

La prise en charge du risque d'hypoglycémie néonatale

Autor(en): **Lancien, Pauline**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **106 (2008)**

Heft 2

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949426>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

La prise en charge du risque d'hypo

Pendant notre formation, les semaines dites «de mobilité» ont pour fonction soit d'approfondir un secteur donné, soit de découvrir d'autres philosophies obstétricales, d'autres structures de soin comme le secteur indépendant ou les maisons de naissance. J'ai décidé d'effectuer ce temps de formation pratique en France dans l'optique de découvrir les pratiques en lien avec la périnatalité et, par conséquent, la place de la sage-femme au sein du réseau sanitaire d'une région de ce pays. Dans le cadre de cette période de mobilité, nous devons comparer le projet et l'expérience vécue à l'aide d'une analyse critique et d'une prise de recul.

Pauline Lancien

étudiante HECVSanté, Lausanne

Au-delà de la découverte d'autres pratiques, ce que je voulais approfondir pendant cette période de mobilité était la prise en charge du nouveau-né, car cela me donnait la possibilité de cibler mes apprentissages sur ce point précis, afin de développer des compétences spécifiques. J'ai décidé d'effectuer ce temps de formation au sein d'un établissement périnatal de niveau II¹, me permettant de répondre aux objectifs que je m'étais posés, à savoir la découverte des différents niveaux de risque en lien avec l'adaptation néonatale: bas, moyen, élevé. Ce qui attirait plus particulièrement mon attention concernait les troubles potentiels de l'adaptation néonatale, les actions préventives et/ou thérapeutiques à mettre en place. Par conséquent, j'ai choisi de m'intéresser aux différences de prise en charge entre cet établissement périnatal français et un établissement représentatif de la Romandie, concernant le risque d'hypoglycémie néonatale. On peut d'ores et déjà remarquer une nette différence dans la structure des deux protocoles (en date du 1.4.2007), probablement liée au seul fait de la différence de structures, l'une étant universitaire et l'autre pas. Je vais donc effectuer des comparaisons en utili-

sant la mesure des mmol/L, à l'aide d'un tableau simplifié en essayant de respecter au mieux le contenu des protocoles établis. Tout d'abord, pour ce qui est des valeurs normales, on peut noter que la «zone de sécurité»² dans l'établissement français se situe au-delà de 2,2 mmol/L, alors que pour l'établissement suisse elle est au-delà de 2,5 mmol/L. La «zone de surveillance» se situe pour l'établissement français entre 1,65 et 2,2 mmol/L, alors que pour l'établissement suisse, il s'agit si je transpose à la zone entre 2 et 2,5 mmol/L. Par conséquent, la différence s'accroît. Enfin, pour ce qui est du traitement, le protocole français indique une limite de 1,65 mmol/L, contre 2 mmol/L pour le suisse. Mais on peut voir que l'instauration d'une perfusion de glucose n'a lieu de façon immédiate pour l'établissement français qu'en dessous de 0,55 mmol/L, alors que pour l'établissement suisse, la limite se situe à 2 mmol/L. La différence est alors étonnamment importante. Certaines interventions sur ordre médical ont cependant lieu entre 0,55 et 1,65 mmol/L (je les développerai plus tard), sans attendre nécessairement 0,55 mmol/L pour introduire du glucose par voie intraveineuse. La rédaction des deux protocoles est par conséquent différente sur ce point.

A ce stade de l'analyse, il est intéressant d'effectuer une comparaison avec les recommandations de l'OMS. Est prise en compte comme «problème» une glycémie inférieure à 2,6 mmol/L, ce qui est au-delà des deux établissements. Pour ce qui est de la pose d'une perfusion glucosée, la limite est posée à 1,1 mmol/L, ce qui se situe entre les deux protocoles. La «zone de surveillance» de l'OMS se situe donc entre 1,1 et 2,6 mmol/L.

Que signifie «à risque»?

Il est intéressant de noter quels sont les enfants considérés «à risque» par les deux établissements: Pour l'établissement suisse, cela est très précis, avec trois cas de figure: un premier cas de figure concerne les nouveau-nés pesant plus de 4500 ou moins de 2500 grammes, ceux nés entre 34 et 37 semaines, et ceux dont la mère avait un diabète gestationnel non insulinodépendant. Cette première catégorie rentre donc dans un schéma dit d'«alimentation précoce», incluant une première mise au sein dans les deux premières heures de vie, et un complément alimentaire de 20 à 40 ml de dextrine maltose 10%, ceci toutes les 3 ou 4 heures, pendant 48 heures. Un contrôle par glycémie capillaire a lieu à 3 heures de vie, puis après chaque repas, et ces

contrôles prennent fin si deux résultats sont > 2,5 mmol/L. Un deuxième cas de figure concerne l'hypoglycémie symptomatique dont la prise en charge comprend une mesure de la glycémie capillaire par un lecteur et par le laboratoire, ainsi qu'un complément alimentaire de 20 à 40 ml de dextrine maltose 10%. L'information doit par ailleurs être transmise au pédiatre. Pour le troisième cas de figure, il s'agit des mères diabétiques insulinodépendantes. Je ne reviendrai pas sur ce protocole qui est tout à fait spécifique, avec deux sous-catégories: nouveau-nés pesant plus ou moins de 2 kilogrammes. Au sein de l'établissement français, il y a également trois cas de figure, le risque prolongé, immédiat et bref, et enfin le risque faible. Pour le risque prolongé, les enfants sont repérés en fonction non pas de leur poids mais de leur percentile, ce qui semble très pertinent. Les nouveau-nés de mère diabétique entrent également dans cette catégorie. A mon sens, cela est judicieux de mettre en place une prise en charge différente lorsque l'équilibre du diabète maternel nécessite de l'insuline, ce qui n'est pas spécifié ici. De plus, en pratique, lorsqu'un pédiatre était appelé pour une hypoglycémie, il demandait systématiquement si la mère était sous insuline, supposant une prise en charge néonatale différente, et dès lors un protocole inadapté (cela était en cours de modification).

Dénomination des zones Etablissement	Zone dite de sécurité	Zone dite de surveillance	Traitement par Perfusion de glucose
Etablissement français	≥ 2,2 mmol/L	Entre 1,65 mmol/L et 2,2 mmol/L	< 0,55 mmol/L
Etablissement suisse	> 2,5 mmol/L	Entre 2 mmol/L et 2,5 mmol/L	< 2 mmol/L

¹ Comprenant donc une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie.

² On entend par «zone de sécurité» les résultats de glycémies pour lesquels aucune intervention supplémentaire n'est nécessaire.

glycémie néonatale

La prise en charge est donc constituée pour cette première catégorie d'enfants d'une surveillance glycémique pendant 3 jours au minimum. Une glycémie au laboratoire est requise si une mesure par lecteur glycémique est $2,2$ mmol/L. A 48 heures de vie, un bilan sanguin comprenant glycémie, calcémie, CRP, formule sanguine et plaquette est requis.

Un traitement est institué si la glycémie est $<1,65$ mmol/L. Cela comprend une alimentation toutes les trois heures, et un complément de dextrine maltose 5%: soit 2 à 3% directement dans le lait en cas d'allaitement artificiel, soit 2 ml avant chaque tétée, associé à un complément de lait artificiel en cas d'allaitement maternel. L'enfant est transféré en néonatalogie pour gavage si la supplémentation ne suffit pas.

Les enfants à risque immédiat et bref sont ceux qui présentent une hypothermie (température $<36,5^{\circ}\text{C}$), ou ceux ayant montré des signes de souffrance aiguë pendant le travail. Cette prise en charge inclut une glycémie avant le deuxième repas, ainsi qu'une surveillance glycémique capillaire pendant 24 heures. Pourtant, durant ma formation pratique, l'hypothermie d'un enfant sans signe d'hypoglycémie ne justifiait pas en pratique un contrôle glycémique pour les professionnels.

Par ailleurs, j'ai effectué deux suivis de travail où il existait des signes de souffrance fœtale aiguë et en l'absence de signe clinique d'hypoglycémie ou de mauvaise adaptation néonatale, nous n'avons procédé à aucune surveillance glycémique. Je ne crois pas qu'il s'agisse ici d'une erreur



L'OMS considère comme «problème» une glycémie inférieure à 2.6 mmol/L, ce qui est au-delà des deux établissements.

Photo: www.bigbellyservices.com

professionnelle mais plutôt de la capacité de ces mêmes professionnels à établir une pratique réflexive vis-à-vis de ce protocole. Il en découle une observation clinique de l'enfant engendrant ou non une surveillance glycémique. Il serait peut-être important alors de réunir les points de vue des pédiatres et ceux des sages-femmes afin de réajuster le protocole aux impératifs de chacun. Enfin, les enfants considérés à risque faible caractérisés par un poids compris soit entre le 3^{ème} et le 10^{ème} percentile, soit entre le 97^{ème} et le 90^{ème} percentile, bénéficient d'une surveillance glycémique par lecteur dont on ne connaît pas la durée.

Une comparaison encore possible?

Par conséquent, la comparaison de ces deux protocoles met en évidence plusieurs points. Tout d'abord, une nette différence au niveau des «zones» de sécurité, surveillance et traitement, mais également au niveau des enfants considérés «à risque», et la nature des traitements. Mais une donnée importante est le manque de

corrélation entre le protocole de l'établissement français et ce qui se fait en pratique, puisqu'une autre catégorie d'enfants est prise en charge: ceux présentant des signes cliniques d'hypoglycémie, alors que d'autres nouveau-nés censés être pris en charge selon le protocole ne le sont pas en pratique. Il devient donc difficile d'effectuer une quelconque comparaison dans ces conditions. De plus, un item de ce même protocole est intitulé «prévention», mais on ne sait pas dans quels cas elle doit avoir lieu et pour moi, son contenu manque de précision puisque l'on ne sait pas à quels cas de figure il s'applique. Il serait donc intéressant de faire une étude approfondie sur la prise en charge des nouveau-nés montrant des signes cliniques d'hypoglycémie dans cet établissement afin de percevoir ce qui se passe réellement en pratique, dans différents cas de figure.

Je note également une différence dans ce que j'appellerai le schéma d'alimentation précoce: le dosage de la dextrine maltose n'est pas le même dans les deux établissements, et lorsque l'allaitement est maternel, le complément se don-

ne avant la tétée, ce qui n'est pas le cas au sein de l'établissement suisse. Par contre, il est préconisé de proposer du lait artificiel à l'enfant après chaque tétée, ce qui n'est pas le cas pour l'établissement suisse, l'introduction de complément de lait ne se faisant pas dans les 48 premières heures. Pour conclure, le protocole de l'établissement français, datant de juin 2000, n'est peut-être plus à jour par rapport aux pratiques de l'établissement. De plus, durant un entretien avec un des pédiatres français, celui-ci m'a indiqué que certains protocoles, dont celui concernant l'hypoglycémie, étaient en cours de modification afin de répondre à des critères régionaux. Cependant, dans le processus de formation dans lequel je me trouve avec d'autres étudiantes sages-femmes³, on peut regretter que ce protocole nous soit présenté comme référence, induisant dès lors des risques d'interventions invasives inutiles ou un manque de focalisation sur ce que l'on ne doit jamais oublier: la clinique.

³ Lire aussi au masculin.

Fabien Joly (sous direction de)

Sa Majesté, le bébé

Ed. Erès, Collection «Mille et un bébés», 2007, 157 p.
ISBN = 2-7492-0795-7

Sous la direction de Fabien Joly, ce petit ouvrage est écrit par des psychanalystes et des psychologues. Il s'agit de conférences qui ont été remaniées après avoir été données à l'occasion d'un congrès international important. Ce congrès avait lieu en juin 2006 à Aix-en-Provence (France) et il s'intégrait dans une série annuelle de Rencontres intitulées «Entre corps et psyché».

Les auteurs – ce sont tous des hommes – y font le point sur l'état des connaissances de la psychanalyse, de la psychologie du développement, de la psychopathologie précoce et de la psychiatrie périnatale

sur le développement précoce de l'être humain. Dans un langage clair et précis, ils délimitent ces multiples connaissances, tout en soulignant leurs lacunes ou leurs dérives. Ainsi, Jean Le Camus rappelle que l'on a beaucoup parlé du père séparateur: ce «tiers» qui assure la rupture d'une fusion immanquable entre la mère et son enfant. On a même évoqué «l'arrachement» indispensable de l'enfant à sa mère, en insistant sur une sorte d'exclusion mutuelle, sur un antagonisme qui serait fondamental pour la construction du nouvel être humain. C'est oublier que la mère et le père sont des partenaires dans l'éducatif: ils agissent en complémentarité et, si possible, en harmonie. C'est aussi négliger le fait que

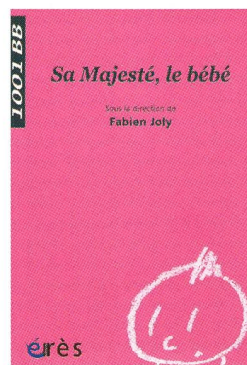
le père est simplement le «parent de l'autre sexe», celui qui permet à l'enfant d'accéder à l'altérité. Et il devient alors un des deux principaux co-acteurs, présents dès la conception. Certains semblent encore l'ignorer (et s'absentent aussi bien des cours de préparation à la naissance que de l'accouchement lui-même, ce qui n'est toutefois pas dit explicitement)...

Cet exemple donne bien le ton de l'ouvrage. Il met en perspective les différents apports des spécialistes et montre comment notre regard actuel peut en être imprégné pour moduler notre action ou comment un nouveau regard

pourrait être forgé pour relancer la recherche. Beaucoup d'autres thèmes sont encore abordés: la pédophilie, l'enfant-tyran, les troubles alimentaires, l'hy-

peractivité, l'autisme, etc. Ces textes – très spécialisés – ne sont donc pas destinés aux parents, ni même aux sages-femmes praticiennes. En revanche, ils pourraient être une aide précieuse aux étudiants et étudiantes sages-femmes qui, dans leurs travaux théoriques ou scientifiques, abordent des thèmes proches de la psychanalyse ou de la psychologie du développement.

Josianne Bodart Senn,
sociologue



Béatrice Jacques

Sociologie de l'accouchement

P.U.F., 2007, 209 p.
ISBN = 2-13-055832-1

C'est bien de sociologie qu'il s'agit, c'est-à-dire de rapports sociaux autour de la naissance: rapports de pouvoir, de soumission et aussi de genre (masculin/féminin). C'est aussi une sociologie dite «compréhensive»: près de cent entretiens ont été menés, puis analysés en profondeur par une méthode qualitative. Pas de statistiques donc, mais du sens, des appréciations, des arguments de satisfaction ou de désapprobation mis en perspective tout au long de ces deux cents pages agréables à lire.

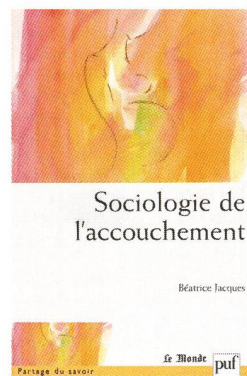
En tout, 70 femmes (dont 10 ayant accouché à domicile) 16 sages-femmes et 11 médecins ont été interviewés. L'auteure nous épargne la chronologie – et tous les détails – de sa thèse. Elle ne nous livre qu'une

analyse finale, écrite dans un style concis, sans répétition, ni jargon sociologique. Les extraits des entretiens sont judicieusement placés et ils ne forment que la quintessence des éléments de preuve. Ce qui en facilite la remémoration.

Réalisée en France, cette étude se limite évidemment à une situation typiquement française, mais elle reste néanmoins pertinente pour les professionnels non français, en particulier les sages-femmes francophones, parce que l'auteure envisage avant tout les rapports sociaux dans la diversité de leurs expressions. Ainsi, le rapport de confiance dans le médecin n'est jamais homogène, ni acquis une fois pour toutes. Béatrice Jacques montre que cette confiance peut être dépersonnalisée: la relation est asymétrique, c'est l'obstéri-

cien – n'importe lequel – qui est reconnu comme l'expert et la patiente se soumet à toutes ses décisions ou recommandations. Cette confiance peut, à l'inverse, être un processus: elle se construit chaque fois qu'un médecin particulier a su ou non traiter, mais surtout qu'il a su intégrer du relationnel dans sa compétence technique. L'auteure analyse encore trois autres manières d'entrer et de rester en relation de confiance.

Béatrice Jacques souligne aussi que, même dans l'engrenage des protocoles médicaux très stricts, les parturientes qui connaissent bien leur corps trouvent encore des stratégies d'adaptation ou de pression. Comme celle qui retarde au maximum son dé-



part pour la maternité afin d'éviter la péridurale, parce qu'elle la refuse à tout prix et qu'elle n'est pas sûre – sans ce stratagème – que son désir sera

pris en considération... Je ne conseillerai pas ce livre à de futurs parents, à moins qu'ils ne soient eux-mêmes sociologues et qu'ils ne soient amenés à prendre des notes en vue d'une analyse de leur propre vécu de la parentalité... En revanche, une lecture attentive – associée, au besoin, à des relectures partielles – aiderait les enseignantes de la filière sage-femme et homme sage-femme à se positionner ou se repositionner face aux professions médicales.

Josianne Bodart Senn,
sociologue