
LE SERVICE DE NÉONATOLOGIE



Votre bébé est hospitalisé ou sera bientôt hospitalisé dans le Service de Néonatalogie. Vous trouverez dans ce guide des informations concernant le service de néonatalogie ainsi que sur les besoins spécifiques des bébés hospitalisés.

Chers parents,

Votre bébé est hospitalisé ou sera bientôt hospitalisé dans le Service de Néonatalogie. Vous trouverez dans ce guide des informations concernant le service de néonatalogie ainsi que sur les besoins spécifiques des bébés hospitalisés.

Bien entendu, toute l'équipe soignante est également là pour répondre à vos questions.

Nous nous engageons à assurer des soins de grande qualité à votre bébé mais aussi à vous accueillir chaleureusement et ceci, pendant tout le temps que durera cette hospitalisation.

Sommaire

1. Le service de néonatalogie intensive (soins néonataux intensifs ou NIC)	1
2. Les soins de développement : le programme NIDCAP	5
3. Le portage kangourou ou la pratique du peau à peau	6
4. Installations et manipulations du bébé prématuré	7
5. L'adaptation de l'environnement du bébé prématuré	9
6. Matériel médical	10
7. Alimentation de votre enfant	14
8. Sommeil	16
9. Toilette du bébé prématuré	18
10. Évolution du poids du bébé	18
11. Prise en charge de la douleur	19
12. Examens complémentaires	21
Lexique	22

1. LE SERVICE DE NÉONATOLOGIE INTENSIVE (SOINS NÉONATAUX INTENSIFS OU NIC)

Notre service de néonatalogie intensive accueille les nouveau-nés qui nécessitent des soins particuliers. Ce service n'existe pas dans tous les hôpitaux. La plupart des enfants qui s'y trouvent sont nés prématurément et peuvent être très petits (pesant parfois moins de 1000 g à la naissance). Il y a également des nouveau-nés à terme mais qui nécessitent une surveillance intensive, par exemple après un accouchement difficile, en cas d'infection ou si une intervention chirurgicale est nécessaire.

Quelle que soit la raison pour laquelle votre bébé est hospitalisé dans le service de néonatalogie, papa, maman, co-parent, vous êtes les personnes les plus importantes pour votre bébé. Nous avons besoin de vous pour le rassurer et soutenir son développement. Votre présence, votre affection et vos soins sont aussi importants pour sa croissance et son développement que les soins médicaux prodigués.

Les pédiatres et les infirmiers/-ères vous expliqueront en détail les soins que votre bébé reçoit et vous inviteront à y participer, pour que vous puissiez rapidement devenir le premier soignant de votre enfant.



Votre présence

Nous vous encourageons à être présents auprès de votre bébé 24 heures sur 24. Des lits et des espaces réservés aux parents (douche, salon, espace cuisine) sont prévus pour vous accueillir. Si vous n'avez pas la possibilité de rester auprès de votre bébé, vous pouvez choisir une personne de référence pour rester auprès de lui (toujours la même).

Les grands frères et sœurs ainsi que les autres visiteurs (seulement une personne à la fois) sont admis sous certaines conditions que nous vous expliquons dans le règlement du service que vous recevrez à l'admission.

Vous pouvez apporter un petit doudou lavable que votre bébé pourra agripper. Une pièce de tissu avec votre odeur (foulard, t-shirt,..) pourra également le rassurer. Une couverture est utile pour couvrir votre bébé lorsque vous le prenez dans les bras ou en kangourou.

Concernant les petits vêtements, l'infirmière vous expliquera en temps voulu de quoi votre bébé a besoin. Dans les premiers temps, un bébé prématuré est placé dans un nid douillet et n'a pas besoin de vêtements.





Qui travaille en néonatalogie ?

L'équipe qui prend soin de votre bébé est grande : infirmiers/-ères, pédiatres néonatalogues, psychologues, kinésithérapeutes, assistants/-es sociales,.... Cependant un/-e infirmier/-ère et un médecin de référence suivent plus particulièrement chaque bébé. Des moments de rencontres privilégiés avec ces différents intervenants vous seront régulièrement proposés au cours de l'hospitalisation pour faire le point sur l'évolution de votre bébé. Toute modification importante de l'état de santé de votre bébé vous sera cependant communiquée immédiatement, quelle que soit l'heure.

En plus de l'équipe soignante, vous verrez dans l'unité, les équipes logistiques et administratives (secrétaire, technicien/-ne de surface, aide logistique,...) qui travaillent toutes ensemble à vous accueillir dans les meilleures conditions.

Nous sommes un hôpital universitaire et vous verrez donc également des stagiaires infirmiers/-ères et médecins.

Quand votre bébé n'aura plus besoin de soins intensifs, il sera transféré dans le service de néonatalogie non intensive ou à la maternité, soit au CHU Saint-Pierre (unité Koala), soit dans l'hôpital d'où vous

venez (là où votre bébé est né ou devait naître). Nous pratiquons dans notre service de néonatalogie (intensif et non intensif), des soins de développement, qu'on appelle « NIDCAP », et le portage kangourou ou peau à peau. Nous vous expliquons cela en détail plus loin dans cette brochure.

Nous organisons régulièrement dans le service des ateliers pour les parents. Ce sont des séances d'informations sur différents thèmes (allaitement, portage, comportement, positionnement,...).

Ces ateliers permettent des moments d'échanges privilégiés avec un soignant mais également entre parents.

Certains jours, les parents sont également invités au tour médical pour participer à la discussion qui a lieu pour leur enfant. C'est le moment où les médecins et les infirmières se réunissent pour discuter du plan de soin de chaque bébé.

Les grands frères et les grandes sœurs peuvent venir, mais de façon bien encadrée. Nous organisons des ateliers et des vidéoconférences pour leur expliquer ce qui arrive à leur petit frère ou sœur et pourquoi leurs parents sont préoccupés ou plus souvent absents.

Une petite bibliothèque de livres pour les parents et les frères et sœurs des bébés prématurés est à votre disposition. N'hésitez pas à nous questionner à ce sujet.

Des mesures d'hygiène vous seront expliquées à l'admission : se laver les mains en arrivant puis les désinfecter, enlever sa montre et ses bijoux, etc... Elles sont à respecter scrupuleusement car elles sont très importantes pour protéger votre bébé des infections.

L'utilisation du téléphone portable dans notre service est limitée au salon des parents. Pour ne pas déranger les bébés, laissez les appareils en mode vibrant. Il est bien entendu interdit de prendre en photo, d'enregistrer, de filmer ou de diffuser des photos ou des vidéos des autres patients et de leur famille sur les réseaux sociaux ou internet. Si vous désirez photographier, filmer ou diffuser des photos ou vidéos des membres du personnel vous devez leur demander l'autorisation au préalable.

Les équipes psycho-sociales

Des psychologues, des psychiatres et des assistants/-es sociaux/-ales ainsi que les Pep's (partenaires enfant-parents) de l'ONE sont présents dans le service pour vous accompagner durant tout votre séjour.

Un premier entretien avec un psychologue est proposé systématiquement à tous les parents. En effet, devenir parent entraîne toujours un grand bouleversement émotionnel, surtout si c'est un premier enfant.

La naissance de son bébé ne se passe pas toujours comme on l'avait rêvée, parfois dans des circonstances difficiles. Dans ce cas, être soutenu, pouvoir parler de ce que l'on ressent et mettre en mots des émotions parfois confuses permet de se sentir plus fort pour faire face aux événements et aider son bébé dans son parcours.

2. LES SOINS DE DÉVELOPPEMENT : LE PROGRAMME NIDCAP

Le nouveau-né prématuré, qui est d'autant plus immature qu'il est né tôt, doit se développer en dehors du cocon utérin pour acquérir les compétences d'un nouveau-né à terme. Pour l'aider dans ce développement, il existe un programme appelé « NIDCAP » (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program).

Celui-ci consiste à observer le comportement du bébé prématuré, à comprendre son langage, pour déterminer ses compétences et ses vulnérabilités.

Les soins et l'environnement sont alors adaptés en fonction de ces observations. De nombreuses études scientifiques ont reconnu l'importance de ce programme pour le développement des bébés prématurés. Notre service applique ce programme de soins et votre collaboration est essentielle.

Des personnes spécifiquement formées observeront le comportement de votre bébé et feront des recommandations pour éventuellement adapter son environnement, son couchage et ses soins. Toute l'équipe est impliquée et sensibilisée à cette philosophie de soin.

3. LE PORTAGE KANGOUROU OU LA PRATIQUE DU PEAU À PEAU

Le peau à peau est une méthode de portage où le bébé est placé déshabillé sur le thorax nu de ses parents. Le corps de ses parents est l'environnement le plus adapté au bébé prématuré : chaud et sécurisant. Le contact peau à peau établit un climat affectif où votre bébé peut utiliser tous ses sens :

- odorat : il perçoit l'odeur de votre peau et de votre lait
- toucher : il sent la douceur et la chaleur de votre peau

- vue : il regarde votre visage tout près de lui
- ouïe : il entend votre voix quand vous lui chuchotez des petits mots, les battements de votre cœur et votre respiration.

Toutes ces stimulations, qui se rapprochent de celles perçues dans le cocon utérin, contribuent à réguler sa température, son rythme cardiaque, son oxygénation, mais aussi à le rassurer et à promouvoir un développement neurosensoriel optimal. Ceci a été démontré par de nombreuses études scientifiques.

Nous vous encourageons à faire du portage kangourou, de façon quotidienne et quasi sans restriction, même si votre bébé a un support respiratoire ou une perfusion. Nous essayons de l'organiser autour des soins de votre bébé, pour ne pas le réveiller à plusieurs reprises.



Pour vous permettre de faire ce peau à peau, il y a à côté de l'isolette de votre bébé un fauteuil confortable. Des bandeaux de portage sont également disponibles. Ils vous seront proposés dès que possible : votre bébé est alors bien soutenu, vous avez les mains libres, et vous pouvez ainsi lire ou dormir par exemple.

4. INSTALLATIONS ET MANIPULATIONS DU BÉBÉ PRÉMATURÉ

Pendant toute la grossesse, un bébé se développe dans le ventre de sa maman en position fléchie. Il maintient sa tête, son corps et ses extrémités alignés dans l'axe médian. L'utérus est un support tout autour de lui qui lui permet de maintenir cette position.

Quand le bébé naît trop tôt, il n'est plus soutenu par le cocon utérin. Il va alors, pendant les soins notamment, étendre ses bras et ses jambes, écarter ses doigts à la recherche du support qui l'aidera à retrouver la position fléchie et regroupée. Cette recherche de support et de flexion demande beaucoup d'énergie aux bébés prématurés.

En contenant doucement le bébé en flexion, nous l'aidons à conserver son énergie pour se développer, grandir, respirer, digérer,...

Cette position en flexion, regroupée, est nécessaire pour un développement moteur harmonieux des bébés prématurés. Elle les aide aussi à développer leurs stratégies de réconfort, comme amener une main au visage, à la bouche, s'accrocher à ce qu'on leur propose, prendre des appuis avec les pieds...

Dans le service, les positions des bébés dans leur isolette ou leur lit varient : sur le ventre, sur le dos ou sur le côté. Pour maintenir des postures fléchies avec un alignement de la tête, du tronc, et des extrémités, nous les installons dans des petits nids ou cocons. Nous utilisons également toute une série de supports flexibles et des coussins.

Lors des soins, le besoin de support est particulièrement important puisque le bébé doit faire face à d'autres stimulations. Nous pouvons alors soigner les bébés à quatre mains. Une personne veille à ce que le bébé trouve un support continu à la flexion de son corps et de ses membres, l'aide à se rassurer avec sa tétine et en s'agrippant, tandis que l'autre personne fait les soins. Les parents sont évidemment les meilleures personnes pour soutenir leur bébé.

En grandissant, le bébé né prématurément va développer peu à peu spontanément des positions regroupées et des flexions des membres.



Nous adaptons alors nos aides, en suivant sa maturation, afin de l'encourager à faire ce qu'il sait déjà faire.

A l'approche du retour à la maison, nous habituons les bébés à dormir sur le dos. Car cette position est recommandée à la maison pour prévenir la mort subite du nourrisson.

5. L'ADAPTATION DE L'ENVIRONNEMENT DU BÉBÉ PRÉMATURÉ

Dans le ventre de sa maman, le bébé se développe dans un milieu aquatique, à l'abri de la pesanteur, avec peu de lumière et des bruits atténués. Cet environnement est adapté à ses besoins. A la naissance, le bébé prématuré n'est pas prêt à faire face à toutes les stimulations sonores, visuelles, olfactives et tactiles de notre environnement.

Pour préserver son développement neurosensoriel, nous devons adapter l'environnement autour de lui et ceci, en fonction de son âge, de ses compétences et de ses fragilités.

Le système visuel

In utéro, la vision est très peu stimulée et, par conséquent, la vision est le sens le moins développé à la naissance. La maturation de la vision se fait durant le

dernier trimestre de la grossesse. A la naissance, le bébé à terme voit très bien ce qui se trouve à une distance de 20 à 30 cm. Au-delà, les objets apparaissent flous.

A la naissance, le bébé prématuré a une vision moins développée que le bébé à terme. Par ailleurs, il ne peut pas limiter la quantité de lumière qui pénètre dans son œil en contractant ses pupilles. Ce réflexe n'apparaît que vers 30-32 semaines. Un excès de lumière est donc un stress pour lui.

On sait aussi que la lumière affecte les cycles de sommeil du bébé. La pénombre permet des périodes de sommeil prolongées, importantes pour grandir et pour le développement de son cerveau.

Nous allons donc couvrir l'isolette de votre bébé avec une couverture et diminuer l'éclairage dans sa chambre pendant ses périodes de repos. Pendant les soins et l'examen de votre bébé nous avons besoin de plus de lumière mais nous veillons à protéger ses yeux à l'aide de nos mains ou d'un tissu. Quand le bébé grandit, la protection est progressivement diminuée pour lui faire profiter d'un cycle jour-nuit.

Le système auditif

Le bébé entend dès 20 à 24 semaines de grossesse.

Nous savons que le bruit engendre chez le bébé prématuré un sommeil irrégulier, des périodes d'agitation et de désaturation, des changements de son rythme cardiaque et de sa respiration, et de la fatigue. Pour permettre aux bébés de bien se développer, il ne faut pas dépasser un niveau sonore de 50 à 60 décibels (db). Or le niveau de la voix dans une unité néonatale se situe entre 60 et 70 db.

Nous essayons donc de parler à voix peu élevée près des bébés, et nous favorisons les discussions en dehors de sa chambre. Les alarmes des machines sont éteintes au plus vite. Nous fermons également la porte de la chambre chaque fois que c'est possible.

Nous savons néanmoins que la voix des parents est indispensable pour le développement du langage et de l'audition. Nous vous encourageons à parler et à chanter à votre bébé à voix douce quand il est disponible.

Le système olfactif

Dans l'utérus, le bébé perçoit les odeurs via le passage du liquide amniotique au niveau de son nez.

Après sa naissance, le bébé a des préférences olfactives : ce qu'il a connu in utero. En effet le bébé préfère l'odeur de sa maman et de son lait (dont l'odeur s'approche de celle du liquide

amniotique). Ces odeurs favorisent son bien-être.

Vous pouvez favoriser un environnement olfactif familial, en donnant à votre bébé un foulard ou doudou avec votre odeur et en pratiquant le peau à peau. Évitez les odeurs fortes ou agressives (parfums,...).

Le système tactile

Votre bébé prématuré préfère un contact continu, contenant et chaud plutôt que des touchers répétitifs (une main posée sur son corps plutôt que des caresses).

Nous évitons les mouvements brusques et contre la pesanteur. Le peau à peau est une stimulation tactile parfaitement adaptée à votre bébé et qui lui est bénéfique.

6. MATÉRIEL MÉDICAL

Vous pourriez être impressionné par tout le « matériel » qui entoure votre bébé. C'est tout à fait normal. Nous allons vous familiariser avec l'environnement de votre bébé.

Son couchage

Quand un bébé arrive dans le service de néonatalogie, il est installé le plus souvent sur une table chauffante. Cette table le garde bien au chaud, tout en nous permettant d'effectuer les soins ou



les gestes de réanimation nécessaires. En fonction de son poids et de ses besoins, il est ensuite installé dans une isolette, un lit chauffant ou un petit lit. L'isolette permet d'avoir un air chaud et humide autour de votre bébé. Les petits jumeaux pourront être installés côte à côte dans un lit chauffant s'ils n'ont pas de support respiratoire ni de nutrition parentérale.

Le meilleur endroit pour dormir reste cependant le corps de ses parents lors du peau à peau !

Monitoring

Lorsque votre bébé arrive dans notre service, il est connecté au monitoring.

Celui-ci permet de suivre en permanence différents paramètres, comme le rythme cardiaque, le rythme respiratoire, la saturation en oxygène ou la température. Pour cela, nous collons trois électrodes sur son thorax (elles enregistrent le rythme cardiaque et respiratoire), nous plaçons une sonde de température sur sa peau et un capteur de saturation en oxygène autour de son poignet, de sa main ou de sa cheville.

Les prématurés peuvent faire des apnées (pauses respiratoires), des bradycardies (ralentissement du rythme cardiaque) ou des désaturations. Une alarme se déclenche alors et nous arrivons rapidement dans la chambre. Il y a aussi beau-

coup de « fausses » alarmes (ex : quand une électrode est décollée, quand le capteur de saturation a bougé, ...). Rassurez-vous, nous pouvons voir et entendre les alarmes sur tous les écrans de notre unité, où que nous soyons.

Nous avons l'habitude de faire la différence entre les vrais et les fausses alarmes.



Aides respiratoires

Les bébés prématurés ont une immaturité de leur système respiratoire et, par conséquent, présentent souvent des difficultés respiratoires. Nous pouvons les aider, le temps nécessaire, grâce à différents types de support respiratoires.

> Ballon et Néopuff

Placés à côté de l'isolette, ce sont des supports respiratoires pour intervenir rapidement quand le bébé en a besoin.

> Lunettes à haut débit, CPAP, DUOPAP, et respirateur

Les lunettes à haut débit, la CPAP et la DUOPAP sont des supports respiratoires qui apportent au bébé un flux d'air continu avec une certaine pression. Ils sont placés sur le nez du bébé et sont fixés grâce à des liens et/ou un petit bonnet. Ces supports ventilatoires non invasifs permettent de diminuer les efforts respiratoires du bébé ainsi que la fréquence des apnées.

Le respirateur est une méthode de ventilation invasive qui sera nécessaire si un bébé présente une détresse respiratoire importante ou s'il doit être anesthésié. Le flux d'air et l'oxygène sont insufflés par la machine dans les poumons, via le tube endotrachéal qui est placé dans la trachée. Le surfactant est une substance produite par nos poumons qui permet

de garder ceux-ci bien fonctionnels. Le bébé prématuré en produit insuffisamment, ce qui nécessite parfois qu'on lui en administre via le tube endotrachéal. Lorsqu'un bébé est intubé, sa voix est inaudible, car le tube passe entre les cordes vocales.

Pompes et pousses-seringues

Les bébés ont souvent besoin d'une perfusion, parfois d'antibiotiques ou d'une transfusion sanguine. L'administration se fait à l'aide d'une « pompe » ou d'un « pousse-seringue ».

Lampes de photothérapie

De nombreux enfants développent un ictère physiologique (appelé aussi jaunisse). A partir d'une certaine intensité, l'ictère doit être traité par photothérapie : la peau du bébé est exposée à une lumière particulière. Le traitement, qui peut durer plusieurs heures ou plusieurs jours, n'est ni dangereux ni douloureux. Votre bébé est placé nu, avec son lange, sous la lampe. On protège ses yeux de la lumière avec des petits caches en tissus ressemblant à des lunettes de soleil.

On installe aussi parfois votre bébé dans un petit cocon en filet pour qu'il puisse se sentir soutenu et donc plus confortable pendant ce traitement.

7. ALIMENTATION DE VOTRE ENFANT

Dans notre hôpital, nous respectons et soutenons toutes les mamans dans leur choix d'allaitement (maternel ou artificiel).

Pour votre bébé prématuré, votre lait est la meilleure alimentation, sauf dans de rares contre-indications médicales. La séparation et l'inquiétude d'avoir un bébé très petit ou malade peuvent cependant rendre l'allaitement un peu plus difficile à mettre en route. Nos équipes vous accompagneront pas à pas.

L'alimentation de votre bébé va dépendre de son stade de développement et de son état de santé. Par ailleurs, chaque bébé développe à son propre rythme des compétences pour boire. Comme pour toutes les autres étapes de

développement (tenir assis, marcher,...), il n'y a pas d'âge standard pour boire. Nous allons soutenir votre bébé dans son développement alimentaire en l'observant et évaluant ses compétences et ses fragilités.

Introduction progressive du lait

Les premiers jours, si votre bébé est très petit, il reçoit toutes les calories et nutriments dont il a besoin par voie veineuse : c'est la nutrition parentérale.

Très vite cependant votre bébé va recevoir des petites quantités de lait via une sonde d'alimentation.

S'il digère bien, les quantités de lait qu'on lui donne sont de jour en jour progressivement augmentées tandis que la nutrition parentérale est diminuée jusqu'à être arrêtée.

Développement des compétences alimentaires

Nous observerons avec vous le développement des signes qui indiquent que votre bébé a envie de boire (il amène une main à sa bouche, il tète avec avidité sur sa tétine, pleure...). Ces signes sont les mêmes que chez le bébé à terme, mais sont plus discrets. Nous lui proposons alors d'abord quelques gouttes de lait sur sa tétine, pendant que le reste du lait est donné par sa sonde d'alimentation. Nous pouvons aussi le laisser prendre des premiers contacts avec le sein.



Nous évaluons pendant ce temps, sa respiration, sa couleur, son oxygénation, son état d'éveil, ainsi que son tonus, ses postures et ses mouvements. S'il reste stable, des premiers vrais moments d'alimentation sont proposés.

Progressivement, alors que votre bébé développe la coordination de la succion – déglutition – respiration, il va augmenter le nombre de ses expériences alimentaires ainsi que les quantités qu'il boit. Le lait que le bébé ne boit pas lui-même est toujours donné à l'aide de sa sonde d'alimentation.

Nous vous encourageons à participer à l'alimentation de votre bébé dès les premiers repas par sonde, et nous favorisons ceux-ci dans vos bras ou en peau à peau. Quand votre bébé boit des quantités plus importantes et qu'il s'éveille de façon plus robuste, on essaye alors de l'alimenter petit à petit à sa demande.

Comportement du bébé durant ses repas

Votre bébé nous fait savoir au travers de son comportement s'il est prêt pour débiter un repas, pour continuer celui-ci ou s'il a besoin d'une pause.

Quels sont les signes qui indiquent qu'il est dépassé ou fatigué ?

- Augmentation ou diminution de la fréquence respiratoire ou cardiaque

- Diminution de l'oxygénation
- Changement de couleur
- Hoquet, vomissement, nausées, toux
- Extension des membres
- Mouvements d'agitation, mouvements saccadés
- Diminution de tonus du corps, de la face et/ou des membres
- Dos arqué
- Extension de la langue, bouche entrouverte
- Endormissement ou somnolence soudains
- Malaise, agitation, cri, irritabilité
- Froncement des sourcils, grimace

Pour aider un bébé dans son développement alimentaire, nous pouvons :

- éviter autant que possible les stimulations orales négatives, comme aspirer dans sa bouche, ou fixer sa sonde d'alimentation autour de sa bouche (nous la mettons plutôt dans son nez).
- proposer une tétine avec une goutte de lait pendant l'alimentation par sonde pour qu'il associe le goût du lait avec le remplissage de son estomac.
- favoriser des moments de relation lors des repas.
- favoriser une expérience qualitative plutôt que quantitative.
- reconnaître ses envies de manger et y répondre en priorité.
- proposer des pauses pendant son repas, quand il nous montre qu'il en a besoin.

- favoriser un environnement peu bruyant et peu lumineux, tout en le soutenant en flexion.
- essayer progressivement de suivre son rythme plutôt qu'un programme préétabli.
- éviter des expériences multiples et différentes dans le mode d'alimentation. Si vous allaitez, nous évitons de lui donner des biberons car cela peut interférer avec votre allaitement. Nous utilisons des méthodes plus proches de l'alimentation au sein, telles qu'une alimentation à la tasse (votre bébé va laper le lait comme un petit chat) ou une alimentation via une sonde placée sur le doigt qu'il va téter.

Nous distinguons **3 étapes** dans l'alimentation des bébés prématurés :

Étape A : le début de l'alimentation entérale. Le bébé est nourri le plus rapidement possible après sa naissance, en 8 à 12 repas.

Étape B : l'alimentation à la semi-demande. Elle est proposée lorsque le bébé est capable de boire la moitié de la quantité journalière qu'il doit recevoir.

Étape C : l'alimentation à la demande. Dès que le bébé boit $\frac{3}{4}$ de sa quantité journalière et qu'il se réveille spontanément plusieurs fois par jour de façon robuste, il est alimenté à la demande.

	1	2
COMPORTEMENT	<i>Sommeil profond</i>	<i>Sommeil léger</i>
RESPIRATION	Régulière	De régulière à irrégulière
VISAGE	Détendu Yeux fermés Pas de mouvement oculaires	Yeux fermés ou ouverts Regard vague Petite grimace, mouvement de
MOUVEMENTS, TONUS	Détendu pas d'activité motrice hormis secousses isolées	Activité motrice, Peu présente

8. SOMMEIL

Le bébé à terme s'éveille progressivement en passant d'un sommeil profond à un sommeil léger puis à un état de semi-somnolence avant de s'éveiller clairement de façon robuste.

Le bébé prématuré dans un premier temps reste beaucoup endormi et quand il s'éveille, il passe du sommeil à la somnolence ou à l'agitation. Petit à petit, il parvient à s'éveiller durant des périodes plus longues, bien que son état d'éveil reste encore moins robuste qu'un bébé à terme. Tout cela nécessite une adaptation de nos stimulations et de son environnement.

Nous essayons d'organiser les soins en fonction des états d'éveil de votre bébé, afin de respecter ses phases de sommeil.

Quand la situation le permet, et que votre bébé a encore peu de phases d'éveil, nous débutons les soins quand il se trouve entre les phases de sommeil et d'éveil, c'est-à-dire en phase de somnolence.

Parfois, nous sommes amenés à réveiller votre bébé. Il est alors important de l'aider à s'éveiller en douceur.

3

Somnolence

De régulière à irrégulière

Yeux fermés ou ouverts
Regard vague, augmentation grimaces,

Activité motrice, Plus importante
Stratégies pour s'autoréguler

4

Eveil

De régulière à irrégulière

Yeux ouverts (de vague à dans le contact suivant la fragilité du bébé)

Activité motrice, Modérée
Stratégies pour s'autoréguler

5

Agitation

De régulière à irrégulière

Yeux ouverts ou fermés
Visage grimaçant

Activité motrice très importante

6

Pleure

De régulière à irrégulière

Yeux ouverts ou fermés
Visage grimaçant avec émission de pleure

Activité motrice importante

Nous veillons à adapter la longueur des soins en fonction de ses capacités d'éveil et nos stimulations à ses signes de fatigue (détournement, fermeture des yeux, hoquet, grimace, pâleur, ...).

Quand votre bébé parviendra à s'éveiller plus longuement, nous essayerons ensemble de profiter de ces périodes pour interagir avec lui, tout en veillant à ne pas le submerger de stimulations (trop de bruit ou de lumière).

En grandissant, votre bébé aura de plus en plus de capacités pour interagir et s'éveiller.

9. TOILETTE DU BÉBÉ PRÉMATURÉ

La toilette est un soin qui peut fatiguer votre bébé prématuré. En effet, lors de sa toilette, votre bébé doit maintenir sa température et essayer de rester stable sur le plan moteur et respiratoire, ce qui demande une énergie importante. C'est pourquoi on adapte la toilette et sa fréquence à votre bébé : on tient compte de son poids, de son état de fatigue et de sa stabilité.

Quand un bébé est tout petit, qu'il a une aide respiratoire ou une voie centrale, sa toilette est faite dans son isolette par sa maman et l'infirmière pour qu'il soit bien soutenu. Dans la mesure du possible,

on l'installe sur le côté et on l'enveloppe confortablement dans un petit drap pour éviter au maximum qu'il ne s'agite et se désorganise sur le plan moteur. En effet, l'extension des membres et les pleurs, peuvent entraîner une perte d'énergie ou une respiration moins régulière.

Quand votre bébé est plus grand, qu'il n'est plus dans une isolette, sa toilette est faite dans une baignoire. Il est trempé dans l'eau du bain, bien emballé dans un drap pour le soutenir et le rassurer.

Le moment du bain doit être adéquat, votre bébé ne doit pas être trop fatigué ou avoir trop faim. La priorité est toujours donnée à l'alimentation. Nous veillons aussi à respecter son sommeil.

Le moment du bain doit être un moment de bien-être et d'échanges. N'hésitez pas à lui parler pour le rassurer.

10. ÉVOLUTION DU POIDS DU BÉBÉ

Nous allons suivre attentivement l'évolution du poids de votre bébé pendant son séjour en néonatalogie.

Les premiers jours de vie, qu'il soit né à 500 g ou à 4 kg, tout bébé perd du poids (10 à 15% de son poids de naissance). Il prend ensuite régulièrement du poids (environ 20g par jour).



Cependant la prise de poids est influencée par de nombreux facteurs. Un bébé qui commence à respirer sans aide, ou qui vient de sortir de sa couveuse pour dormir dans un petit lit, est amené à utiliser un peu plus d'énergie pour respirer ou maintenir sa température corporelle. Il grossira alors moins vite pendant quelques jours. Un bébé à qui on vient d'enlever sa perfusion risque de prendre moins de poids ou même de maigrir pendant quelques jours.

La croissance pondérale est donc variable d'un enfant à l'autre et d'un moment à l'autre de son parcours. Il ne faut pas s'inquiéter si votre bébé ne prend pas du poids chaque jour : on regarde son évolution sur plusieurs jours.

Nous pesons votre bébé initialement chaque jour, puis un jour sur deux. Dans certaines circonstances, nous le pesons à nouveau tous les jours, comme par

exemple au début d'une alimentation à la demande, pour être certain qu'il reçoive suffisamment d'apports caloriques.

11. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

La prise en charge des bébés en néonatalogie, qu'ils soient nés trop tôt ou non, nécessite des soins et des actes qui peuvent être douloureux. Sachez que nous réfléchissons à la nécessité de chacun d'eux afin de les limiter au maximum.

Le bébé ressent la douleur et nous l'exprime (pleurs, mouvements,...). Le bébé prématuré est plus limité dans ses capacités de communication que le bébé né à terme, mais nous pouvons comprendre ce qu'il vit (son bien-être, son inconfort) en observant son

comportement. Nous adaptons nos procédures de soins en fonction de nos observations pour minimiser la douleur.

Nous utilisons aussi des grilles d'évaluation de la douleur adaptées aux bébés, et aux bébés prématurés, qui nous aident à diagnostiquer la douleur et à évaluer l'effet de ce qui est mis en place pour la soulager.

La prévention de la douleur passe par une série d'actions : mise en place d'une perfusion dans le cordon ombilical plutôt que dans un membre, limitation de l'usage de sparadraps, limitation des aspirations dans la bouche ou le nez,.... Il est aussi important de renforcer le sommeil des bébés (la privation de sommeil augmente la sensibilité à la douleur), d'adapter l'environnement (peu de bruit et de lumière) pour que celui-ci n'augmente pas le stress durant la procédure douloureuse.

Le traitement de la douleur ou de l'inconfort fait appel à des procédures non-médicamenteuses et à des médicaments.

Les procédures non-médicamenteuses qui ont été démontrées efficaces et qui peuvent être combinées sont notamment :

- l'installation confortable du bébé
- un environnement apaisant
- la voix de maman ou papa pendant et après la procédure douloureuse
- l'emballement du bébé dans un drap et le soutien en flexion lors d'une procédure douloureuse
- le peau à peau
- la mise au sein (ou du lait maternel sur une tétine si la maman n'est pas là). Le bébé à qui on fait une prise de sang pendant qu'il est au sein, montre peu de signes de douleur.

Les traitements médicamenteux :

- Le glucose sur la langue à visée antalgique
- La crème Emla® (Anesthésiant local cutané)
- Les antalgiques

Comme vous pouvez le constater, la présence des parents est précieuse dans le soutien, la prévention et le traitement de la douleur du bébé.

12. EXAMENS

COMPLÉMENTAIRES

Nous réalisons une série d'examens complémentaires chez les bébés durant leur hospitalisation et autour de la sortie. Le nombre et le type d'examen varient en fonction du parcours de chaque enfant.

Échographies : non douloureuses, elles permettent d'observer différents organes de votre bébé comme son cerveau, son cœur, ses reins, son foie,...

Électroencéphalogramme ou EEG : enregistrement de l'activité électrique spontanée du cerveau, réalisé à l'aide de petites électrodes placées sur le cuir chevelu.

Examen du fond de l'œil : observation de la rétine de votre bébé. Une demi-heure avant l'examen, des gouttes sont mises dans ses yeux pour dilater ses pupilles et permettre l'observation. Cet examen est non douloureux, mais dérangement, car l'ophtalmologue écarte les paupières pour le réaliser.

Électrocardiogramme ou ECG : permet d'enregistrer puis d'analyser l'activité électrique du cœur en collant des électrodes sur le thorax de votre bébé.

Otoémissions : évalue l'audition du bébé.

Potentiels évoqués : ils font partie du bilan neurologique et investiguent la circulation de l'information nerveuse depuis la périphérie du corps vers le cortex cérébral. Il y a les potentiels évoqués auditifs (PEA ou BERA), visuels (PEV) et somesthésiques (PES). Ils sont réalisés à l'aide d'une stimulation auditive, visuelle ou musculaire. On enregistre l'activité électrique cérébrale en réponse à ces stimulations à l'aide d'électrodes placées sur le cuir chevelu du bébé.

Test du sommeil ou polysomnographie : enregistrement de paramètres respiratoires et cardiaques au cours du sommeil, sur une période d'environ 8 heures. Cet examen permet de savoir si certains enfants ont besoin d'un monitoring à la maison.

Résonance magnétique cérébrale ou RMN cérébrale : permet une exploration fine et complète de la structure du cerveau. Votre enfant doit rester immobile pendant l'examen. Nous lui donnons à boire juste avant de le réaliser pour qu'il soit bien calme. Dans certains cas, il est possible que nous devions lui donner une petite prémédication en intranasal. La sédation est de très courte durée et votre enfant est surveillé pendant toute la durée de celle-ci.

LEXIQUE

Alimentation parentérale : nutrition artificielle (protéines, sucres, lipides) administrée par perfusion directement dans le sang.

Anémie : trop peu de globules rouges dans le sang, qui sont importants pour le transport de l'oxygène.

Apnée : pause respiratoire, fréquente chez le prématuré, due à une immaturité du centre respiratoire (situé dans le cerveau).

Bilirubine : pigment circulant dans le sang les premiers jours de vie, responsable de la jaunisse du nouveau-né.

Bradycardie : ralentissement du rythme cardiaque, dû le plus souvent à l'immaturité du bébé.

Caféine : stimulant respiratoire, qui diminue les apnées.

Canal artériel : vaisseau qui relie l'aorte et l'artère pulmonaire pendant la vie intra-utérine. Il se ferme normalement après la naissance. Si le canal reste ouvert et qu'il n'est pas bien toléré, il devra être fermé par un traitement médicamenteux ou chirurgical.

Cathéter : petit dispositif placé dans la veine (cathéter veineux) ou l'artère (cathéter artériel) pour permettre une perfusion.

Couveuse : voir isolette.

CPAP : support ventilatoire non invasif assurant un flux d'air continu, avec ou sans oxygène additionnel, administré via un petit masque ou des petites sondes (« nez ») appliqués sur le nez.

Détresse respiratoire : difficultés respiratoires du bébé qui peuvent être causées par plusieurs facteurs (prématurité, infection,...)

Électrodes : pastilles collées sur la peau du bébé pour enregistrer le rythme cardiaque.

Glycémie : taux de sucre sanguin.

Hypoglycémie = trop peu de sucre/
Hyperglycémie = trop de sucre

Ictère : voir jaunisse.

Isolette : lit fermé, par des parois en plastique. Permet d'adapter la température et l'humidité aux besoins du bébé.

Jaunisse : la peau et les muqueuses ont une couleur jaune suite à une imprégnation des tissus par la bilirubine.

Lunettes à haut débit : support ventilatoire non invasif placé dans les narines assurant un flux d'air continu, avec ou sans oxygène additionnel.

Maladie des membranes hyalines : maladie des poumons immatures, secondaire à une production insuffisante de surfactant par le bébé prématuré. Peut être améliorée par l'administration de surfactant exogène.

Méconium : premières selles du bébé, qui sont noires et très collantes.

Monitoring : appareil qui permet de surveiller le bébé. Contrôle le rythme cardiaque, la respiration, la saturation en oxygène, la tension artérielle et la température.

Neopuff : système permettant d'assurer un support ventilatoire aux bébés via un petit masque posé sur son visage.

NIC : Neonatal Intensive Care ou service de néonatalogie intensive.

NIDCAP : Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program. Programme de soins du développement individualisé basé sur l'évaluation du comportement du nouveau-né.

Nouille : cathéter en silicone, long et souple qui est placé dans une veine et qui monte vers le cœur. Il peut rester en place pendant plusieurs semaines.

Perfusion : liquide administré par voie intraveineuse, comme par exemple du glucose, des antibiotiques, ou d'autres médicaments.

Photothérapie : traitement de la jaunisse du nouveau-né par une lumière artificielle particulière.

Respirateur : support respiratoire invasif, qui permet d'assurer la ventilation du bébé.

Saturation en oxygène : mesure du taux d'oxygène sanguin, se fait notamment à travers la peau à l'aide d'un bracelet lumineux.

Sonde d'alimentation : sonde mise via le nez ou la bouche dans l'estomac du bébé pour l'alimenter.

Surfactant : substance naturellement produite par le tissu pulmonaire. Elle garde les alvéoles ouvertes et permet les échanges d'oxygène et de CO₂. Existe sous forme de médicament à administrer directement dans les poumons.

Table chauffante : lit ouvert avec une rampe chauffante au-dessus du bébé.

Tube endotrachéal : sonde insérée dans la trachée du bébé et connectée au respirateur.

NOUS JOINDRE ...

Néonatalogie intensive :

T. 02.535.43.17

Néonatalogie non intensive :

T. 02.535.48.17

Secrétariat de néonatalogie :

T. 02.535.42.26

secretariat_neonat@stpierre-bru.be



Contacts Centre de Formation

brussels.nidcaptrainingcenter@stpierre-bru.be



**CHU Saint-Pierre
UMC Sint-Pieter**

CHU Saint-Pierre/Site Porte de Hal
rue Haute 322 - 1000 Bruxelles

T. 02/535.31.11

WWW.STPIERRE-BRU.BE