécessité de poursuivre une politique active en faveur de l'allaitement maternel et de réfléchir à l'organisation du soutien à l'allaitement en suites de couches ».

Le Collège National des Sages-Femmes de France, avec cette journée à thème, remet le nouveau-né et donc l'allaitement au cœur de nos préoccupations, comme le recommande ce rapport.

Dans mon propos, je vous donne des clefs simples, pratiques, transposables à toutes les femmes, dans la majorité des cas. Elles sont basées sur les connaissances théoriques que j'ai pu acquérir en tant que consultante en lactation IBCLC en lien avec ma pratique de sage-femme en maternité, en salle de naissances, en préparation à l'allaitement et en consultation d'allaitement dans une maternité de niveau 3 et les recommandations nationales et internationales.

Parmi les causes d'arrêt de l'allaitement maternel décrites par les femmes, on retrouve le manque de lait ou la sensation de manque de lait et la douleur. C'est en leur donnant les bons repères dès la maternité que l'on peut éviter ces arrêts, le plus souvent précoce et non souhaité par les mères.

Voici 18 points à travailler, ceci n'est pas exhaustif !!!!

1 - La peau à peau

Les dernières recommandations de l'HAS de décembre 2017 nous incitent à faire un accueil peau à peau pour les nouveau-nés à terme, dans un contexte de liquide amniotique clair, en salle de naissance. C'est une des clefs pour obtenir une

tétée précoce dans les 2 h suivant la naissance. Il existe de nombreux bénéfices, pour la mère et pour l'enfant. Le peau à peau facilite l'attachement par l'ocytocine qu'il déclenche, permet plus d'interaction maman-bébé et ce sera une maman qui laissera moins son bébé en nurserie. Pour le nouveau-né, le peau à peau améliore ses compétences et favorise un début d'allaitement plus précoce, le nouveau-né sera plus performant ! La technique de succion sera correcte au bout de 49 minutes en moyenne. Il va favoriser un allaitement plus long et une exclusivité plus longue.

Si le peau à peau n'a pu être réalisé dans les 2 h qui ont suivi la naissance, nous devons sensibiliser les couples à son importance et leur dire de « rattraper en suite de couche ». Si la mère souhaite allaiter, la peau à peau doit être débuté sur elle, dans le but de favoriser le début de l'allaitement maternel, il sera fait avec le papa dans un second temps. Le peau à peau sera à renouveler fréquemment et sa durée sera à rallonger s'il y a difficulté d'allaitement.

2 - Installation/confort de la mère

La mère est confortablement installée, assise, il est recommandé d'utiliser des positions plus inclinées (avachie), semi inclinée, 45° ou moins, Biological Nurturing ou position naturelle... En utilisant la pesanteur, le bébé sera posé sur sa mère et il sera moins lourd et plus proche de sa mère.

Il est souhaitable d'obtenir un climat détendu autour de la mère. Elle ne devra ressentir aucune tension musculaire. Nous avons intérêt à réduire au maximum l'espace entre la mère et le bébé, ce qui permet moins de tensions au niveau du mamelon et donc moins de crevasse et de douleur. Le poids du bébé est supporté par le corps de la mère et les coussins soutiennent les coudes et les bras de la jeune maman. La mère ne se penche pas sur son bébé. Les repose-pieds peuvent améliorer le confort de nos patientes. Il est préférable de ne pas mettre le coussin d'allaitement dans le dos de la mère car cela entraîne une position trop assise à 90° qui peut être responsable de crevasses ou de douleurs.

3 - Installation correcte du nouveau-né

Le bébé sera très enroulé sur sa mère, cela permet de dégager naturellement le nez. La tête du bébé repose librement sur l'avant-bras de la mère.

Il ne faut pas « mettre le bébé aux seins » mais le mettre en position de pouvoir prendre le sein. La bouche de l'enfant est à hauteur du sein, le philtrum à hauteur du mamelon. Cela permet d'obtenir naturellement une déflexion de la tête du nouveau-né et donc d'ouvrir plus largement la bouche (pour que le mamelon pointe vers le palais). Le bébé ne doit faire aucun effort pour prendre l'aréole (il ne doit pas avoir à tourner la tête pour prendre le sein). Le bébé sera complètement face à sa mère, à plat ventre sur elle, estomac contre estomac (peau contre peau, nombril face au corps de sa mère).

Voici la bonne position du bébé au sein :

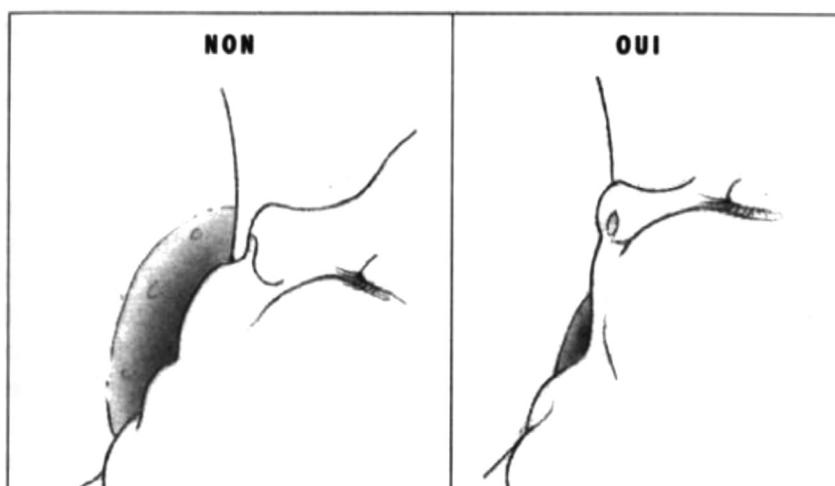


Bébé maintenu par la nuque (jamais de pression sur la tête). Il ne faut pas presser la tête du bébé contre le sein, la tête doit rester libre.

La tête du bébé est dans l'axe du corps, on parle souvent de l'alignement oreille épaule hanche.

4 - Prise en bouche large du mamelon et de l'aréole : Une prise du sein correct par le bébé (étanche)

C'est le facteur essentiel. La madone inverse et la position biological nurturing vont permettre cette bonne prise en bouche. Le processus peut durer plusieurs minutes (rassurer les mères). La tétée devra être interrompu si le bébé ne prend pas largement l'aréole (4 cm). Le simple contact du mamelon autour de la bouche du bébé déclenche des mouvements de la tête du bébé. Cette recherche active du sein permet d'obtenir une grande ouverture de bouche (au moins 140 degrés) et une tétée efficace et non douloureuse. C'est le menton qui arrive en premier en contact avec le sein et il restera enfoncé dans le sein pendant toute la tétée. Le mamelon sera orienté vers le palet. Le bébé abaisse sa langue et la tire en gouttière. La prise de l'aréole est large mais asymétrique, avec une prise plus importante de l'aréole inférieure. Les lèvres sont ourlées, retroussées, déroulées sur le sein particulièrement la lèvre inférieure, les joues sont arrondies, rondes et le nez sera naturellement dégagé si le bébé est très enroulé sur la hanche de sa mère.



Bébé qui suce façon tétine

Le bébé a les gencives serrées.
Éloigné de l'aréole, il prend
« du bout des lèvres ».

Bébé qui tète bien façon sein

Bouche grande ouverte, langue
sous l'aréole, le menton collé au sein,
il prend à pleine bouche.

5 - Allaitement aux signes d'éveil

La première tétée aura lieu en salle de naissance dès les **premiers signes d'éveil** du nouveau-né, car les réflexes naturels de « foussement » et de succion sont à leur apogée dans les deux premières heures. Il est recommandé de parler aux mères d'allaitement à l'éveil, plus que d'allaitement à la demande (qu'entend t'on par demande...)

Il est souhaitable d'apprendre aux mères à reconnaître que leur bébé est prêt et de ne pas faire téter le bébé avant qu'il ne le soit. On peut parler de signe d'éveil calme, ou de signe de faim, ou des signes qui indique que le bébé est prêt à téter. On pourrait les décrire de la manière suivante : **c'est un bébé qui ouvre la bouche, fait des mouvements des lèvres, sort sa langue, fait des mouvements de tête, de jambes, de bras, fait le réflexe de foussement, met sa main à la bouche, fait des bruits de succion. Il s'agite, grogne et fait des petits bruits.**

Il faut sensibiliser les mères aux signes d'éveil calme sans attendre les pleurs, qui sont un signe beaucoup trop tardif ou mère et enfants seront déstabilisé et moins « performant ». Le bébé est agité énervé (la tétée risque d'être douloureuse), le bébé et la mère seront dans de moins bonne conditions.

À l'inverse si le bébé est en sommeil profond les mères auront de grande difficulté à mettre le bébé au sein. Il est souhaitable en maternité que la mère réponde à tout ses signes d'éveil par une tétée sans restriction.

6 - Efficacité de la tétée/déglutitions

Dans son rapport : Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel « Plan d'action : Allaitement maternel » de Juin 2010, le Pr Turck recommande d'observer une tétée dans les heures qui précèdent la sortie. Il est important d'insister sur l'importance des déglutitions. Il faut apprendre aux mères à reconnaître une déglutition audible et visible (menton) dès l'initiation de l'allaitement. C'est le critère concret et immédiat du transfert de lait. C'est donc un repère rassurant pour le couple et pour l'équipe. S'il y a déglutition : il y a transfert de lait. Les autres repères, seront la fréquence, la couleur et le volume des selles ainsi que les urines. Le dernier critère sera le poids.

7 - Durée des tétées

« Vous voulez vraiment une durée ?

On pourrait dire qu'a priori, une tétée de moins de 10 minutes est un peu courte et qu'une de 3/4 d'heure à 1 heure est un peu longue ! », c'est ce que l'on peut lire dans le guide allaitement maternel de santé public France en p. 25.

Le temps passé au sein n'est pas proportionnel au volume de lait obtenu au cours de la tétée, il ne faut pas donner de durée de tétée mais parler d'EFFICACITÉ !! Dans notre discours, il serait souhaitable de transformer le mot « durée » en mot « efficacité » ou « déglutitions » ou « transfert de lait ». Il n'y a pas de durée normale (optimale) de tétée. Chaque couple maman-bébé est différent et donnera des durées de tétées différentes. Chaque tétée est différente même pour une même mère. La

tétée se termine lorsque l'enfant lâche le sein de lui-même ou lorsque la maman ne perçoit plus de déglutitions. La durée de la tétée semble diminuer après 2 mois.

8 - Fréquences des tétées

Chaque bébé est différent.

Il n'y a pas de limite au nombre de tétées ni d'intervalles fixes à respecter. En moyenne, un bébé peut téter de 8 à 12 fois par 24 heures, y compris la nuit. La règle d'or est d'« allaiter dès les signes d'éveil et si possible, sans attendre ses pleurs. » Guide Santé public France en p. 25. Il est souhaitable de laisser l'enfant téter aussi souvent qu'il le désire et le plus souvent possible. Les premières semaines sont une période d'apprentissage et d'adaptation pour la maman et le bébé. Ce sont les premiers signes d'éveil qui détermineront la fréquence des tétées. Les tétées fréquentes permettent de réduire le taux de bilirubine, d'augmenter la production lactée, de réduire la perte de poids et également d'éviter l'engorgement. Leurs fréquences sera réduite après un mois. Plus le bébé tète souvent et efficacement plus la quantité de lait disponible sera importante. Plus la stimulation de la lactation sera efficace les premiers jours, plus nombreux seront les récepteurs à la prolactine et plus grandes sont les chances d'obtenir une lactation répondant au besoin du bébé au cours du temps.

L'OMS recommande de réveiller un nouveau-né au-delà de 4 heures ou si les seins sont trop pleins.

9 - Les deux seins



« À chaque tétée, il est conseillé de donner un sein jusqu'au bout, puis, en fin de tétée, de lui proposer l'autre sein, qu'il prendra un peu, beaucoup ou pas du tout en fonction de son appétit du moment ! Pensez aussi à alterner les seins d'une tétée à l'autre. » Guide Santé Public France p. 26. Notre conseil doit donc être de finir un sein et proposer systématiquement le second que ce soit : avant la montée de lait, au moment de la montée de lait ou après celle-ci. Nous avons deux seins utilisons les !!, cela évitera bon nombre de manque de lait non réel !!!

Il serait donc souhaitable de ne plus entendre « ne donner qu'un seul sein pour que votre bébé est le lait gras de fin de tétée ». En effet la croissance du bébé est davantage liée à la quantité de lait absorbée qu'à sa valeur calorique. Si un bébé ne grossit pas, ce n'est pas lié à la qualité mais à la QUANTITÉ CONSOMMÉE. La concentration en graisses dépend de la vidange des alvéoles et pas nécessairement du moment de la tétée !! Le bébé aura peut-être le gras au début de la tétée suivante !! Il est préférable de ne plus donner aux patientes cette notion de physiologie. Sur un allaitement « qui roule », il est préférable de ne pas s'occuper de ces notions de lait de début et de fin de tétées car cela perturbe la spontanéité des mères.

Donner au bébé les deux seins à chaque tétée, permet au bébé d'obtenir plus de volume, et donc de mieux grossir !!!

10 - Proximité 24H/24h

Elle favorise l'apprentissage mutuel et permet une bonne fréquence des tétées et donc une bonne stimulation de la lactation à long terme. Cela permet à la mère et à l'enfant de se synchroniser.

11 - Éviter tout compléments, tétines, bouts de seins en silicone

Les véritables indications médicales de compléments en maternité pour des bébés eutrophe et à termes sont rares. Il s'agit des pertes de poids supérieur à 10 % et des hypoglycémies chez des mères DID le plus souvent. Il faut valoriser le colostrum auprès des mères et lui seul suffit à satisfaire tous les besoins du bébé (volume suffisant). Il est maintenant reconnu que le colostrum et le lait maternel font partie intégrante du système immunitaire du nouveau-né. Le volume correspond à la capacité physiologique de l'estomac du NN et à son immaturité. Il suffit de favoriser et d'encourager des tétées fréquentes et sans aucunes restrictions.

L'introduction de préparations pour nourrissons entraîne un risque d'allergie et une modification de la flore digestive pendant 15 jours, l'enfant rentrant à la maison avec une flore non optimal, il est donc fragilisé et plus à risque de développer une infection. Dès le premier complément, il y a une diminution des effets protecteurs de l'allaitement maternel.

Les compléments sont parfois utilisés pour les bébés agités ou dormant trop...

À cela se rajoute le mode d'administration des préparations pour nourrissons. Nous ne savons pas quels sont les bébés qui seront gérer les deux modes d'alimentation c'est ce que l'on appelle la confusion sein/tétine. L'introduction d'une tétine de biberon ou d'une tétine peut chez certain bébé entraîner des problèmes de suctions. Certains bébés, au bout de quelques temps, ne seront plus capables de différencier les deux. Le bébé n'apprécie pas la tétine rigide et le débit trop rapide peu le perturber

Il y a aussi une atteinte à la confiance de la mère dans sa capacité à allaiter, on va lui donner l'impression de ne pas avoir assez de lait, alors que c'est juste la fréquence des tétées qui est à revoir et le rythme physiologique du nouveau-né. Les compléments sont responsables d'une diminution de la fréquence des mises aux seins, une diminution de la fréquence des suctions du mamelon et donc d'une

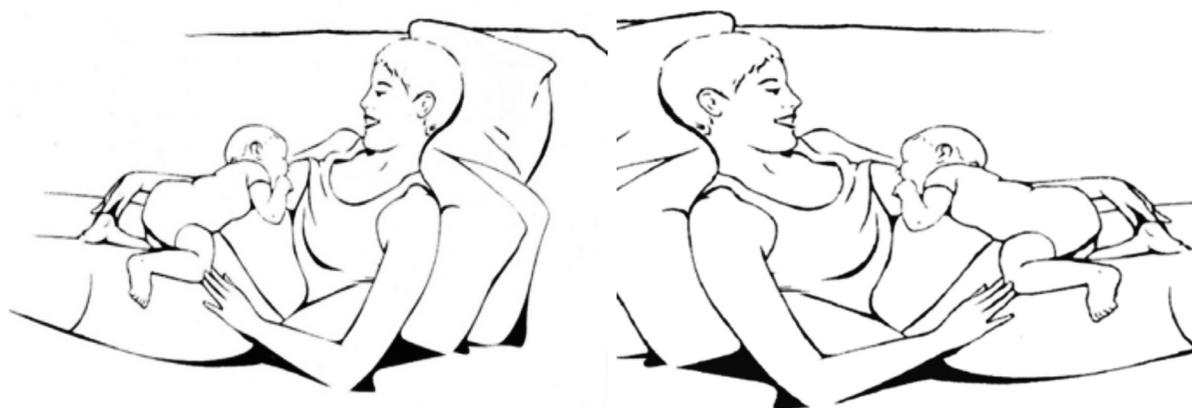
diminution de l'extraction du lait et de la quantité de lait maternel produit. Les mamans seront plus à risques d'engorgement et d'arrêt précoce de l'allaitement maternel.

Dans ce contexte il est aussi important de parler des tétines qui vont souvent être introduit dans la bouche du nouveau-né en réponse à des signes d'éveil ou à un besoin de succion supposé. Elles sont responsables d'une diminution du temps passé aux seins (sous production) et d'une interruption plus précoce de l'allaitement maternel. Ne pas suggérer ou inciter l'usage de la tétine : en donner les méfaits délicatement si la mère l'utilise déjà (choix éclairé). Lorsque la mère sait qu'il n'y a aucune limite aux tétées ... cela limite l'usage de la tétine. Notre rôle sera d'informer, si la maman parle de tétine, si le nouveau-né à un grand besoin de succion la soutenir dans les tétées fréquentes, si la tétine semble indispensable, en rendre l'usage aussi exceptionnel que possible.

12 - Position Biological Nurturing

Cette position a été décrite par Suzanne Colson dans sa thèse de sage-femme en 2008 !! Mais elle est encore sous utilisé dans nos maternités. On l'appelle aussi en France position transat, ou position naturelle. Le bébé est face à sa mère, allongée sur son ventre et ses pieds sont sur l'aine de sa mère. En étant en contact étroit avec sa mère, il va pouvoir déclencher ses réflexes innés. L'instinct du bébé sera à son apogée et il pourra s'accrocher au sein seul. La maman aura une position plus confortable semi-allongée, tout son corps sera maintenu par le lit et les coussins (tête nuque, épaules soutenues), elle sera plus détendue, plus relaxée et sera moins stressée. Il y aura beaucoup d'interaction entre la maman et son nouveau-né.

Cette position, accompagnée du peau à peau, sera le premier « remède » à mettre en place lors des démarrages difficiles, notamment lorsqu'il y a douleurs ou défaut d'ouverture de bouche.



13 - Donner des consignes simples aux mères

Manger de tout et boire à sa soif. Il n'y a aucun interdit. Une douche par jour suffit pour l'entretien des seins et utiliser la goutte de lait en fin de tétée pour hydrater. La crème ne sert que lors d'une crevasse et doit être arrêté après. Il faut que l'allaitement maternel, soit intégré dans leur vie de femme, qu'il retrouve un caractère spontané naturel.

14 - Rôle du père

Il est souhaitable de le valoriser et de valoriser et encourager son rôle et sa présence auprès de sa compagne. Il doit être entourant, soutenant pour la mère. Il est souhaitable qu'il crée une bulle zen, protectrice autour de la mère et de l'enfant, il doit assurer sécurité, sérénité, tranquillité et réguler les visites en maternité.

Il est souhaitable qu'il fasse la « chasse » à ceux qui ne soutiennent pas le projet d'allaitement ou qui sont négatifs et éviter les expériences négatives d'allaitement autour de la mère.

Il doit lui redire ses compétences profondes à allaiter, elle doutera d'elle et de sa lactation si son conjoint doute et se sentira forte et compétente si son conjoint renforce son estime d'elle-même. Il doit lui redire sa confiance. Ayant un sentiment d'exclusion pendant la grossesse: certains veulent faire beaucoup après la naissance. Il contribue au développement psycho-affectif du bébé, soins, changes, bains, promenades, portage en écharpe, bercer le bébé, le câliner, lui faire faire le rot. Il doit veiller pour que le foyer reste calme, aider aux tâches ménagères et auprès des grands enfants.

15 - La douleur et l'allaitement maternel

C'est la première cause d'arrêt d'allaitement, **il ne faut donc pas la négliger.** Elle est maximum entre le 3^{ème} et le 6^{ème} jour. Une gêne de 30 sec à 1 mn 30 n'est pas inquiétante. Une douleur pendant toute la tétée est anormale. Elle peut durer de 2 à 15 jours maximum. Il faut prévenir les patientes qu'il faut consulter si elle perdure au-delà de 15 jours. L'œdème aréolaire peut augmenter la douleur et les crevasses, il faut donc le prévenir et utiliser l'assouplissement par contre pression. Restreindre le temps de succion ne prévient pas le phénomène de mamelons douloureux, voir l'aggrave il faut reprendre les recommandations 2, 3 et 4 jusqu'à disparition de la douleur. L'usage des bouts de seins en silicone n'est pas indiqué SAUF si la mère ne veut plus mettre son bébé aux seins à cause de la douleur : une tétée avec votre aide et bien accompagnée sera préférable. Il faut soulager les patientes : paracétamol, ibuprofène ou kétoprofène : cela vaut mieux qu'un arrêt.

16 - Rythme physiologique du nouveau-né

Oui, les tétées peuvent être fréquentes. Oui, un bébé tète la nuit. Il faut parler aux patientes des tétées en grappes, ou des tétées groupées qui sont physiologiques juste avant la montée de lait ou le soir. Évoquer la nuit de java dès la préparation à la naissance permet son acceptation. Physiologiquement, un nouveau-né à des tétées fréquentes le soir et plus espacées le matin... Le meilleur indicateur reste l'observation du bébé et son écoute. Il est bon de rappeler aux mères (et aux professionnels de santé !!) de regarder leur bébé et pas la montre !!!

17 - Se donner du temps

Tout ne peut se régler en 2 à 4 jours en maternité. S'il y a des difficultés, il faut donner du temps à ce couple maman-bébé, mais tout en étant dans l'action.

Il s'agit d'agir efficacement pour aider à l'installation de cet allaitement. Le premier « remède » à toute difficulté d'allaitement reste le peau à peau et la position

BN. S'il s'agit de douleurs, il faudra en trouver rapidement la cause et retravailler la prise en bouche qui reste la principale cause de douleur. Pour un problème de poids, il faut revoir le nombre de tétées et instaurer la super alternance et la compression mammaire ainsi que le tire lait. Il ne s'agit pas d'attendre... et de peser toutes les 48 h.

18 - Donner aux mères des relais après la sortie

Bien accompagnée et soutenue pendant son séjour à la maternité, une jeune maman aura pris confiance en elle et aura les clefs nécessaires pour la poursuite de son allaitement. Il sera bon, avant son retour à domicile, de lui redire les grands principes de l'allaitement aux seins.

Il serait souhaitable qu'elle sorte de maternité avec une organisation du suivi de son allaitement maternel avec le PRADO puis une consultation à J15 comme le préconise le P^r Turck dans son rapport pour promotion de l'allaitement maternel. Il lui faudra aussi des relais à plus long terme : sage-femme libérale, consultante en lactation IBCLC, PMI, et les associations de mères qui font beaucoup pour nos patientes après leur sortie.

Conclusion

Chaque professionnel doit repenser ses règles rigides et standardisées : chaque allaitement est tellement différent ! Apprenons à écouter les souhaits des femmes que nous suivons. Incitons-les à retrouver leur instinct maternel après une grossesse technicisée. En matière d'allaitement maternel, il est important de revoir et réévaluer régulièrement nos connaissances au regard des données de la recherche et de la science.

Bibliographie

- Enquête nationale périnatale ; rapport 2016. Les naissances et les établissements, Situation et évolution depuis 2010. INSERM.
- Recommandations de bonne pratique : « Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales » - Haute Autorité de Santé - décembre 2017.
- Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC; Lancet Breastfeeding Series Group Lancet. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. 2016; 387(10017): 475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
- L'allaitement maternel, guide santé public France.
- Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel définies par la Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, Genève. (critères 2008).
- Conditions d'accès au label IHAB (Initiative hôpital ami des bébés) (Révision de 2009).
- Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel « Plan d'action : Allaitement maternel » Rapport du Professeur Dominique TURCK JUIN 2010.
- Introduction au Biological Nurturing, nouvelles perspectives sur l'allaitement maternel, Suzanne Colson, RM,PhD, Préface du Dr Marc Pilliot, Pédiatre. HALE, 2014.

- Un sein ou les deux seins ; Marie Courdent, animatrice LLL, consultante en lactation certifiée IBCLC, DIULHAM, puéricultrice. Disponible sur : <https://www.lllfrance.org/1882-un-sein-ou-les-deux-seins>
- Accueil du nouveau-né en salle de naissance, D^r Gisèle Gremmo-Feger, Pédiatre et Consultante en lactation IBCLC, CHU de Brest, Formations Co-naître. Les Dossiers de l'Allaitement ; 5. 2002.
- Allaitement maternel : la physiologie au service de pratiques optimales, Dr Gisèle Gremmo-Feger Pédiatre et Consultante en lactation IBCLC, CHU de Brest, coordinatrice DIULHAM. Présentation lors des Journées Régionales d'Allaitement, 2009-2011.
- Allaitement en maternité : les clefs pour réussir ; D^r Marc Pilliot, Pédiatre, COFAM. Présentation lors des Journées Régionales d'Allaitement, 2005-2006.

Critères de retour précoce à domicile

Sylvie LEROUX
Annecy

**TEXTE
NON PARVENU**

Alimentation, courbes de poids et sortie de maternité

V. RIGOURD¹, B. CHAIB², B. JACQUEMET³

1 Pédiatre responsable Hôpital Necker. Lactarium régional d'île de France 149 rue de Sèvres 75015 Paris, France

2 Étudiante sage femme

3 Diététicienne Hôpital Necker. Lactarium régional d'île de France 149 rue de Sèvres 75015 Paris, France

Aucun conflit d'intérêt ni aide financière

1. Introduction

L'AM de part ses propriétés nutritionnelles et biologiques multiples, uniques et spécifiques (oligosaccharides, acides gras, nucléotides, facteurs anti-infectieux...) est aux sources de la prévention de la santé de la mère et l'enfant. Tous les grands domaines de la santé sont concernés : infections, allergies, pathologies inflammatoires et immunitaires, maladies cardiovasculaires, obésité, cancérologie, développement cognitif et les bénéfices sont parfois trans-générationnels. C'est aussi le mode de nourrissage le plus écologique et économique. Les dernières données de l'enquête nationale périnatale 2016 (drees.solidarite-sante.gouv.fr/ www.epopé-inserm.fr) montrent une baisse de l'AM exclusif durant le séjour à la maternité qui est passé de 60 % en 2010 à 52 % en 2016. L'étude Elfe, première étude Française de cohorte de naissance de grande envergure en population générale réalisée en 2011 (17 562 enfants, 349 maternités) montre qu'à six mois 19,3 % des mères allaitent encore leur enfant, dont 9,9 % de manière prédominante, à un an seul 5,3 % des nourrissons sont toujours allaités dont 2,9 % de manière prédominante. Ainsi la médiane de la durée totale de l'allaitement prédominant était de 7 semaines, c'est à dire bien loin des 6mois recommandés par l'OMS. Ces quelques verbatims illustrent la détresse précoce de certaines mamans: « Mon bébé qui ne prenait pas de poids. J'étais démotivée car épuisée », « j'étais déprimée car je n'y arrivais pas », « le bébé pleurait tout le temps, il voulait téter sans cesse, je ne savais pas s'il mangeait assez, puis l'allaitement était très douloureux ». Beaucoup trop de femmes interrompent rapidement leur allaitement par découragement face au manque d'accompagnement ou aux discordances de discours qui commencent dès la maternité. Une étude récemment menée au sein du RSPF montre que le projet de mères ayant appelé SOS allaitement 75 dans les 8 jours suivant la sortie de maternité était pour 38 % d'entre elles de prolonger leur allaitement maternel jusqu'à 6 mois, ainsi la majeure partie des arrêts précoces ne sont pas souhaités et devraient donc être évités. Cette article vise à i) donner des outils aux professionnels pour aider les mères à respecter leur souhait d'allaiter en maternité ii) définir lorsque le choix est celui d'un allaitement mixte ou artificiel quel type de lait choisir iii) proposer

un schéma de suivi du nouveau-né allaité à la sortie de maternité qui rassure les professionnels et les familles pour prévenir les sevrages précoces.

1. DONNER DES OUTILS AUX PROFESSIONNELS POUR AIDER LES MÈRES À RESPECTER LEUR SOUHAIT D'ALLAITER À LA SORTIE MATERNITÉ

La décision d'allaiter et la poursuite dans ce choix peut être favorisée par une information précoce des mères pendant la grossesse sur les bienfaits et ses modalités pratiques.

1.1. Les « dix conditions pour le succès de l'allaitement » proposées par l'OMS/UNICEF. Si celles-ci sont respectées par les professionnels et si la finalité est expliquée aux mamans elles seront mieux suivies par les mamans et les taux d'allaitement à la sortie de la maternité en seront améliorés.

Contact peau à peau et tétée précoce : L'obligation de surveillance soutenue du nouveau-né dans les deux premières heures de vie (Décret de périnatalité n° 98-900 du 9 octobre 1998) n'est pas incompatible, pour le nouveau-né bien portant, avec la mise en peau à peau précoce. Celle-ci permet au bébé, grâce à son réflexe de fouissement et à son extrême vigilance dans les premières heures de vie, de mieux acquérir la technique correcte de succion et favorise l'allongement de la durée de l'allaitement.

Cohabitation du nouveau-né avec sa mère : Le maintien 24h sur 24 du bébé auprès de sa maman facilite les mises au sein à la demande de jour comme de nuit, stimule la montée laiteuse tout en limitant le risque d'engorgement. La pratique du « cododo » (nourrisson se trouvant à peu de distance de sa mère mais non dans la même surface de sommeil) contrairement au « partage de lit » permet la proximité mère enfant nécessaire au bon déroulement de l'allaitement en toute sécurité [13].

1.2 Mieux préparer la sortie du bébé allaité pour donner confiance à la triade mère-père-soignant

- ❑ Elle doit être précédée d'une observation d'au moins deux tétées assurant :
 - que la position du bébé au sein et celle du sein en bouche sont correctes (*figure 1*).

C'est à ce moment que l'indication d'un bout de sein peut être posée en cas de réflexe d'éjection trop fort, de mamelon ombiliqué ou de douleur ou crevasse des mamelons. Mais le positionnement exemple en biologic nurturing peut être adapté pour les deux premiers cas et les facteurs favorisant associés à l'application de lait cicatrisant doivent permettre une guérison rapide et un retrait des bouts de seins pour les deux derniers cas.

- que plusieurs positions sont connues par la maman et qu'elle parvient à les reproduire. Varier les positions permet aussi de stimuler l'ensemble de la glande mammaire et donc d'impliquer tous les cadrans des seins dans la production lactée, de faciliter la reprise du poids.
- qu'un transfert efficace de lait est reconnu par la mère (*Tableau 1*). Dans notre étude au sein du RSPP 37,9 % des mères appelant SOS allaitement dans les 7 jours suivant le post partum n'avaient pas eu d'explication sur les signes de transfert.

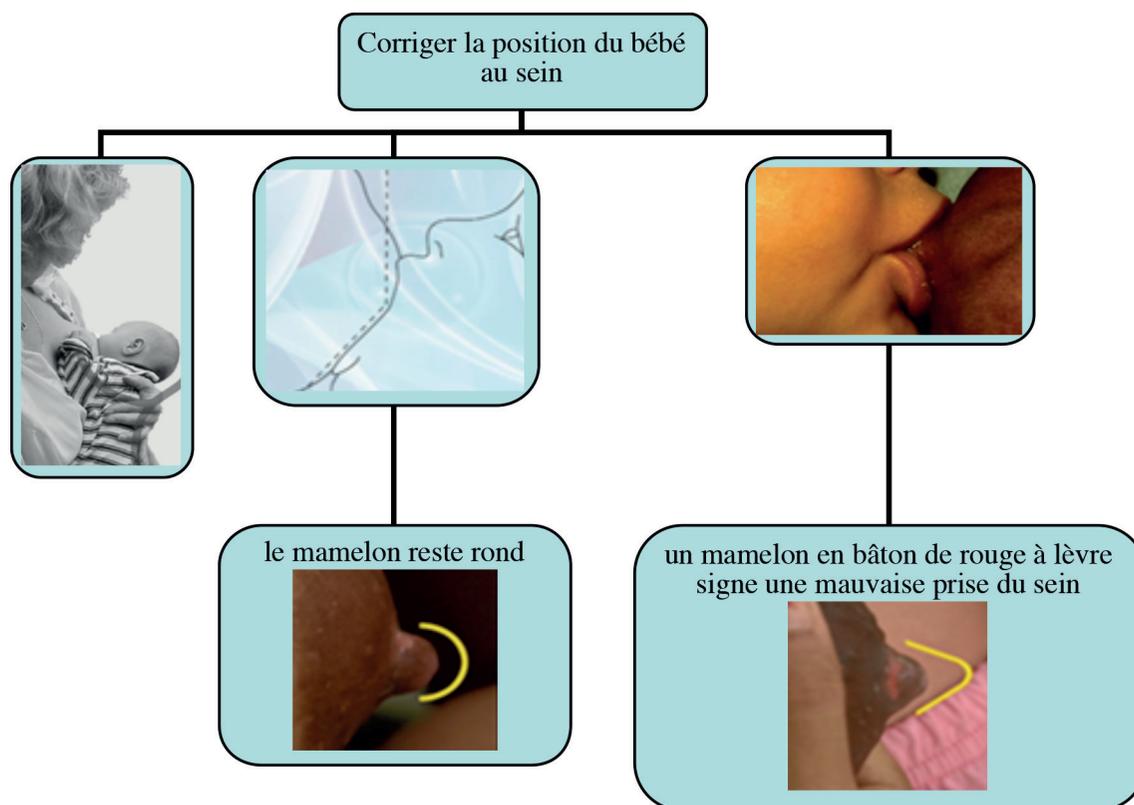


Figure 1. - Reconnaître une prise de sein efficace, corriger les mauvaises prises du sein.

Tableau 1. - Comment s'assurer que la tétée est efficace ?

Chez le bébé	Chez la mère	Durant la tétée
Selles : fréquence, aspect. Urine : poids des couches. Courbe de poids.	Examen des seins : réplétion puis assouplissement en fin de tétée. Écoulement spontané de lait. Flux de lait : picotement tension au moment de la tétée.	Bruits de déglutition. Mouvements de succion. Bonne position de sein en bouche. Lait dans la bouche.

- ❑ Les parents doivent avoir appris les signes indiquant que le bébé est disposé à aller au sein : tête dans son sommeil, mouvement de succion, poing à la bouche, avant d'attendre les pleurs.
- ❑ Les familles doivent comprendre les facteurs qui dictent le rythme du bébé et savoir que la fréquence et la durée ne doivent pas être imposées au bébé. Aucun intérêt de réduire la durée et/ou la fréquence. La réalité c'est une moyenne de 8 à 12 tétées/24 heures. Comprendre et expliquer cette relation permet d'harmoniser les discours et de convaincre les mamans qui pourraient ne pas accepter des tétées fréquentes et prolongées.
- ❑ Les familles doivent connaître ce qu'est une couche mouillée, quel est l'aspect normal des selles après la phase méconiale.

À savoir : La tétée d'un ou deux seins, le rythme des tétées sont étroitement corrélés à la capacité de stockage (qui peut être différente d'un sein à l'autre), à l'efficacité du transfert de lait, et aux besoins du bébé.

2. DÉFINIR LORSQUE LE CHOIX EST CELUI D'UN ALLAITEMENT MIXTE OU ARTIFICIEL QUEL TYPE DE LAIT CHOISIR ET NE PAS CULPABILISER LA MAMAN

Aucun biberon de complément ne doit être donné sans prescription médicale, aucune prescription ne doit transgresser les indications médicales.

Si le choix de la famille est celui d'un allaitement mixte ou artificiel ou en cas d'indication médicale à introduire des compléments, va s'imposer :

Le choix du lait ?

- Si le poids de naissance est inférieur à 2800g ou inférieur au 5^{ème} percentile : préparation pour faible poids de naissance (Lait préma étape 2) à poursuivre jusqu'à ce que le poids soit > au 10^{ème} percentile.
- Sinon en l'absence de risque allergique: préparation pour nourrissons (PPN) anciennement nommés Lait 1^{er} âge de 0 à 6 mois qui contiennent des acides gras polyinsaturés type DHA et Acide arachidonique.
- Si terrain atopique, antécédent familial au premier degré (parents, fratrie) : promouvoir l'allaitement maternel sans régime d'exclusion spécifique d'emblée chez la mère sinon Hydrolysats extensifs de protéines de lait de vache ou de protéines de riz si antécédents certains et/ou sévères ; les formules dite « HA » n'ont plus d'utilité reconnue. Ne pas utiliser de formules à base de soja ni les « jus » improprement appelés « lait » à base de protéines végétales comme le jus d'amande, les laits « bio » si ils sont utilisés doivent être conformes à la législation.
- bien sûr, **chaque ml de lait de mère sera donné à l'enfant.**

Le type de lait sera ensuite ajusté avec le pédiatre en fonction de la tolérance. Certains troubles mineurs digestifs pourront faire préférer des préparations épaissies dites « confort » vendues en grande surface ou anti-régurgitation dites « AR » vendues en pharmacie à base d'amidon puis de caroube en deuxième attention du fait du risque de diarrhée, des préparations ciblant les coliques qui contiennent par exemple des probiotiques, des ferments lactiques et pauvres en lactose et celles limitant la constipation à faible teneur en caséine et forte teneur en protéines solubles et en lactose, enrichies en fibres prébiotiques.

À savoir : la composition des PPN pour chaque nutriment est fixée par une réglementation européenne, les laits infantiles d'une même classe ont donc tous la même valeur nutritionnelle.

Comment administrer le lait artificiel ?

Le type de biberons ou tétine pourra être ajusté et le volume adapté à l'appétit de l'enfant. Actuellement il n'est plus recommandé de stériliser les biberons, ceux-ci doivent être nettoyés au liquide vaisselle, rincés et rangés dans un endroit propre, le lait doit être préparé en extemporané sur le principe de 1 cuillère à mesure spécifique de la boîte pour 30 ml d'eau, l'eau peut être celle du réseau sauf contre-indication locale, de l'eau minérale faiblement minéralisée ou de l'eau de source.

○ **Quel moyen ?**

- si celui ci est donné comme complément :
 - au moyen d'un DAL en faisant téter le sein ou le doigt ou d'un biberon ayant une tétine physiologique ;

- pas à la seringue ou alors sans pousser le piston, éviter la tasse.
- si celui ci est donné dans le cadre d'un allaitement mixte ou artificiel :
 - au moyen d'un biberon, certaines tétines dites « physiologiques » permettent au bébé de reproduire la succion du sein. Le choix de la tétine intègre sa souplesse, le type de perçage qui va adapter le débit à la succion de l'enfant.

QUELLE TETINE ?



UNE TETINE LONGUE
QUI S'ADAPTE SUR DES
BIBERONS A
OUVERTURE ETROITE
EN CAOUTCHOUC ou
SILICONE SOUPLE



➔ FAIRE BOUILLIR 5 MINUTES LES TETINES 1 à 2 fois AVANT LA PREMIERES UTILISATION POUR LES ASSOULIR

SOIT UNE TETINE à « TROUS »

●
1 trou

●●
2 trous

●●●
3 trous

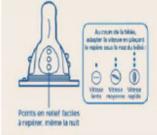


Le lait s'écoule tout seul sans besoin de beaucoup de pression sur la tétine (quand peu de force, fatiguabilité)

SOIT UNE TETINE à « FENTE »

—
fermée

—
ouverte



L'enfant doit exercer une pression pour ouvrir la fente pour que le lait coule, le débit peut être réglé (position de la fente), peut aider à réguler la coordination succion/déglutition

Les trous des tétines du commerce sont quelque fois tres fins mais vous pouvez repercer la tétine :

1. Fixer une aiguille dans un bouchon
2. Faites-la flamber sur une flamme
3. Quand elle est « rouge », percer la tétine. Plus vous laissez l'aiguille chaude longtemps, plus le trou sera gros.

Laisser le temps à votre bébé pour s'habituer à une tétine....

- **Quel volume ?** attention les quantités données sont souvent trop importantes pour les complément en cas d'allaitement mixte. Pour les allaitements artificiels celles si doivent être adaptées à l'appétit de l'enfant, à sa capacité à téter et à sa tolérance digestive (*Tableau 3*).

Tableau 3. - Préparation des biberons quels volumes ?

Age	J0	J1	J2	J3	J5	J7	J15	J21	1-2 mois	2-3 mois
Volume maximum des compléments	5 ml	7 ml	10 ml	15 ml	Sera ajusté en fonction de la production lactée de la maman l'objectif doit être de relancer celle ci.					
Volume des biberons si allaitement artificiel	6-7 X 60-90 ml/j						6 X 90-100 ml/j	6 X 120 ml/j	5 X 150 ml/j	
Volume des biberons si allaitement mixte	Se caller sur les volumes d'un allaitement exclusif si la maman alterne mise au sein biberon si par contre elle complète après la tétée ajuster à l'appétit de l'enfant et à la courbe de croissance									

À savoir : Quand la sortie de maternité se fait en période de forte chaleur il est inutile de donner de l'eau en plus des tétées au sein par contre souvent celles-ci seront plus fréquentes, le bébé stimule la production pour recevoir plus et il faut le respecter.

Les tétines (ou « tototte »), peuvent avoir un rôle calmant mais cet artifice ne doit pas être proposé avant qu'une succion efficace ne soit établie et avant que la production lactée ne soit calibrée. En effet dans les premiers jours donner une tétine au bébé va limiter les tétées non nutritives, calmantes mais stimulantes et peut réduire la production lactée. Plus tard son emploi devra être bref, profiter de l'éveil du bébé lui procurant d'autres moyens de s'occuper ou de se calmer pour la retirer. Le portage est un bon moyen de prévenir le recourt aux tétines comme nous le prouve les techniques de maternage dans certaines ethnies.

L'âge de la diversification doit débuter entre 4 mois révolus et 6 mois selon les compétences de l'enfant, celle ci est compatible avec la poursuite de l'allaitement maternel voire peut être un moyen efficace pour les nourrissons n'acceptant pas le biberon alors que la maman reprend le travail, d'administrer le lait tiré sous formes masquées (compotes, purées, bouillies) à la cuillère ou au verre à bec.

3. PROPOSER UN SCHEMA DE SUIVI DU NOUVEAU-NÉ ALLAITÉ À LA SORTIE DE MATERNITÉ QUI RASSURE LES PROFESSIONNELS ET LES FAMILLES POUR PRÉVENIR LES SEVRAGES PRÉCOCES.

3.1 Quelle perte de poids autoriser ?

Un principe parfois difficile à suivre mais auquel il faut se tenir : une perte de poids de 10 % n'est pas un critère de prescription de complément sans évaluation de l'allaitement au préalable par un professionnel formé à l'allaitement maternel. La perte de poids à H52 est physiologique et doit être respectée même si la sortie se fait avant. La perte de poids ne semble pas majorée par certaines pratiques à l'accouchement (péridurale, césarienne, perfusion de la maman) par contre elle peut être limitée par un meilleur soutien de l'allaitement maternel.

Ce point est déterminant pour la poursuite de l'allaitement maternel à la sortie de maternité car source évidente d'introduction de biberons de compléments non justifiés. Dans notre étude au sein du RSPP 62,5 % des bébés avaient reçu un complément en maternité et dans 41,1 % des cas sans l'accord de la maman. Toutes ces mères se sont trouvées en difficulté avec leur allaitement puisque ont du contacter « SOS allaitement 75 » dans les 7 jours du post partum. Les articles les plus récents soulignent que jusqu'à H72 il est habituel que les enfants soient en dessous de leur poids de naissance et que le nadir de la perte de poids se situe à H52. 72.2 % ont la perte de poids maximale avant la sortie, 3.9 % perdent plus de 9 % et aucun plus de 10 % durant les premières 72 h de vie. Les autres nécessitent un soutien spécialisé de l'allaitement maternel. Les études menées sur la première semaine de vie intégrant la période de retour au domicile montrent une perte de poids moyenne de 4.9 % (extrêmes de 0 % à 9.9 %) ; 19.8 % avaient perdu plus de 7 % de leur poids; aucun enfant plus de 10 %. Le maximum de perte de poids est associé au type de nourrissage plus significatif en cas d'allaitement maternel exclusif il devient moindre en cas d'allaitement artificiel ($P < 0.001$). La perte de poids est limitée lorsque la labélisation HAIB est présente. Le seuil défini par plusieurs auteurs est une perte de poids $> 10 \%$, témoin d'un allaitement ayant mal débuté et nécessitant une prise en charge spécifique, selon les études cela concerne 7 à 12 % des enfants (Noel-Weiss J, Courant G, Woodend AK. Physiological weight loss in the breastfed neonate: a systematic review. Open Med 2008; 2: e99-110.), voire pour d'autre $\geq 7 \%$ (27), ou le fait de continuer à perdre du poids après J3 ou une

absence de reprise du poids de naissance à J10 ou à 2 à 3 semaines ou une perte de poids > 8 % accompagné d'une lactation retardée (The Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Protocol 3: Hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed infant. 2007.) Ces seuils permettent d'établir un niveau d'intervention précoce telle qu'une évaluation plus rapprochée de la technique de mise au sein pour améliorer la production et le transfert de lait avant que la perte de poids ne soit trop importante.

3.2 Bien définir l'organisation de l'accompagnement du couple mère-enfant à la sortie de la maternité (HAS 2006) (tableau 4).

- ❑ Le suivi du nouveau-né allaité à la sortie de maternité (Tableau 4) en cas d'allaitement, doit être effectué par un professionnel qualifié en matière d'allaitement maternel.

Tableau 4. - Suivi du nouveau-né allaité à la sortie de maternité.

RDV avec un professionnel référent du suivi	Pesée une à deux fois par semaine en PMI ou avec HAD	Examen par un pédiatre ou un généraliste ayant une expérience de nouveau-né
H24 si sortie précoce ou H48 après sortie classique	Jusqu'à reprise du poids de naissance et courbe ascendante régulière	Entre J6 et J10

La pesée quotidienne, celle non encadrée par un professionnel de santé (balance au domicile) et encore plus celle avant et après une tétée est inutile voire stressante pour la mère et l'enfant. Il ne faut jamais sous estimer la capacité d'un enfant à téter.

- ❑ **Choix des courbes de croissances** : La courbe jour à jour doit être tracée dans le carnet de santé jusqu'à la reprise du poids de naissance et à l'obtention d'une cinétique de croissance bien amorcée ensuite les enfants allaités devraient être suivis grâce aux courbes de poids de l'OMS UNICEF. Publiées en 2006, universelles mais peu utilisées en France, elles reflètent l'exacte croissance des nourrissons allaités exclusivement au sein pendant au moins 4 mois. La croissance pondérale du nouveau-né allaité est en moyenne plus rapide pendant les 3 premiers mois (800 g à 1 kg/mois) puis s'infléchit vers le 4^{ème} mois physiologiquement (500 g/mois) ce qui n'est pas reproduit sur les courbes des carnets de santé français puisqu'elle se base sur des enfants en allaitement artificiel et peut amener à des conseils inappropriés des professionnels de santé. Les enfants au sein devraient avoir un suivi de leur croissance reporté sur les courbes OMS (2006 www.who.int/childgrowth/standards/weight_for_age/fr/).
- ❑ Conduite à tenir en cas d'insuffisance de croissance pondérale avant J21 (tableau 5).

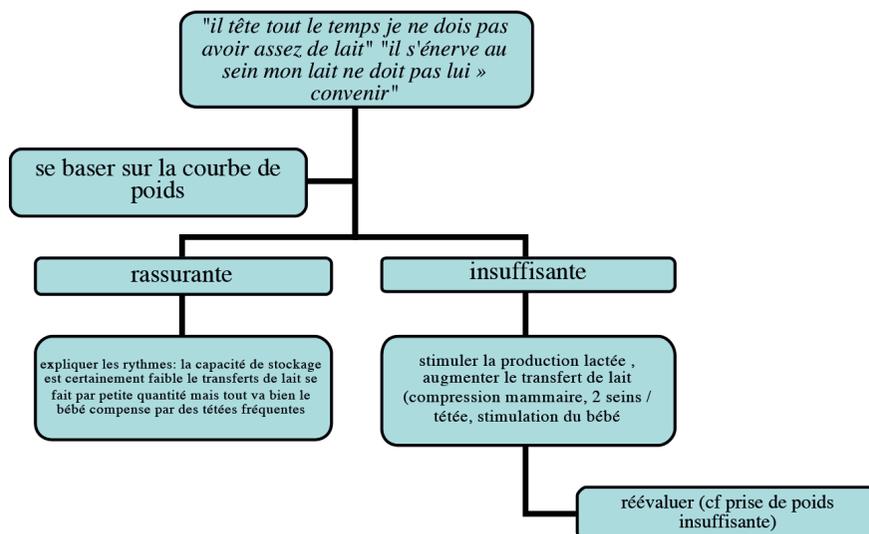
Le volume de lait bu (environ 400 ml/j à J8 400 à 600 ml/j à J15 600 à 800 ml/j à J21) s'adapte à la composition du lait et permet ainsi de respecter le principe de l'allaitement à la demande et une courbe de croissance qualifiée d'insuffisante peut être liée à une insuffisance de production lactée, mais dans la majorité des cas c'est un défaut d'initiation et de production lactée qui sera responsable : bout de sein, mauvaise prise du sein en bouche, absence de variation des positions au sein ne

permettant pas de recruter toute la capacité productive de la glande mammaire, biberon de compléments sans indication médicale, limitation de la durée ou de la fréquence des tétées.

Tableau 5. - Conduite à tenir en cas de croissance pondérale insuffisante avant J21

une non reprise du poids de naissance à J10	une non reprise de poids de naissance à J21	
Impose de refaire le point sur la lactation avec un spécialiste pour stimuler la lactation	avec une courbe de croissance bien ascendante prise de poids $\geq 20g/j$	avec une prise de poids $< 20g/j$
	impose de refaire le point sur la lactation avec un spécialiste pour continuer à stimuler la lactation. surveiller le poids 2 X / semaine.	Peut poser l'indication de compléments associés à l'utilisation d'un tire lait chez la maman.
Augmenter le transfert de lait : revoir la position du bébé au sein, du sein en bouche, compression mammaire et stimulation du bébé.	Éliminer un problème médical chez l'enfant à l'origine d'un défaut de transfert du lait (frein de langue, pathologie pédiatrique (infection, gêne respiratoire).	
Surveiller la croissance deux fois par semaine pour vérifier l'obtention d'une courbe ascendante approchant le poids de naissance à J10.	Éliminer une cause constitutionnelle ou acquise d'insuffisance de lactation : <ul style="list-style-type: none"> - Anomalies anatomiques congénitales. - Certaines chirurgies mammaires. - Causes hormonales: déficit en prolactine, mauvaise expulsion placentaire, stress important, contraception donnée pendant une période de développement glandulaire: œstro-progestatifs, progestatif injectable (avt 6 sem post partum), dysfonction thyroïdienne altère l'éjection. 	

❑ **Être capable de répondre à deux questions qui favorisent l'introduction par les familles de biberons après la sortie sans raison** « Mon bébé tète tout le temps je ne dois pas avoir assez de lait ? » « Est-ce qu'il prend assez de lait ? » (logigramme 1)



Et si la courbe de croissance indique la nécessité de proposer des compléments et en cas de motivation à reprendre un allaitement exclusif chez la maman, tout complément doit être associé à une stimulation de la lactation (*tableau 6*) et la prescription en parallèle d'un tire lait pour favoriser les compléments au lait de mère (*tableau 7*).

Tableau 6. - Comment stimuler une lactation ?

<p><input type="radio"/> Augmenter la fréquence :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Des séances de recueil du lait <ul style="list-style-type: none"> ▶ utiliser double pompage. ▶ vérifier fonctionnement tire lait électrique (taille des tétérelles, force d'expression). ▶ mieux vaut tirer plus fréquemment que longtemps. ■ Des mises au sein, les deux seins à chaque tétée ou éventuellement si l'enfant tète moins de 6 fois/j <ul style="list-style-type: none"> ▶ tirer une à deux fois /j entre deux tétées. ▶ Vider si besoin le sein au moyen d'un tire lait au décours de la tétée si il ne semble pas vide. <p><input type="radio"/> Aucun traitement n'a prouvé son efficacité [8]</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Galactogyl® 1 CAS 4 fois par jour. ■ Ricinus 4 CH : 5 granules X 3 /j <p><input type="radio"/> Motilium® n'est plus autorisé.</p> <p><input type="radio"/> Boire à sa soif.</p> <p><input type="radio"/> Manger équilibré.</p>

Tableau 7. - Recueil du lait

Conditions générales d'hygiène devant être respectées avant de recueillir le lait.
<ul style="list-style-type: none"> • Se laver les mains puis les seins au savon doux puis les rincer à l'eau courante et les sécher à l'aide d'un papier à usage unique. • Après chaque utilisation le set de pompage doit être démonté, les pièces lavées à l'eau chaude savonneuse, rincées et séchées à l'air libre.
Comment tirer son lait avec un tire-lait électrique ?
<ul style="list-style-type: none"> • S'installer confortablement en plaçant le tire-lait proche de soi. • Positionner la(es) tétérelle(s) bien en face du mamelon sur l'aréole de façon occlusive (choix de la taille de la tétérelle en fonction de celle du mamelon et de l'aréole calibre 16 mm à 36 mm selon les marques). • Les tire-laits dits physiologiques ont une première phase de stimulation de durée prééglée ou adaptée en fonction du délai d'obtention du flux d'éjection du lait. • Ensuite vient la phase d'expression durant laquelle la vitesse se ralentit, la puissance d'aspiration pourra être augmentée au fur et à mesure en fonction de la sensibilité et du flux de lait. • Les tire-lait manuels pour des usages ponctuels peuvent être aussi efficaces.

Il ne faudra pas oublier les vitamines obligatoires (*tableau 8*) :

Tableau 8. - Supplémentation vitaminique

vitamine K	H4 J4 et une dose supplémentaire à S4 (1mois) en cas d'allaitement.	2 mg = 1 ampoule(0,2 ml).
Vitamine D	quotidiennement	Chez le nouveau né allaité 1 000 à 1 200 UI/j pendant toute la durée de l'allaitement. Chez l'enfant de moins de 18 mois recevant une PPN : 600 à 800 UI/j.

Tableau 9. - Durée Tableau de conservation du lait de femme

Lait fraîchement tiré	Température de la pièce : - Si juste extrait et tp entre 19-22°C - Après stockage à +4°C	4h 1h
	Réfrigérateur (0 à +4°C)	48h
	Congélateur à -18°C ou moins - Non pasteurisé - Pasteurisé	4 mois 6 mois
	Lait décongelé et non réchauffé	Réfrigérateur
	Température de la pièce	1h
Lait réchauffé		½ heure
Ne jamais recongeler du lait décongelé. Ne jamais réchauffer du lait au micro-onde. Tout biberon de lait de femme entamé doit être jeté.		

Conclusion

Une non reprise de la croissance à H72 ni même à H96 chez le nouveau-né allaité n'est pas une contre indication à la sortie, ni une indication à introduire des biberons de complément. La reprise de poids pourra être suivie en externe, préférer les courbes de croissances OMS UNICEF de référence pour le nouveau-né allaité. Il faudra dépister les facteurs de risque d'insuffisance de lactation qui peuvent être corrigés par une prise en charge spécialisée pour accélérer le reprise de poids.

Références :

- Fonseca MJ, Severo M, Santos AC. A new approach to estimating weight change and its reference intervals during the first 96 hours of life. *Acta Paediatr.* 2015t; 104: 1028-34.
- de Onis M, Garza C, Onyango AW, Rolland-Cachera MF; le Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie.
- Grossman X¹, Chaudhuri JH, Feldman-Winter L, Merewood A. Neonatal weight loss at a US Baby-Friendly Hospital. *Acad Nutr Diet.* 2012; 112: 410-3.
- Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, Angolkar M. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016(8).
- Procaccini D, Curley ALC, Goldman M. Baby-Friendly Practices Minimize Newborn Infants Weight Loss. *Breastfeed Med.* 2018 Feb 28.

- Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG; Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016; 30; 387: 491-504.
- Verduci E, Martelli A, Miniello VL, Landi M, Mariani B, Brambilla M, Diaferio L, Peroni DG. Nutrition in the first 1000 days and respiratory health: A descriptive review of the last five years' literature. *Allergol Immunopathol*. 2017; 45: 405-413.

CNSF - 4 juin 2018

***Quelle surveillance de l'ictère néonatal
en maternité et à domicile ?***

Anne CORTEY

Paris

**TEXTE
NON PARVENU**

Première visite à domicile : quand, comment, quel examen ?

Alexandra FRESSINET

Sage-Femme libérale et hospitalière en Meuse (55)

Il n'est pas toujours facile de rentrer chez soi après un accouchement. Que ce soit en anténatal ou en post-natal, la sage-femme doit s'assurer du bien-être physique, psychique et mental de la mère et de l'enfant. Par la fermeture croissante de nos maternités de proximités ou encore par la réduction du nombre de lits dans nos services, les sages-femmes vont être amenées à se confronter d'avantage à ces sorties de maternité au domicile des patientes afin d'assurer la bonne continuité des soins. Encore trop peu connu par nos patientes, ce service est pourtant bien apprécié par ces dernières qui trouvent réponses à leurs questions dans leur chemin à la parentalité.

Première visite à domicile : quand ?

La durée de séjour standard est définie comme une durée d'hospitalisation :

- De 72h à 96h après un accouchement Voie Basse.
- De 96h à 120h après une Césarienne.
 - Soit une première visite à domicile dans la semaine après la sortie idéalement dans les 48h.

En pratique, cette visite se fait surtout à la demande de la mère voire de la maternité. Il est rare que nous y allions dans les 24h, le temps de laisser les parents prendre leurs repères au retour à la maison. De plus, d'un point de vue organisation, il faut que ce rendez-vous puisse convenir à la maman et s'ajuster à l'emploi du temps des libéraux. Ce qui est toujours délicat pour les visites 24h après la sortie.

Une sortie précoce est définie comme toute sortie de maternité :

- Au cours des 72 premières heures après un accouchement par Voie Basse.
- Au cours des 96 premières heures après une Césarienne.
 - Soit une première visite à domicile systématiquement dans les 24h après la sortie.

En pratique, cette condition horaire est souvent maintenue. Cependant, c'est souvent délicat d'un point de vue organisation du côté des professionnels libéraux. C'est pourquoi, une bonne communication entre les professionnels de la CPAM, hospitaliers et libéraux, reste primordiale pour une meilleure continuité de soins et afin de répondre aux besoins et aux attentes de tous dans l'intérêt des patientes.

Première visite à domicile : comment ?

Le but de cette première visite est de définir l'offre de soins locale. L'intérêt d'identifier un professionnel référent de maternité et un professionnel référent du suivi permet une meilleure organisation de ce retour à domicile. Dans l'idéal, il faudrait anticiper en période anténatale cette sortie de maternité en en parlant surtout au troisième trimestre de la grossesse. Pour les patientes suivies uniquement en CH, une consultation ou un entretien avec la sage-femme libérale ou territoriale susceptible d'assurer cette première visite faciliterait les échanges et permettrait d'avoir déjà eu recours à un premier contact. Le fait de connaître les patientes en anténatal facilite notre intervention car le climat de confiance est déjà instauré. Nous connaissons en partie l'histoire de la patiente. Il est donc important de maintenir un vrai travail de réseau (CH, libéral, PMI...).

D'un point de vue pratique, cette première visite se fait généralement au domicile des patientes et ne dure pas moins de 45 minutes (difficile de faire moins). Il nous faut le temps d'aborder le vécu de la patiente et de son conjoint, que ce soit durant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches. Nous sommes là pour aider ces couples à avancer et à éclaircir des choses qui ont pu choquer, des non-dits, des incompréhensions... ou simplement les aider à se rassurer, se conforter dans leur rôle de parents. Le fait d'être à domicile permet également d'évaluer l'environnement dans lequel cet enfant va grandir.

De plus, cette visite nécessite un temps d'examen clinique pour la mère et l'enfant. Généralement, leurs demandes et inquiétudes au retour à la maison concernent surtout ce dernier.

Première visite à domicile : quels examens ?

Côté maternel, en plus de l'**examen clinique complet (TA/seins/utérus/lochies/périnée/cicatrice/transit/MI)** qui, généralement, est souvent rassurant sans quoi une sortie de maternité ne serait pas envisagée, plusieurs points doivent être abordés :

- **L'alimentation** (fréquence des repas avec souvent beaucoup d'oublies, apport hydrique souvent insuffisant, aliments à éviter avec l'Allaitement Maternel, aliment à privilégier en cas d'anémie).
- **Sommeil et moral** (nuits difficiles et généralement pas de sieste en journée, devrait se caler sur rythme de bébé le temps de reprendre de l'énergie, période propice au babyblues ++).
- **Organisation** (rien d'urgent dans le ménage, les courses ou autres, mais svt organisation difficile quand déjà des enfants avec rythme de l'école ou crèche...).
- **Présence du conjoint** (3j + 10j en général soit très peu, compréhension des pères pas toujours simple sur l'état de fatigue maternelle, l'organisation à la maison, le lien paternel, l'aide aux tâches ménagères...).
- **Aides possibles** (famille, amis, aides ménagères et financières...).

Côté nouveau-né, l'examen clinique doit être fait de manière approfondie. En effet, les premiers jours de vie extra utérine sont des périodes de vulnérabilité

que ce soit sur le plan physique comme psychique. Des paramètres de surveillance doivent être pris en compte :

- **Risque d'ictère** : coloration et bilirubinémie transcutanée si besoin.
- **Dépistage des cardiopathies** : auscultation cardiaque et perception nette des pouls fémoraux.
- **Risque de déshydratation/dénutrition/Alimentation** (souvent point primordial de notre visite !! Poids, surveillance de l'alimentation, urines à chaque change, nombre de tétées, durée, choix du lait artificiel, quelle quantité, quelle eau, chauffé ou non, stérilisation des biberons...).
- **Coliques / Régurgitations / Transit** (pleurs? Comment reconnaître la cause? Les signes cliniques de chaque, fréquence/consistance/couleurs des selles normales, selles spontanées et régulières, moyens et conseils d'usage pour diminuer ces maux...).
- **Risques infectieux** : T°, Fréquence Respiratoire, troubles hémodynamiques.
- **Comportement / Lien mère-enfant ++** (échanges de regard, tonus, éveil, contact, comment elle le porte, lui parle, les soins...).
- +/- supplémentation en Vit D et en cas d'AM en vit K
- +/- dépistages néonataux et suivi de traçabilité si non fait (sortie précoce)
- **Soins de nursing** :
 - température de l'enfant rectale/axillaire, de la pièce, du bain...
 - cordon, quelle fréquence de nettoyage, quel antiseptique,
 - yeux, prévention de la conjonctivite,
 - bain, eau, fréquence, surveillance...
 - change, fréquence, prévention de l'érythème fessier...
- **Le sommeil ++** (co-dodo : avis controversé /différence entre partage de lit et partage de chambre).
- **Suivi médical** (pédiatre, médecin Gé, visite à j10 puis 1 mois, les vaccins ...).
- **Première sortie extérieure / Environnement** (bruit, tabac, température de la maison/chambre, animaux... > **prévention de la mort subite du nourrisson**).
 - Importance de respecter le rythme physiologique de bébé.
- **Médecines douces et cocooning** : portage, homéopathie, ostéopathie ...

La maternité se prépare tout au long d'une vie de femme, consciemment ou inconsciemment. Cependant, nul n'est préparé équitablement que ce soit par des cours de préparation à la naissance ou à la parentalité, à l'accouchement en lui-même ou au retour à la maison. Quand notre corps et notre esprit subissent des événements auxquels nous n'étions pas totalement prêts, chacun de nous réagit différemment, plus ou moins bien, sur plus ou moins longtemps. Afin de prévenir et de guérir ces imprévus, notre rôle de sage-femme reste primordial avant, pendant et après la naissance de l'enfant. Que nous soyons hospitalière, libérale ou territoriale, nous devons continuer chaque jour à nous assurer de la bonne compréhension et du meilleur accompagnement des femmes (et des hommes) dans la belle expérience qu'est la maternité (et la paternité !).

Les rythmes du sommeil

Isabelle SOUKSI

Pédiatre coordinatrice du réseau Grandir en Languedoc Roussillon

Les rythmes biologiques du nouveau-né sont d'origine génétique. Ils ne résultent pas d'une activité individuelle et sont souvent gouvernés par des horloges biologiques remises à l'heure chaque jour par des synchroniseurs (signaux périodiques de l'environnement). Ils correspondent à une adaptation de l'organisme aux variations possibles de l'environnement.

Le sommeil va se construire pendant la vie fœtale, vers 28 SA pour sommeil agité, vers 30 SA pour le sommeil calme. C'est à partir de 36 SA que se met en place l'alternance de ces 2 sommeils. Les cycles sont courts d'environ 50 à 60 minutes. Leur rythme est ultradien entre 3 et 4 heures, indépendant de l'environnement. La notion de rythme jour/nuit n'est pas encore présente.

À la naissance le sommeil du nouveau-né ne diffère de son alter ego fœtal que par deux transformations : l'apparition de nombreux éveils, la disparition pour quelques semaines de l'ébauche de cycle circadien fœtal.

Le nouveau-né, au cours de son sommeil, passe par 4 états de vigilance : le sommeil calme, le sommeil agité ou paradoxal, l'état de veille calme, l'état de veille agité s'accompagnant souvent de pleurs.

Entre 1 et 6 mois le sommeil va se modifier avec l'apparition d'une périodicité jour-nuit, de périodes de sommeil plus longues. Le nourrisson passe alors d'un sommeil agité, entrecoupé de fréquents éveils et de mouvements corporels, à un sommeil plus calme.

Parallèlement se met en place le rythme circadien avec comme premier signe la survenue, entre 3 et 4 semaines de vie, de longues phases quotidiennes d'éveil avec pleurs incessants se situant entre 17 et 22 heures qui vont progressivement disparaître lors de la synchronisation de l'horloge interne.

Cette dernière va alors être influencée par l'alternance jour-nuit, les horaires des repas, du coucher mais également par les rythmes sociaux (moments de jeux, d'échanges).

Les troubles du sommeil de l'enfant sont le plus souvent liés à une hygiène du sommeil inadéquate, ou à des troubles d'association comme le syndrome de « boire ou repas » nocturnes.

Les insomnies secondaires sont en général liées à l'anxiété mais peuvent être également liées à un reflux gastro-œsophagien avec ou sans allergies alimentaires, plus rarement à un trouble du développement.

En pratique, l'étude des rythmes du sommeil du nouveau-né montre l'intérêt d'optimiser l'hygiène du sommeil des enfants et de proposer une guidance systématique aux parents lors des consultations médicales mais également paramédicales

Chez l'enfant sans autre problème de santé, les médicaments sont rarement indiqués.

Bibliographie :

- Le sommeil du nouveau-né. MJ Challamel, M. Thirion. Univ. Lyon.
- Infant sleep and early parental sleep-related cognitions predict sleep in pre-school children. Liat Tikotzky, Lee Shaashua. *Sleep Medicine* 13 (2012) 185–192.
- Ontogeny of EEG-sleep from neonatal through infancy periods. Mark S. Scher. *Sleep Medicine* 9 (2008) 615–636.
- Romeo, Sleep disorders in children with cerebral palsy: neurodevelopmental and behavioral correlates, *Sleep Medicine* (2013).

CNSF - 4 juin 2018

***Guthrie, test auditifs :
articulation avec les établissements***

Françoise DUMEZ
Paris

**TEXTE
NON PARVENU**

Place de l'auscultation cardiaque à domicile

Adrien GANTOIS

Le Pré-Saint-Gervais

L'examen cardiologique du nouveau-né à domicile, est un examen important permettant d'affirmer l'état physiologique du nouveau-né, et d'orienter le cas échéant vers un parcours de santé adapté en cas de pathologie.

1. - Les visites à domicile post natales

Un besoin d'assurer le suivi à la sortie de la maternité s'est construit suite aux évolutions des maternités, mais aussi à la demande des usagers qui souhaitent un accompagnement personnalisé en post natal, tout en limitant le morcellement des suivis et des intervenants.

Les sages-femmes sont donc les professionnels les plus à même de suivre les parents et nouveaux nés à domicile.

A) SORTIE STANDARD ET SORTIE PRÉCOCE

Sortie précoce : sortie au cours des 72h après un accouchement voie basse.
96h après une césarienne.

Sortie standard : sortie entre 72h et 96h après un accouchement voie basse.
Entre 96 et 120 h après une césarienne.

B) LES RECOMMANDATIONS HAS 2014 : SUIVI DU POST PARTUM À BAS RISQUE

Les recommandations HAS 2014 ont permis d'élaborer le suivi post partum à bas risque, basé sur l'examen clinique de sortie de la mère et du nouveau né.

Nous verrons par la suite qu'un souffle cardiaque peut néanmoins être diagnostiqué dans le cadre du suivi à domicile.

C) LES DIFFÉRENTS DISPOSITIFS DE SUIVI POST NATAL À DOMICILE

L'hospitalisation à domicile du post partum, la sage-femme libérale, le Programme d'Accompagnement de retour à domicile (visites à domicile selon les recommandations HAS 2014), et enfin la PMI sont les différents dispositifs compétents au suivi post natal.

2. - L'examen clinique du nouveau né à domicile

Pour introduire l'examen clinique du nouveau-né, il est essentiel d'avoir le ressenti de ses parents. « Mon bébé pleure, régurgite, il est plus ralenti qu'hier.. ».

Ses informations sont d'une très grande pertinence, ils seront repris à la conclusion de l'examen.

Le carnet de santé, le compte rendu d'accouchement, les examens para cliniques (échographie, bilans sanguins) doivent être pris en considération. Il sera d'ailleurs important d'y inscrire la synthèse de l'examen clinique du nouveau né sur le carnet de santé.

L'examen clinique à domicile est similaire à celui pratiqué à la naissance et en Maternité.

Il débute par l'observation du nouveau né (attitude spontanée, tonicité, coloration, mouvements respiratoires, malposition des pieds et de la tête).

A) EXAMEN CUTANÉO MUQUEUX

La peau du nouveau né est souvent séchée, on observe très souvent une desquamation de la peau au niveau abdominal.

L'acrocyanose (coloration bleutée des mains et des pieds), l'observation d'hématomes, l'ictère cutanéomuqueux (point de vigilance important lors des visites à domiciles post natales).

B) EXAMEN CARDIO PULMONAIRE

L'auscultation cardiaque, réalisée chez un nouveau né calme permet de préciser l'existence ou non d'un souffle cardiaque et d'apprécier la fréquence cardiaque qui doit être de 120 à 140 bpm.

La palpation des pouls fémoraux (symétrique, existence d'une coarctation de l'aorte) ; le temps de recoloration cutanée (< 3 sec).

C) EXAMEN PULMONAIRE

La fréquence respiratoire normale d'un nouveau né est de l'ordre de 30 à 60 cycles par minute, les mouvements respiratoires doivent être symétriques sans tirage et l'auscultation entendre un murmure vésiculaire symétrique au niveau des aires pulmonaires. La respiration se fait généralement la bouche fermée.

D) EXAMEN DE L'APPAREIL DIGESTIF

L'abdomen doit être souple, le rebord du foie peut être perçu, la rate ne doit pas être palpée. Le transit doit être régulier.

E) EXAMEN DE L'APPAREIL GÉNITO URINAIRE

F) EXAMEN OSTÉO ARTICULAIRE

Examen du rachis, de la région sacrée (fossette sacro coccygienne). Examen de la clavicule, des pieds, des hanches.

G) EXAMEN DES YEUX

H) EXAMEN DE LA FACE, DU CRÂNE ET DES OREILLES

I) EXAMEN NEUROLOGIQUE

3) les cardiopathies congénitales

A) ÉPIDÉMIOLOGIE

Plusieurs études françaises [1], [2] et européennes [3] donnent une prévalence néonatale des Cardiopathies Congénitales d'un peu moins de 1 %, soit pour la France, environ 6 à 8 000 nouveau-nés par an.

Le diagnostic est fait chez le fœtus via l'échographie, pour environ la moitié des CC et pour près de 80% des formes complexes. En cas de diagnostic, les couples/mères suivent alors un parcours pluridisciplinaire à la fois précis et complexe au sein des structures de prise en charge périnatale des Cardiopathies Congénitales.

Quand il n'est pas fait chez le fœtus, le diagnostic peut être fait en période néonatale ou dans l'enfance. Il reste que certaines malformations ne sont vues qu'à l'âge adulte car elles sont peu, voire pas symptomatiques avant qu'elles ne se compliquent après plusieurs décennies.

B) LE DIAGNOSTIC PRÉNATAL

Le diagnostic prénatal des CC fœtales est fait le plus souvent au cours de grossesses normales. Il peut également être fait dans des situations dites à risque (hyperclarté nuchale à l'échographie du 1^{er} trimestre ou facteurs de risque maternel comme le diabète).

Le système de prise en charge à partir de la suspicion de CC lors d'une grossesse est organisé en 5 étapes :

- la suspicion diagnostique : dépistage en population ;
- la confirmation d'une anomalie cardiaque : échographie d'expert ;
- la confirmation du diagnostic exact de la cardiopathie : échocardiographie ;
- la prise en charge périnatale obstétrico-pédiatrique autour de la naissance ou de l'interruption de grossesse ;
- la confirmation définitive du diagnostic soit en postnatal soit au cours de la fœtopsie.

Les pré-requis de l'organisation de la prise en charge d'un fœtus ayant une cardiopathie congénitale sont :

- le parcours de soins des femmes enceintes dans un réseau compétent possédant toutes les étapes de la prise en charge périnatale ;
- la circulation précise de l'information dans le réseau à chaque étape ;
- le retour d'information formalisé dans le réseau ;
- le maintien d'une formation continue médicale et paramédicale dans le réseau ;
- une évaluation régulière de l'efficacité du réseau dans tous ses aspects.

C) PRINCIPALES CARDIOPATHIES CHEZ LE NOUVEAU- NÉ DE 0 À 2 MOIS

Souffle isolé chez un nouveau né vu à la maternité et à domicile :

- Du fait de la présence de pressions pulmonaires encore élevées durant les premiers jours de vie, la présence d'un souffle très précoce revêt un caractère plus pathologique que lorsqu'il est entendu après quelques jours (les cardiopathies simples, telles que les shunts gauche-droite isolés, ne

soufflent qu'après quelques jours ; ils sont typiquement responsables des souffles entendus à l'examen vers le 5^{ème} jour de vie).

Cardiopathies avec insuffisance cardiaque :

- La coarctation préductale ou sténose de l'isthme de l'aorte (à la jonction de l'aorte transverse et de la descendante : représente 8 % des cardiopathies congénitales. C'est une cardiopathie « ducto-dépendante », c'est-à-dire dépendante du canal artériel (ou ductus arteriosus) : les symptômes n'apparaissent qu'à la fermeture du canal artériel et sont donc différés de quelques jours par rapport à la naissance, si bien que la palpation des pouls fémoraux à la naissance n'exclut pas le diagnostic.
- Les autres causes de décompensation cardiaque néo-natale sont plus rares :
 - * Rétrécissement aortique congénital critique,
 - * l'hypoplasie du cœur gauche est devenue rare, car elle est de nos jours dépistée en anténatal et amène à une interruption médicale de grossesse,
 - * autres situations rares : retour veineux pulmonaire anormal dans les cavités droites, etc...

Cardiopathies avec cyanose :

- La transposition des gros vaisseaux est la cause la plus classique, sinon la plus fréquente, de cyanose néo-natale. Elle représente le type même de l'urgence cardiologique néo-natale. L'urgence consiste à améliorer le « mixing » du sang veineux et artériel en maintenant les shunts physiologiques néo-nataux (maintien du canal artériel ouvert par la Prostaglandine E1, et création d'une communication inter atriale à l'aide d'un cathéter à ballonnet), en attendant la chirurgie de correction anatomique, qui doit être réalisée dans les 10 premiers jours de vie.
- Les cardiopathies complexes sont fréquentes, très polymorphes (ventricule unique, atrésie tricuspide, etc...). Elles associent à des degrés divers cyanose et

4) Focus sur l'examen cardio-vasculaire à domicile

A) CONDITIONS

Avant toute chose, il est nécessaire de pratiquer l'examen cardio respiratoire dans un environnement calme avec un nouveau né calme. Il est souvent compliqué de ne pas avoir à un bébé agité quand il est déshabillé ou allongé sur le dos sans être contenu. Il existe plusieurs astuces pour pratiquer cet examen dans de bonnes conditions (peau à peau, tétée, nouveau né habillé avec ouverture du body, réchauffement du stéthoscope ...).

Il est bien évidemment d'usage, d'utiliser un matériel adapté à l'aide d'un stéthoscope pédiatrique (de faible diamètre). Le diaphragme permet de mieux entendre les bruits, et les souffles aigus alors que la cloche permet de mieux entendre les souffles de basse fréquence, à condition de ne pas appuyer trop fortement la cloche pour éviter que la peau ne fasse diaphragme.

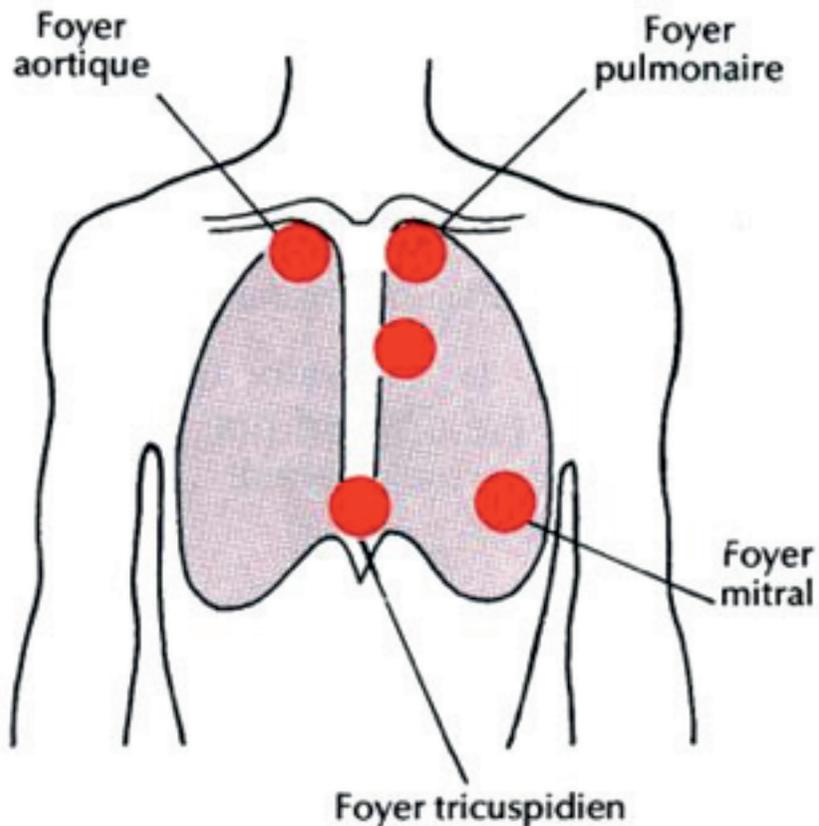
IMPORTANT : Il doit être systématique lors de l'examen pédiatrique à domicile, car il permet de diagnostiquer un souffle non diagnostiqué en maternité. Il permet d'affiner son sens diagnostic.

B-1 : les signes d'une cardiopathie

- Allaitement maternel non efficace, ou fatigue à la pose de biberon
- Cyanose (lèvres)
- Retard staturo-ponderal
- Hépatomégalie
- Difficultés respiratoires
- Infections respiratoires récidivantes
- Déformation de la cage thoracique
- Dysmorphie avérée
- Pouls périphériques absents ou faibles

B-2 : L'auscultation pédiatrique

Foyers d'auscultation :



B-3 : les souffles

Ils résultent de la turbulence du sang dans le cœur ou dans les principales artères qui en sortent.

Il est essentiel de préciser les caractéristiques du souffle et en particulier :

- 1/ Le moment où il est entendu dans le cycle cardiaque qui dépend de la perturbation hémodynamique.
- 2/ La localisation du souffle sur le thorax, qui permet de localiser l'origine du souffle.
- 3/ Les irradiations de ce souffle qui indiquent la direction du flux turbulent.

4/ Son intensité qui peut refléter la gravité de l'anomalie.

5/ Le ton du souffle qui est dépendant du gradient de pression qui le génère.

La combinaison de ces caractéristiques permet en général un diagnostic.

Le moment du cycle où le souffle est entendu. C'est un élément essentiel de la relation entre l'anomalie et le souffle. Il est d'abord crucial de distinguer les souffles systoliques des souffles diastoliques.

Conclusion

Ce qui est essentiel avant de catégoriser le souffle, est de permettre une orientation vers un cardio pédiatre.

Malheureusement, nous ne sommes pas en mesure de pouvoir orienter directement le nouveau né vers un cardio pédiatre. Le parcours peut se faire de plusieurs manière :

- 1 - une orientation vers un médecin généraliste qui orientera vers un cardio pédiatre s'il s'agit d'un souffle isolé.
- 2 - Une orientation vers les urgences pédiatriques avec appel du 15 si un souffle est diagnostiqué avec un signe de cardiopathie.

CNSF - 4 juin 2018

***Signes d'appel à domicile
pour une consultation spécialisée***

Azzedine AYACHI

Paris

**TEXTE
NON PARVENU**



CNSF

Collège National
des Sages-Femmes
de France

www.cnsf.asso.fr

PROCHAINES JOURNÉES

**du Collège National
des Sages-Femmes
de France**

5 & 6 Février 2019

ISSY-LES-MOULINEAUX