

Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

GUIDE ENSEIGNEMENT POSTNATAL



Septembre 2024

Remerciements

Ce document de référence n'aurait pu voir le jour sans la précieuse implication et la participation de : Audrey Castagnier, infirmière clinicienne, Ashley McKissock, infirmière clinicienne, Shelbie Guy-Lajoie, infirmière clinicienne, assistante au supérieur immédiat au Centre mère-enfant pour la Direction des programmes jeunesse et des activités de santé publique du CISSS de la Montérégie-Ouest. Daphnée Houle, infirmière clinicienne au Pavillon de naissances pour la Direction des programmes jeunesse et des activités de santé publique du CISSS de la Montérégie-Ouest. Jessica Dupuis Gagné, Infirmière clinicienne, assistante au supérieur immédiat pour la Direction des programmes jeunesse et des activités de santé publique du CISSS de la Montérégie-Ouest. À tous, nous leur adressons nos remerciements pour leur contribution au développement des meilleures pratiques.

Les personnes ayant participé à l'élaboration de ce document sont identifiées dans la dernière section « Historique ».

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, 21 novembre 2024
Reproduction autorisée avec mention de la source.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES	6
AVANT-PROPOS	7
CONSIGNE.....	8
1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX.....	9
1.1. Règlement de l'unité.....	9
1.2. Hygiène des mains.....	10
1.3. Sécurité : Prévention des chutes usagères et nouveau-né	10
1.4. Dépistage chez le nouveau-né.....	10
1.5. Traitement chez le nouveau-né.....	11
2. SOINS NOUVEAU-NÉS – ALIMENTATION	13
2.1. Peau à peau	13
2.2. Boire à la demande (feuille de route)	13
2.3. Signes de satiété.....	14
2.4. Cycle et signes d'éveil.....	14
2.5. Rots et hoquet.....	15
2.6. Régurgitations et vomissements	15
2.7. Élimination (changement de couche).....	16
3. ALLAITEMENT	17
3.1. Expression manuelle du lait maternel 🍷	17
3.2. Technique d'extraction manuelle	17
3.3. Mise au sein : position, prise, succion, transfert et bris de succion 🍷.....	17
3.4. Positionnement 🍷	18
3.5. Transfert de lait.....	19
3.6. Soins des seins	19
3.7. Tétées groupés	20
3.8. Montée laiteuse	21
3.9. Suce et allaitement	21
3.10. Ressource d'aide en allaitement	21
3.11. Conservation du lait maternel.....	22
3.12. Tire-lait 🍷.....	23
3.13. Utilisation de la téterelle	24
3.14. Dispositif d'aide à l'allaitement (DAA)	24

4. PRÉPARATION COMMERCIALE POUR NOURRISSON (PCN)	25
4.1. Types de préparation, reconstruction et quantité	25
4.2. Préparation des PCN	26
4.3. Quantité de lait	26
4.4. Conservation des préparations commerciales	26
4.5. Eau	27
4.6. Technique pour faire bouillir l'eau	27
4.7. Entretien	27
4.8. Administration du biberon (Positionnement) ■*	27
4.9. Nettoyage des biberons ■	28
4.10. Désinfection (stérilisation) des biberons ■	28
4.11. Gestion de la montée laiteuse en absence d'allaitement	28
5. SOINS DE LA MÈRE	29
5.1. Lochies	29
5.2. Changement de serviette hygiénique	29
5.3. Position du fond utérin (involution utérine)	29
5.4. Soins du périnée	30
5.5. Pansement de plaie de césarienne	30
5.6. Douleur et plaie de césarienne	31
5.7. Signes d'infection	32
5.8. Recommandations pour favoriser une récupération optimale après une césarienne	32
5.9. Bain et douche	32
5.10. Tranchées	32
5.11. Hémorroïdes	33
5.12. Soulagement de la douleur et automédication	33
5.13. Soulagement non pharmacologique	34
5.14. Signes de complications et quand consulter en post-partum* ■	34
5.15. Références	34
6. SOINS DU NOUVEA-NÉ	35
6.1. Soins du cordon ■	35
6.2. Prise de la température ■	35
6.3. ICTÈRE (Jaunisse) ■	36
6.4. Désobstruction des voies respiratoires ■	36
6.5. Sommeil sécuritaire syndrome de mort subite du nourrisson ■	37
6.6. CODODO	38
6.7. Programme périnatal de prévention du syndrome du bébé secoué (PPPSBS)	38
6.8. Signes de complications et quand consulter* (vidéo) ■	39
6.9. Références	39

7. SOINS DE LA MÈRE	40
7.1. Santé mentale des parents 🏠.....	40
7.2. Reprise des activités physiques 🏠	41
7.3. Le plancher pelvien	41
7.4. Exercices de Kegel.....	41
7.5. Diastase des grands droits.....	42
7.6. Reprise des activités sexuelles	42
7.7. Retour des menstruations	42
7.8. Contraception	42
8. SOINS DU NOUVEAU-NÉ	43
8.1. Bains et soins d'hygiène	43
8.2. Hygiène nasale 🏠	43
8.3. Croissance	44
8.3.1. Poussées de croissances	44
8.3.2. Perte de poids.....	44
8.3.3. Fermeture des fontanelles	44
8.3.4. Prévention de la plagiocéphalie (tête plate).....	44
8.4. Environnement sécuritaire	45
8.5. Information de départ et vérifications.....	45
8.5.1. Déclaration de naissance.....	45
8.5.2. Vaccination.....	45
8.5.3. Prescription médicale de départ	46
8.5.4. La vitamine D	46
8.5.5. Rendez-vous de suivi.....	46
8.5.6. Explication du test de dépistage sanguin et urinaire 🏠.....	46
8.5.7. Ressources et services offerts.....	47
8.5.8. Vérification de la concordance des numéros de bracelets	47
8.5.9. Vérification du siège d'auto de nouveau-né.....	48
8.6. Particularités.....	49
8.6.1. Nouveau-né alimenté selon une ordonnance médicale	49
8.6.2. Deuil périnatal	49
9. REFERENCES	51

Liste des abréviations et des acronymes

CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux

Avant-propos

Le centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest emploie plus de 9 600 personnes, 550 médecins répartis dans 128 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne et se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), est de maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

Consigne

Ce guide se veut un outil afin de soutenir le personnel infirmier offrant des soins périnataux (en centre hospitalier ainsi qu'en première ligne). Il est de la responsabilité du personnel infirmier de bien connaître les sujets abordés et de consulter des sources fiables afin d'approfondir leurs connaissances.

En centre hospitalier, lorsque l'enseignement est complété, il est demandé de consigner le tout sur le formulaire CLI-60743 *Plan d'enseignement postnatal*. Si des ajustements à l'enseignement sont faits, une note complémentaire devra être rédigée au dossier de l'usagère.

Consignes pour l'utilisation du formulaire :

- Certains éléments d'enseignement doivent être abordés au cours du séjour hospitalier. Ces derniers sont identifiés d'une étoile*. Les autres éléments sont à enseigner au moment opportun selon le jugement de l'infirmière soit en CLSC ou à l'hôpital.
- Inscrire la lettre selon la légende pour indiquer auprès de qui l'enseignement a été fait. (Mère, 2^e parent, 2 parents, etc.)
- Cocher A pour « acquis » une fois que l'information est bien appliquée/comprise selon votre jugement ou si celle-ci était déjà acquise avant leur visite.
- Cocher C pour « complété » une fois que l'information a été transmise et comprise selon votre jugement par l'usagère/famille.
- Acheminer ce formulaire avec l'avis de continuité au CLSC si vous jugez que des éléments d'enseignement importants n'ont pas pu être complétés



Par contre, en cas de congé précoce ou de transfert vers un autre centre, l'infirmière en première ligne devra s'assurer de prodiguer l'enseignement au retour à domicile que ce soit lors d'un appel téléphonique postnatal ou en visite à domicile.

En plus des informations regroupées dans ce guide et dans le document « [Mieux vivre avec son enfant de la grossesse à deux ans](#) », des vidéos (📺) et divers documents de référence sont également disponibles pour les professionnels et les parents via le Portail Santé Montérégie. Ces ressources permettront d'approfondir les connaissances sur les sujets liés à la période périnatale. Il est recommandé d'encourager les parents à visionner ces vidéos et à consulter les documents au besoin, afin de soutenir les enseignements à leur propre rythme, tant en centre hospitalier qu'à domicile.

Le code QR est disponible au sein des murs de l'établissement (chambre de naissance, clinique externe de suivi, CLSC).

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Prioriser ces éléments d'enseignement à l'admission ou durant le travail

1.1. Règlement de l'unité

Heures de visites

- Aborder avec les parents l'importance de respecter les heures de visites pour favoriser leur repos et le lien d'attachement avec leur nouveau-né.
- Il est crucial de rappeler aux parents ainsi qu'aux visiteurs de l'importance de l'hygiène des mains en tout temps avant de prendre le nouveau-né. De ce fait, les gens malades doivent s'abstenir de visites.
- [Votre séjour à l'Hôpital Anna-Laberge | Portail Santé Montérégie \(santemonteregie.qc.ca\)](http://santemonteregie.qc.ca)
- [Votre séjour à l'Hôpital du Suroît | Portail Santé Montérégie \(santemonteregie.qc.ca\)](http://santemonteregie.qc.ca)
- Grands-parents et fratrie : 10h à 21h00 (fratrie en tout temps).
- 2 accompagnateurs : en tout temps.
- Autres visiteurs (aucune limite) : entre 13 à 21h.
- Pas d'enfant de moins de 18 ans (excepté la fratrie).

Présences durant le travail

- **Deux accompagnateurs** sont permis à la chambre en tout temps (ex. : le deuxième parent ainsi qu'une autre personne significative OU deux personnes significatives). Aviser les autres visiteurs qu'ils devront attendre dans la salle d'attente (devant les ascenseurs au Suroît; dans le *Mail* à Anna-Laberge) ou à la cafétéria jusqu'à la fin des soins du nouveau-né, soit à la fin du post-partum immédiat (environ 2 h post-partum).
- **Aucun visiteur ne sera accepté** dans le corridor à proximité de la chambre pour des raisons de sécurité et de confidentialité.

Confidentialité

- Aviser la famille qu'il nous est impossible de divulguer des renseignements personnels à leurs proches qui appellent pour prendre des nouvelles et que nous ne pouvons pas confirmer leur présence sur l'unité. Leurs familles doivent communiquer avec eux pour avoir un compte rendu ou savoir si le nouveau-né est né.

Déplacements dans les corridors avec nouveau-né

- Conformément à la procédure [PRO-10092 Prévention des chutes centre hospitalier, hébergement, dépendance, URFI et UTRF](#), il est important que le nouveau-né soit placé à plat dans un berceau lors des déplacements dans les corridors. Un incubateur de transport peut aussi être utilisé.

Cohabitation

- La cohabitation 24h/24 est privilégiée sur nos unités d'obstétrique afin de favoriser le lien d'attachement et permettre l'adaptation au rôle parental. Le nouveau-né demeure dans la chambre du parent si des soins doivent lui être prodigués (examen physique, prélèvements sanguins, etc.) :
 - Le nouveau-né sera amené à la pouponnière (soins intermédiaires) si son état de santé le requiert (ex. : s'il a besoin d'une évaluation plus approfondie à l'aide de monitoring cardiaque ou s'il doit être réchauffé par une autre méthode que le peau à peau).
 - Pour la mère qui est seule et qui désire sortir de la chambre (ex. : aller fumer ou se rendre à la cafétéria), elle doit demander à l'infirmière responsable si elle peut amener le nouveau-né aux soins intermédiaires (le nouveau-né pourra être surveillé par l'infirmière des soins intermédiaires, selon la charge de travail).

1.2. Hygiène des mains

L'hygiène des mains est cruciale pour la prévention des infections. Il est important de sensibiliser les parents ainsi que les visiteurs de porter une attention particulière aux moments où procéder à l'hygiène des mains ainsi que comment bien se laver les mains :

- Avant de manipuler le nouveau-né, d'allaiter ou donner le biberon, de nourrir un enfant ou de lui donner un médicament.
- Après être allé aux toilettes, avoir changé une couche, avoir toussé ou éternué dans vos mains, avoir essuyé ou mouché un nez, avoir touché à des animaux ou en revenant d'un lieu public.
- Comment procéder à l'hygiène des mains : rincer les mains sous l'eau tiède, frotter les mains (ongles, pouces et entre les doigts) avec un savon doux pendant 20 secondes, bien rincer sous l'eau tiède et assécher avec une serviette propre. Au besoin, utiliser une lotion ou une crème hydratante pour prévenir les gerçures. Une solution antiseptique à base d'alcool peut remplacer un lavage des mains si un lavabo n'est pas disponible.

1.3. Sécurité : Prévention des chutes usagères et nouveau-né

- Conformément aux normes d'Agrément Canada, il est important de sensibiliser les usagères ainsi que leur famille sur le risque de chute chez l'usagère ainsi que le nouveau-né. Différents facteurs peuvent être à l'origine des chutes lors de la grossesse, du travail ainsi qu'en période postnatale. Le personnel infirmier doit se référer aux procédures en vigueur afin d'assurer la sécurité de la dyade mère/nouveau-né.
- De ce fait, l'infirmière doit obligatoirement évaluer le risque de chute de toutes les usagères enceintes à l'admission ainsi qu'au premier lever en période post-partum. Selon son jugement clinique, elle est appelée à réévaluer au besoin le risque que ce soit en période santé ou postnatale. Un formulaire clinique prévu à cet effet est disponible via Intranet [CLI-60250 Dépistage et évaluation risque de chute périnatalité](#). À même ce formulaire clinique se trouve l'évaluation ainsi que toutes les mesures préventives systématiques à mettre en place auprès de toutes les usagères admises en périnatalité ainsi qu'auprès de tous les nouveau-nés.
- Le premier lever de l'usagère doit se faire en présence d'un membre du personnel infirmier, peu importe, le type d'accouchement. L'usagère ne peut pas être laissée seule avec le nouveau-né, si le premier lever n'a pas bien été toléré, le 2^e parent ou l'accompagnateur doit demeurer à la chambre.
- La seule exception est si l'usagère est bien réveillée et qu'elle a son nouveau-né dans les bras, le personnel infirmier doit être tenu au courant que l'usagère est seule avec le nouveau-né. Dans le cas, contraire, si l'usagère n'est pas apte et que le 2^e parent/accompagnateur doit quitter, le nouveau-né doit être sous la surveillance du personnel infirmier, selon les modalités des milieux.

1.4. Dépistage chez le nouveau-né

- Pour intervenir rapidement en cas de problèmes de santé chez les nouveau-nés, deux programmes de dépistage néonatal sont instaurés dès les premières heures de vie. Ces programmes visent à permettre des actions précoces et à améliorer la qualité de vie des nouveau-nés. Afin de procéder à ces dépistages, il est primordial d'obtenir le consentement d'un ou des deux parents. Pour ce faire, il est recommandé d'en parler avant même l'arrivée du nouveau-né, si la situation le permet, afin d'obtenir le consentement et ainsi éviter des délais supplémentaires au moment opportun.

- Le Programme québécois de dépistage néonatal sanguin et urinaire (PQDNSU) vise à détecter certaines maladies rares avant l'apparition des symptômes pour éviter des conséquences graves et permanentes. À 24 heures de vie, un prélèvement capillaire (au talon) sera fait par un membre du personnel infirmier et l'échantillon de sang sera récolté sur un papier buvard spécifique identifié au nom du nouveau-né. Le tout sera envoyé au centre désigné et un appel sera fait aux parents en cas d'anomalies ou si le test doit être refait en cas de non-conformité. À la 21^e journée de vie, une deuxième partie du dépistage doit être fait au domicile par les parents et ceci consiste à récolter un échantillon d'urine. Se référer à la procédure expliquée sur l'ensemble de prélèvement.
- Le Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés (PQDSN) vise à détecter précocement la surdité présente à la naissance puis à entreprendre les interventions thérapeutiques et de réadaptation nécessaires avant l'âge de 6 mois. Un membre du personnel infirmier procédera à ce test quelques heures avant le congé. Dans le cas d'une anomalie, une référence sera faite afin que le nouveau-né puisse passer un test d'audition plus approfondi.

1.5. Traitement chez le nouveau-né

Il est essentiel d'obtenir le consentement d'un des deux parents avant d'administrer toute médication ou tout traitement. Pour garantir un consentement libre et éclairé, il est important d'informer les parents des éléments suivants :

- Indication
- Effets secondaires
- Risques associés à l'administration et à la non-administration

VITAMINE K

Enseigner aux parents le rôle de la vitamine K.

La vitamine K joue un rôle crucial dans la synthèse de certains facteurs de coagulation, tels que la prothrombine et les facteurs VII, IX et X. Une carence en vitamine K peut exposer le nouveau-né à un risque d'hémorragie intracrânienne.

À la naissance, le nouveau-né ne peut pas synthétiser la vitamine K, car son intestin ne contient pas encore les bactéries nécessaires. C'est pourquoi la Société canadienne de pédiatrie (SCP) (2004) recommande l'administration intramusculaire de vitamine K dans les heures suivant la naissance, afin de prévenir le syndrome hémorragique du nouveau-né.

L'administration de la vitamine K par voie orale n'est pas à privilégier, car cette méthode est moins efficace pour prévenir le syndrome hémorragique du nouveau-né, dont l'apparition peut être tardive (y compris le risque d'hémorragie intracrânienne) (Santé Canada, 2000).

Effets secondaires

Des douleurs et un œdème peuvent parfois survenir au point d'injection. Des réactions allergiques, telles qu'une éruption cutanée ou de l'urticaire, peuvent également être observées.

ONGUENT OPHTALMIQUE ÉRYTHROMYCINE

Lors d'un accouchement, le nouveau-né court le risque d'être en contact avec une bactérie nommée *Neisseria gonorrhoeae*, responsable de la conjonctivite gonococcique. Sans mesures préventives, cette infection peut se déclarer chez 30 % à 50 % des nourrissons exposés lors de l'accouchement et peut rapidement entraîner des complications graves, telles que l'ulcération cornéenne, la perforation du globe oculaire et des atteintes visuelles permanentes. Les nourrissons dont la mère présente une vulnérabilité aux infections transmissibles sexuellement (ITS) sont particulièrement à risque (SCP, 2021).

L'ophtalmie gonococcique peut progresser rapidement après la naissance, entraînant des ulcérations cornéennes et des déficiences visuelles permanentes.

Il est important d'informer les parents qu'il est normal que les yeux de leur enfant présentent un léger éclat.

Effets secondaires :

Il convient de surveiller les éventuelles réactions indésirables suite à l'administration de l'onguent.

- Une conjonctivite médicamenteuse peut survenir, provoquant un certain inconfort chez le nouveau-né, qui pourrait alors avoir des difficultés à fixer un visage.
- Cette conjonctivite se manifeste par un œdème, une inflammation, une rougeur et des sécrétions.

Si les parents expriment des inquiétudes, rassurez-les en leur indiquant que ces effets secondaires disparaissent généralement spontanément dans les 24 à 48 heures.

NIRSEVIMAB (AGENT IMMUNISANT CONTRE LE VRS)

Qu'est-ce que le VRS? Le virus respiratoire syncytial (VRS) est un virus courant qui provoque des infections des voies respiratoires, en particulier chez les nourrissons et les jeunes enfants. Il peut entraîner des problèmes de santé graves, tels que la bronchiolite et la pneumonie A. (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2024).

Pourquoi est-il important? Le VRS est la principale cause d'hospitalisation pour infections respiratoires chez les bébés de moins d'un an. Plus un enfant est jeune, plus il risque de nécessiter des soins médicaux en raison de ce virus.

Signes et symptômes : Surveillez les symptômes suivants chez votre bébé :

- Toux persistante
- Difficulté à respirer (respiration rapide ou sifflante)
- Écoulement nasal
- Fièvre
- Difficulté à s'alimenter

Prévention : Voici quelques mesures pour réduire le risque d'infection par le VRS :

- Hygiène des mains fréquentes
- Évitez les contacts rapprochés avec des personnes malades.
- Ne fumez pas à proximité de votre bébé, car la fumée peut aggraver les symptômes respiratoires.
- Limitez les sorties en milieu public durant la saison du VRS, si possible.

Traitement et prise en charge : Il n'existe pas de traitement spécifique pour le VRS. La prise en charge consiste généralement à soulager les symptômes. Si votre bébé présente des signes de détresse respiratoire, consultez un professionnel de la santé immédiatement.

IMMUNISATION :

Le produit immunisant destiné aux nouveau-nés et aux nourrissons est le nirsévimab (*Beyfortus*), un anticorps monoclonal approuvé par Santé Canada pour les nourrissons de moins de 24 mois. La durée de la protection est d'environ 5 mois. Ce traitement agit en fournissant des anticorps qui aident à neutraliser le virus VRS. Il est administré en une seule dose à centre hospitalier avant le congé.

Administration : Il est administré par injection intramusculaire dans la cuisse (tout comme la vitamine K)

Les manifestations après l'administration sont plutôt rares, moins de 1 % des personnes vont présenter douleur, rougeur, œdème au site d'injection. Il est important de surveiller votre enfant après l'injection. Signalez tout effet inhabituel à votre professionnel de la santé.

Remettre aux parents les feuillets disponibles sur le site du Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Feuillets

[Immunisation contre les infections par le virus respiratoire syncytial \(VRS\) chez le bébé](#)
[Anticorps monoclonal contre le virus respiratoire syncytial \(Ac-VRS\)](#)

2. SOINS NOUVEAU-NÉS – ALIMENTATION

**Débuter ces éléments au cours des premières heures en peau à peau et tout au long du séjour*

2.1. Peau à peau

- Le contact peau à peau est essentiel pour l'adaptation du nouveau-né à sa vie extra-utérine. L'usagère ainsi que son partenaire seront encouragés tout au long du séjour à l'hôpital ainsi qu'au retour à domicile à le pratiquer le plus souvent et le plus longtemps possible.
- À la naissance, on place le nouveau-né nu en peau à peau (ventre à ventre) sur la poitrine nue de sa mère. Aucun vêtement entre le nouveau-né et sa mère. On recouvre ensuite le nouveau-né d'une couverture chaude. Afin de maintenir un dégagement des voies respiratoires, on tourne la tête du nouveau-né sur le côté de sorte que le visage soit bien dégagé. Le port de la tuque n'est pas nécessaire.
- Il est fortement conseillé de laisser le nouveau-né en peau à peau jusqu'à la première tétée ou boire (si le nouveau-né n'est pas allaité). Ce contact favorise l'éveil des réflexes qui aideront le nouveau-né à prendre le sein dans la première heure de vie. Il permet de stimuler la production de lait et favorise l'allaitement à plus long terme en plus de favoriser le lien d'attachement. Il permet également à la mère d'être plus sensible aux signes que bébé est prêt à téter.
- Le respect du peau à peau au cours des 2 premières heures de vie permet au nouveau-né de :
 - Stabiliser son rythme cardiaque et respiratoire.
 - Diminuer ses hormones de stress.
 - Régulariser sa température.
 - Stabiliser sa glycémie.

2.2. Boire à la demande (feuille de route)

- Une mise au sein ou une préparation commerciale pour nourrisson (PCN) seront offertes au nouveau-né uniquement selon les signes qu'il est prêt à téter et non selon un horaire précis (à moins de conditions médicales).
- Son horaire de boire dépendra de son âge, de son appétit, de son humeur, du moment de la journée, de l'efficacité de sa succion et de la vitesse d'écoulement du lait. Les parents devront apprendre à reconnaître les signes que bébé est prêt à téter et les signes de satiété de leur nouveau-né. Ils doivent offrir à boire lorsque le bébé montre des signes qu'il est prêt, tout en évitant de le forcer à prendre plus de lait s'il est déjà rassasié, dans l'espoir qu'il espacera ses repas.
- Feuilles des boires (selon le milieu)
 - Demander aux parents d'inscrire l'heure de début du boire, la quantité (complément de lait maternel ou de préparation commerciale) ainsi que l'élimination du nouveau-né. Ils peuvent aussi inscrire si le nouveau-né a régurgité, vomi ou refusé des tétées. Il est important que l'infirmière questionne les parents sur la qualité du boire (le comportement de bébé, s'il a bu rapidement ou lentement, s'il avait besoin d'être stimulé, etc.).

Signes que bébé est prêt à téter*

Enseigner aux parents qu'il est important de faire boire le nouveau-né durant la phase d'éveil calme, sans attendre les signes d'impatience et les pleurs. C'est pourquoi il est d'important de savoir reconnaître les signes que bébé est prêt à téter :

- Signes précoces (bébé est prêt à téter)
 - Bouge
 - Ouvre la bouche
 - Tourne la tête/cherche
- Signes intermédiaires (bébé est vraiment prêt à téter)
 - Bébé s'étire
 - Ses mouvements augmentent
 - Il porte ses mains à sa bouche
- Signes tardifs (calmez bébé afin qu'il puisse téter)
 - Bébé pleure
 - Ses mouvements sont agités
 - Son visage devient rouge
- Afin de calmer votre bébé en douceur, vous pouvez :
 - Le prendre et le câliner
 - Le prendre en contact peau à peau
 - Lui parler
 - Le masser délicatement

** Anciennement appelé signes de faim.*

2.3. Signes de satiété

- Après le boire, les parents peuvent observer les signes de satiété :
 - Se décroche du sein ou lâche le biberon par lui-même
 - Détendu
 - Dort paisiblement
 - Boit 8 fois ou plus par 24h
 - Selles et urines en quantité suffisante selon le nombre de jours de vie
 - Prends du poids.

2.4. Cycle et signes d'éveil

Chaque nouveau-né est unique et le cycle d'éveil et de sommeil varie selon les besoins et leur tempérament. Certains nouveau-nés se réveillent presque seulement pour boire et d'autres ont de plus longues périodes d'éveil dès les premiers jours de vie. Les périodes d'éveil seront plus longues au fil du temps. Un cycle d'éveil et sommeil dure en moyenne de 60 à 90 minutes et est divisé en 3 portions (sommeil profond, sommeil léger et éveil actif/calme).

Le sommeil profond

Dure de 15 à 20 minutes, durant ce temps les tentatives d'éveil sont difficiles et il sera pratiquement impossible de faire boire le nouveau-né. L'activité physique est absente, il ne répond pas aux stimuli et ne se réveille pas au bruit.

Le sommeil léger

Dure de 15 à 30 minutes, durant ce temps, le nouveau-né se réveillera au bruit. Les yeux bougent derrière les paupières et les muscles de son visage s'activent. Vous pourriez penser à le réveiller s'il a besoin d'être stimulé pour boire.

L'éveil actif et calme

Dure de 5 à 10 minutes, durant ce temps le nouveau-né sera disposé à boire et n'aura pas besoin de beaucoup de stimulation pour rester éveillé. Les yeux s'ouvrent et se ferment et il réagit aux stimuli.

2.5. Rots et hoquet

Tous les nouveau-nés avalent de l'air en tétant. Par contre, certains nouveau-nés ont besoin de passer des rots plus que d'autres. Lorsque le nouveau-né semble inconfortable, qu'il se tortille durant ou après le boire, ou si la tétée devient plus lente, il peut avoir besoin de faire un rot. En temps normal, 1 ou 2 rots sont suffisants, mais si le nouveau-né a tendance à boire plus rapidement, il peut avoir besoin d'un temps d'arrêt au moment du boire pour faire un rot. Si vous avez du mal à faire passer un rot au nouveau-né, ne vous acharnez pas, il vous démontrera son inconfort. Faire une démonstration aux parents d'un positionnement/méthode sécuritaire pour le rot selon leur niveau de confort. Vous pouvez aussi les référer au « [Mieux vivre avec son enfant de la grossesse à deux ans](#) ».

Chez le nouveau-né, le hoquet est un réflexe courant causé par des contractions involontaires du diaphragme. Il se manifeste par des bruits rapides et distinctifs lorsque les cordes vocales se ferment brièvement. En général, le hoquet chez les nouveau-nés est bénin et disparaît de lui-même sans intervention. Parfois, nourrir le nouveau-né peut l'aider à faire passer le hoquet.

2.6. Régurgitations et vomissements

Une régurgitation est une expulsion de lait frais, non digéré et est généralement sans odeur nauséabonde. Elles surviennent immédiatement après le boire ou parfois un peu plus tard. Certains nouveau-nés régurgitent peu, d'autres plus. Il faut rassurer les parents à propos des régurgitations qui peuvent être dues au fait que l'anneau valve (nommée cardia) qui empêche le lait de remonter de l'estomac vers la bouche est encore immature.

Les régurgitations tendent à diminuer vers l'âge de 6 mois et cessent habituellement vers l'âge d'un an. Si le nouveau-né est de bonne humeur et prend du poids, il n'a pas lieu de s'inquiéter. Si cela semble l'incommoder, vous pouvez conseiller aux parents de changer la tétine pour un débit plus lent (s'il est nourri au biberon), prendre des pauses durant le boire, faire faire plus de rots, maintenir une position presque qu'assise durant le boire et limiter les activités immédiatement après le boire.

Enseigner aux parents à distinguer une régurgitation versus un vomissement. Un vomissement est l'expulsion de lait digéré et présente une odeur nauséabonde. Il est conseillé de consulter un professionnel de la santé pour une évaluation afin d'éliminer une anomalie anatomique comme une sténose du pylore (rétrécissement de la valve à la sortie de l'estomac). D'ailleurs, si le nouveau-né semble inconfortable et semble avoir de la douleur, s'il vomit en jet plusieurs fois par jour, s'il mouille moins bien ses couches et qu'il ne prend pas assez de poids, une consultation médicale est requise.

2.7. Élimination (changement de couche)

Changement de couche

La peau des nouveau-nés est très fragile, il est donc important de changer régulièrement la couche afin de prévenir des rougeurs et une atteinte à l'intégrité de leur peau. La couche devrait être vérifiée à tous les boires, lorsque vous avez l'impression qu'elle est souillée d'urine ou de selle ou si le bébé semble inconfortable. Privilégier l'hygiène des fesses et des organes génitaux avec de l'eau et du savon ou des lingettes non parfumées. Avant de remettre la couche, assécher la région avec une débarbouillette sèche, ceci préviendra les rougeurs. La crème à base de zinc devrait être appliquée uniquement en cas de rougeur, et en petite quantité.

Accompagner les parents lors du premier changement de couche afin de leur indiquer les étapes à suivre (retirer la couche souillée, nettoyer les organes génitaux, etc.) Profitez de ce moment pour renforcer l'enseignement sur l'hygiène des mains et la prévention du risque de chute chez le nouveau-né.

- La première miction survient au cours des 24 premières heures de vie. Par la suite, le nouveau-né élimine en moyenne 1 miction par nombre de jours de vie (ex. : 3 jours = 3 mictions) jusqu'au 6^e jour où il devrait éliminer au moins 6 mictions abondantes par période de 24 heures.
- Un nouveau-né qui reçoit un apport de lait suffisant élimine des urines claires et inodores. Au cours des premiers jours (avant l'arrivée de la montée laiteuse), nous pouvons retrouver des tâches orangées (cristaux d'urates). Si la couche contient encore des cristaux après une semaine de vie, les parents doivent consulter un professionnel de la santé (Info-santé au 811 ou infirmière du CLSC).
- La première selle est généralement évacuée au terme des 24 premières heures de vie. Il peut arriver que la première selle soit évacuée au-delà des 24 premières heures de vie si une première évacuation s'est produite in utero (liquide amniotique méconial). La coloration et la consistance des selles changent au cours de la première semaine de vie.
- La première selle, qu'on nomme le méconium, est de couleur noire et de consistance goudronneuse (collante). Elle s'évacue normalement au cours des 3 à 5 premiers jours de vie. Par la suite, selon l'apport en lait, le méconium se transformera en selle de transition qui est davantage vert foncé et moins collante pour ensuite passer à la couleur brunâtre granuleuse.
- Finalement, selon le type d'alimentation (lait maternel ou PCN), la couleur, la consistance et la fréquence pourront varier. Les selles du nouveau-né alimenté par le lait maternel seront de couleur jaune, de consistance liquide, parfois granuleuse, et inodore. Les selles du nouveau-né alimenté avec de la PCN peuvent varier en passant du jaune au beige verdâtre et sont odorantes. La fréquence varie de 3 à 10 selles par jour au cours des 6 premières semaines de vie.
- À noter que chez les nouveau-nés allaités exclusivement, les selles peuvent survenir aux 3 jours, voir plus. Il est important de sensibiliser les parents sur l'état général du nouveau-né et surtout de l'importance de l'élimination des urines (qui est un meilleur indicateur d'hydratation). Le lait maternel est facilement assimilé par l'organisme et les résidus (selles) moins fréquents. En cas de doute, communiquer avec Info-Santé au 811 ou l'infirmière du CLSC.
- Prendre le temps de regarder avec les parents l'aide-mémoire pour les mères qui allaitent disponible dans les chambres.

3. ALLAITEMENT

3.1. Expression manuelle du lait maternel

La technique d'expression manuelle doit être enseignée à toutes les usagères qui allaitent, et ce avant leur congé de l'hôpital. C'est la méthode la plus efficace pour exprimer le colostrum, et elle peut être réalisée à tout moment et en tout lieu pour soulager un sein engorgé.

- Ne pas oublier de laver les mains avant de toucher les seins.
- Il faut un récipient propre et large pour recueillir le colostrum.
- Pour faciliter le réflexe d'éjection, l'usagère peut masser son sein avant de procéder à l'extraction manuelle.
- Renseigner les parents sur les moments où l'expression manuelle peut être utile :
 - Après la période initiale de peau à peau, si aucune mise au sein ne réussit
 - Pour soulager l'engorgement mammaire
 - En cas de séparation de la dyade
 - Pour donner au bébé en plus de la tétée PRN (supplémentation)
 - Pour augmenter la production de lait

3.2. Technique d'extraction manuelle

Massage du sein :

Le massage du sein vise à le stimuler doucement avant l'expression du lait, qu'elle soit manuelle ou mécanique, sans provoquer de douleur. Avant de commencer le massage, l'application d'une source de chaleur peut aider à dilater les canaux et favoriser l'expression du lait. Utiliser la jointure de l'index pour effectuer des mouvements de roulement depuis le haut de la poitrine vers le mamelon. Pour masser la partie inférieure du sein, appuyez la jointure du petit doigt contre les côtes et effectuez des mouvements de roulement vers le mamelon. Répéter ce mouvement tout autour du sein pour stimuler différents canaux. Réaliser ce massage 1 à 2 fois autour du sein avant de commencer l'expression du lait.

Au début de l'expression du lait, celui-ci coulera goutte à goutte avant de se libérer en petits jets. Se pencher légèrement vers l'avant pour que le colostrum tombe dans le récipient. Former un « C » avec le pouce et l'index, en les plaçant à 2-5 cm de chaque côté du mamelon, et enfoncer les doigts horizontalement vers les côtes. Tout en maintenant les doigts enfoncés, rapprocher les doigts en formant une pince, sans exercer une pression excessive. Répéter ce mouvement de pince de manière rythmique, semblable à la succion du nouveau-né. Garder les doigts enfoncés sans étirer le mamelon et éviter de glisser sur la peau. Déplacer les doigts autour du sein pour stimuler un vidage complet.

3.3. Mise au sein : position, prise, succion, transfert et bris de succion

Prise du sein

- Une bonne prise du sein évitera des blessures, gerçures et/ou crevasses. Ce qui pourrait occasionner une vive douleur pour la mère et même la décourager d'allaiter.
- Une bonne prise du sein se décrit comme : la bouche du nouveau-né est grande ouverte et le nouveau-né prend une grande partie de l'aréole dans sa bouche et pas seulement le mamelon, ses lèvres sont retournées vers l'extérieur et le mamelon est pointé vers le palais du nouveau-né. À ce moment, la lèvre du bas couvre une plus grande partie de l'aréole que la lèvre du haut.

- Une fois que le nouveau-né est au sein, son menton touche au sein et son nez est dégagé de cette façon la prise devrait être « hermétique » et aucun son ne devrait être entendu.
- La maman et le nouveau-né doivent être positionnés ventre contre ventre, avec l'oreille, l'épaule et la hanche du bébé aligné sur un axe droit. Bien que la prise du sein soit correcte, la mère peut éprouver un léger inconfort durant les 30 premières secondes de la tétée. Pour améliorer la prise du sein, la mère peut ajuster la position en formant un « C » avec sa main, également appelée « prise du hamburger », dans le même sens que la bouche du nouveau-né.

Succion efficace

Pendant la tétée, la langue du bébé s'allonge par-dessus la gencive inférieure pour épouser la forme du mamelon qui s'allonge dans sa bouche. Le bébé prend alors une grande partie de l'aréole avec sa mâchoire inférieure. Puis, il effectue un mouvement de vague avec sa langue, comprimant ainsi l'aréole contre son palais. Le mamelon se trouve alors très loin dans la bouche. Le bébé avale le lait au fur et à mesure qu'il s'accumule dans le fond de sa bouche sous l'effet de la pression négative générée par l'étanchéité de langue et le mouvement de la mâchoire inférieure vers le bas. C'est le réflexe de déglutition.

Une succion est considérée comme efficace lorsque nous pouvons observer des mouvements de l'oreille et de la tempe chez le nouveau-né et que nous pouvons le voir avaler (déglutition)

Il est important de laisser le bébé déterminer la durée la téter et de le laisser téter aussi longtemps qu'il a besoin sur chaque sein.

Retrait du sein/bris de succion

À la fin de l'allaitement, la succion se défait d'elle-même. Cependant, si la mère ressent de la douleur durant l'allaitement, elle devra briser la succion. Pour briser la succion, la mère utilise l'index ou l'auriculaire, le glisse dans la bouche de son nouveau-né entre les gencives et le laisse en place tant que le mamelon n'est pas complètement en dehors de la bouche.

3.4. Positionnement

La mère doit s'installer confortablement avec le dos bien soutenu. Vous pouvez recommander de bien appuyer ses coudes pour éviter de supporter le poids du nouveau-né pendant l'allaitement, qui peut être long. Pour maintenir une position confortable, il est préférable de rapprocher le nouveau-né du sein plutôt que de déplacer le sein vers le bébé. Diverses positions d'allaitement existent, et il est important de savoir que changer de position peut favoriser la production de lait, car le nouveau-né stimule ainsi différents canaux lactifères. De plus, alterner les positions peut moduler le point de succion autour du mamelon, réduisant ainsi l'irritation et le risque de gerçures chez la mère. S'assurer d'enseigner au moins 2 positions avant le congé de l'hôpital. Lors du suivi postnatal, évaluer les positions et consolider les apprentissages.

Couchée

Dans cette position, la mère et bébé sont allongés sur le côté, face à face, leurs corps proches l'un de l'autre. Elle offre le sein le plus proche du matelas, et la tête du bébé est alignée avec le sein. Cette position permet de favoriser le repos de la mère et est plus confortable pour les mères ayant un œdème au niveau du périnée.

Football

La tête du nouveau-né repose dans la main de la mère, la paume de la main est posée sur les omoplates et non sur la tête, le pouce et l'Index maintiennent la tête. Glissez le nouveau-né sous le bras, son oreille, son épaule et sa hanche est alignée. Il faut soutenir le sein et rapprocher le nouveau-né du sein; lorsqu'il ouvre la bouche, l'amener vers soi rapidement pour qu'il saisisse le mamelon. Cette position permet de bien voir la bouche du nouveau-né et la prise du sein. Elle est aussi plus confortable pour les mamans qui ont eu une césarienne (nouveau-né n'appuie pas sur l'abdomen).

Madone

La tête du nouveau-né repose dans le pli du coude de la mère du même côté du sein qui le nourrit. La mère peut avoir besoin de tenir son sein pour aider le nouveau-né à bien prendre le sein pour se faire, elle utilisera la main opposée au sein qui allaite.

Madone inversée

Le nouveau-né repose sur le bras opposé au sein qui le nourrit et il sera maintenu contre la poitrine en appuyant sur ses fesses avec l'avant-bras. Les doigts, excepté le pouce, soutiennent le poids de la tête de façon à ce qu'elle soit libre de bouger. La paume de la main est posée sur ses omoplates et non sur la tête du nouveau-né. Il faut soutenir le sein par-dessous, lorsque le nouveau-né ouvre grand la bouche, l'approcher rapidement contre soi pour qu'il saisisse le mamelon.

Physiologique

La mère s'installe de façon à être légèrement inclinée vers l'arrière (lit d'hôpital ou fauteuil) nouveau-né est placé en peau à peau entre les seins de la mère, ventre à ventre et le nouveau-né va tranquillement chercher le sein et se rapprocher du mamelon. Peu souvent être vue lors de la première tétée suivant la naissance.

3.5. Transfert de lait

Lorsque la succion est efficace, les mouvements de succion sont visibles au niveau de la mâchoire. Au début de la tétée, ces mouvements sont légers et rapides. À mesure que le lait commence à couler, ils deviennent plus lents et profonds. Il est alors possible de voir et d'entendre le nouveau-né avaler.

Ratio succion/déglutition

- En phase colostrum : 7 mouvements de succion pour 1 déglutition;
- Après la montée laiteuse : 1-4 mouvements de succion pour 1 déglutition.

3.6. Soins des seins

Une hygiène quotidienne de la peau est généralement suffisante pour maintenir l'intégrité des mamelons. Il est recommandé de se doucher chaque jour avec un savon doux non parfumé, de bien sécher les seins et d'éviter que les mamelons restent humides (éviter de laisser en place des compresses d'allaitement humides). En parallèle de ces soins, il est crucial de veiller à un bon positionnement du nouveau-né au sein, car une mauvaise prise peut entraîner des douleurs et nuire à la peau des mamelons. Il est donc important de sensibiliser les usagères aux soins appropriés des seins et à l'importance d'un positionnement confortable et sans douleur.

Mamelons douloureux

- Il est normal de ressentir une légère sensibilité au niveau des mamelons durant les premiers jours, en particulier au début de la tétée. Cependant, il est anormal de ressentir de la douleur au-delà des 30 premières secondes de la tétée ou de craindre de mettre le nouveau-né au sein en raison de la douleur. La cause la plus fréquente de douleur est une prise du sein incorrecte. Une fois la cause des lésions corrigée, la douleur devrait diminuer rapidement.

Mamelons gercés, crevassés ou fissurés

- En cas d'atteinte à l'intégrité de la peau des mamelons, il est essentiel d'appliquer des soins appropriés, comprenant une bonne hygiène, l'application de gouttes de lait sur les mamelons, ainsi que l'utilisation de baume de type lanoline. Laisser les seins à l'air permet également d'améliorer la cicatrisation. Le lait maternel possède des propriétés cicatrisantes naturelles, qui peuvent contribuer à la guérison. Il est aussi important de modifier les positions d'allaitement pour minimiser l'irritation. Éviter d'orienter le nez du nouveau-né vers la zone blessée, car la succion est plus intense près du nez. Extraire quelques gouttes de lait avant la tétée et les appliquer sur le mamelon et l'aréole peut aider à assouplir la peau et réduire la douleur. En cas de blessures et de douleur importantes, il est recommandé de proposer d'abord le sein le moins affecté, car la succion est généralement plus forte.

- L'allaitement n'est généralement pas contre-indiqué en présence de sang, à condition que la mère soit en bonne santé et ne présente pas d'infections transmissibles par le sang. Si la mère éprouve une douleur extrême aux mamelons durant l'allaitement, il est recommandé d'utiliser un tire-lait pendant 24 à 48 heures pour offrir un répit et favoriser la guérison des blessures. Cette intervention permet à la mère de regagner confiance en elle et en son allaitement, de prévenir le découragement et de réduire le risque d'interruption de l'allaitement.

Onguent médicamenteux (Pommade médicamentée pour mamelons (Dr Newman)):

- Cet onguent est recommandé pour traiter les mamelons présentant des gerçures, fissures ou crevasses. Il contient un mélange de médicaments visant à accélérer la cicatrisation des lésions. Il peut être appliqué sur les mamelons après chaque tétée jusqu'à guérison complète, mais son utilisation ne doit pas dépasser 14 jours. **Il est important de noter que cet onguent ne doit pas être utilisé à titre prophylactique.** Avant d'envisager ce traitement, il est essentiel d'évaluer la technique d'allaitement (prise du sein) pour identifier la cause des blessures, car une correction de la mise au sein et une bonne hygiène des seins sont souvent suffisantes pour favoriser la guérison.
- Peut-être prescrite par une infirmière clinicienne ayant son droit de prescrire.

[OIP-913 Pommade médicamentée pour mamelons \(Dr Newman\)](#)

Pour plus d'information sur les soins des seins et les différentes difficultés courantes d'allaitement, recommander l'usagère au « [Mieux vivre avec son enfant de la grossesse à deux ans](#) »

3.7. Tétées groupées

En fin de journée et pendant la nuit, les nouveau-nés peuvent présenter une augmentation de l'agitation et de la demande de lait en raison de plusieurs facteurs biologiques et comportementaux. Leur rythme circadien n'étant pas encore pleinement développé, ils ne suivent pas le cycle veille-sommeil adulte, ce qui peut entraîner des périodes prolongées d'éveil nocturne. De plus, la fatigue accumulée au cours de la journée peut accroître leur irritabilité, les rendant plus enclins à chercher du réconfort et de la nutrition. Les besoins nutritionnels en fin de journée peuvent également augmenter pour soutenir la croissance rapide et les besoins métaboliques accrus. Par ailleurs, la production lactée est régulée par la prolactine, une hormone essentielle qui stimule la lactogène et assure un approvisionnement constant en lait. Les tétées nocturnes sont cruciales pour maintenir des niveaux adéquats de prolactine, ce qui aide à soutenir une production lactée suffisante et stable. Sauter des tétées nocturnes peut entraîner une diminution de la production de lait, perturbant ainsi l'équilibre hormonal et les besoins nutritionnels du nouveau-né. En conséquence, il est important pour les mères de maintenir les tétées régulières, y compris la nuit, pour garantir à la fois la satisfaction des besoins nutritifs du nourrisson et le maintien d'une production lactée optimale.

Lors des poussées de croissance, les nouveau-nés augmentent significativement la fréquence des tétées, parfois jusqu'à toutes les heures. Cette demande accrue stimule la production lactée, facilitant ainsi l'adaptation du volume de lait aux besoins nutritionnels croissants du nourrisson. Bien que cette phase puisse être intense et éprouvante pour la mère, elle est cruciale pour le développement et la stabilisation de la lactation. Pendant ces périodes, le nouveau-né peut présenter des schémas de sommeil et de réveil irréguliers, alternant entre des périodes de succion fréquente, de sommeil court, et de pleurs. Certains bébés peuvent téter presque de manière continue pendant plusieurs heures avant de s'endormir pour une période prolongée. En tant que professionnel de la santé, il est essentiel d'accompagner les parents en les informant de la normalité de ces périodes de croissance. Fournir un soutien adéquat et des assurances contribue à aider les parents à comprendre et à gérer ces variations temporaires dans le comportement de leur nourrisson, et à maintenir leur confiance dans le processus d'allaitement.

3.8. Montée laiteuse

La montée laiteuse est un phénomène hormonal universel qui se produit chez toutes les femmes après l'accouchement, qu'elles allaitent ou non, généralement entre le 2^e et le 5^e jour post-partum. Ce processus se caractérise par une augmentation rapide de la production lactée et par un changement de la composition du lait, qui devient plus clair. La montée laiteuse peut être accélérée par une stimulation fréquente des seins, ce qui contribue également à atténuer l'inconfort associé à l'engorgement. Pendant cette période, les seins deviennent plus chauds et leur volume augmente en raison de l'afflux sanguin et de l'accumulation de lait. La plupart des femmes ressentent un inconfort lorsque leurs seins deviennent pleins et durs. Les stimulations régulières, telles que l'allaitement ou l'utilisation d'un tire-lait, sont bénéfiques pour faciliter la montée laiteuse et réduire les sensations désagréables d'engorgement.

Soulagement de la douleur associée à la montée laiteuse :

- Allaiter ou exprimer régulièrement : il est recommandé d'allaiter ou d'exprimer le lait plus de 8 fois toutes les 24 heures pour maintenir une stimulation lactée adéquate et soulager l'engorgement.
- Assurer une mise au sein efficace : vérifier que le bébé prend une grande partie de l'aréole dans sa bouche, que le son de déglutition est audible ou que les mouvements de déglutition sont visibles, et que la mère ne ressent pas de douleur pendant la mise au sein. Après chaque séance d'allaitement, les seins devraient paraître plus souples.
- Appliquer des compresses froides : appliquer des compresses froides sur les seins toutes les 1 à 2 heures pendant 10 à 15 minutes entre les tétées pour réduire l'enflure et soulager l'inconfort.
- Choisir un soutien-gorge approprié : recommander un soutien-gorge d'allaitement qui offre un bon maintien sans être trop serré afin d'éviter une pression excessive sur les seins.
- Prendre des analgésiques compatibles avec l'allaitement : l'acétaminophène est recommandé comme analgésique, car il est compatible avec l'allaitement et peut aider à soulager la douleur.

3.9. Suce et allaitement

La Société canadienne de pédiatrie recommande de ne pas introduire de sucette avant que l'allaitement ne soit bien établi, car l'utilisation prématurée d'une suce peut affaiblir le réflexe de succion ou induire une confusion du sein. Cependant, pour les nouveau-nés prématurés ou hospitalisés, une suce peut être nécessaire pour leur fournir un confort supplémentaire, en complément de leur soutien dans l'apprentissage de la succion. Il est crucial de d'abord vérifier si le nouveau-né manifeste des signes qu'il est prêt à téter, de fatigue, ou a besoin de réconfort avant de lui proposer une suce. La suce peut masquer les signes que bébé est prêt à téter. Pour apaiser le nourrisson, il est recommandé de privilégier des méthodes telles que les séances de peau à peau, le bercement, la promenade, ou l'offre du sein. L'utilisation du sein pour le réconfort ne crée pas de mauvaises habitudes.

3.10. Ressource d'aide en allaitement

- CLSC : Les femmes peuvent consulter les ressources disponibles dans leur CLSC local, qui peuvent inclure des cliniques pour nourrissons ou des haltes allaitement, offrant suivi du poids du bébé et soutien à l'allaitement. Info-Santé est également accessible 24h/24 au 811 pour des consultations téléphoniques.
- Organismes communautaires en allaitement : dirigés par des bénévoles expérimentées en allaitement, ces organismes offrent un soutien basé sur l'expérience et la formation continue. Les demandes de soutien se font généralement en ligne, et le [Regroupement Allaitement Montréal \(RAM\)](#) peut aider à localiser les ressources régionales.
- Consultante en lactation (IBCLC) : Les IBCLC sont des professionnelles spécialisées en soutien à l'allaitement. Cette certification garantit leur expertise. Elles peuvent soutenir les mères et les professionnels de santé, et certains travaillent également en cabinet privé. Pour plus d'informations ou pour trouver une consultante, visitez le site de [l'Association québécoise des Consultantes en lactation certifiées](#).

3.11. Conservation du lait maternel

Pour renseigner les familles à domicile avec un nouveau-né en santé, utiliser les temps de conservation disponible dans le « [Mieux vivre avec son enfant de la grossesse à deux ans](#) ». Pour les familles dont le nouveau-né est hospitalisé référer à la procédure clinique en vigueur

Manipulation du lait maternel exprimé frais/décongelé.

- Avant de manipuler le lait (les parents ou les professionnels de la santé), il est essentiel d'avoir les mains propres. Il est également important d'utiliser un tire-lait et des accessoires propres, se référer au manuel du fabricant ainsi qu'au « [Mieux vivre avec son enfant de la grossesse à deux ans](#) » pour le nettoyage et la désinfection. Le lait peut être conservé dans :
 - Contenants de verre ou de plastique rigides stérilisés.
 - Sacs stériles à usage unique conçus pour le lait maternel.
- Éviter de remplir le contenant à plus du 2/3, car le liquide prend plus d'espace quand il est congelé.
- Inscrire la date sur les contenants et bien les fermer.
- Le lait maternel est à son meilleur quand il est frais, la congélation prolongée diminue légèrement la valeur nutritive du lait maternel (ses qualités demeurent supérieures à celles des préparations commerciales pour nourrisson).

Décongélation du lait maternel :

- Pour décongeler et tiédir du lait maternel préalablement congelé :
 - Commencer par laisser couler de l'eau froide sur le contenant. Puis, petit à petit, ajouter l'eau chaude courante jusqu'à ce que le lait soit à la température désirée.
- **OU**
 - Laisser le contenant de lait maternel congelé au réfrigérateur pendant 10 à 12 heures.
 - Avant de servir, immerger le contenant dans une eau tiède chaude jusqu'à ce que le lait soit à la température désirée.
- Lait maternel tiédi :
 - Si le lait maternel a été tiédi, mais n'a pas été ingéré par le nouveau-né et n'a pas été en contact avec ses bactéries buccales (que le biberon n'a pas été dans la bouche), il n'est pas nécessaire de le jeter immédiatement. Il peut être conservé au réfrigérateur pour une durée supplémentaire de 4 heures. Utilisez-le lors du prochain boire, sinon il devra être éliminé après cette période.

3.12. Tire-lait

Le marché propose une variété croissante de modèles de tire-lait. Cependant, il est important de faire preuve de prudence lors de l'achat via des sites en ligne, car tous les tire-lait ne sont pas approuvés par Santé Canada, et leur efficacité ne peut pas être garantie. Les tire-lait se classifient principalement en deux catégories : manuels (suffisants pour une utilisation occasionnelle) et électriques (simples ou doubles). Pour maintenir une production lactée optimale, en remplacement de mises au sein efficaces, seuls les tire-lait doubles électriques de grade hospitalier sont capables de soutenir adéquatement la production lactée.

Il est crucial de donner à la dyade mère-bébé le temps nécessaire pour que l'allaitement s'établisse correctement. Cette période d'adaptation permet au nouveau-né et à sa mère de synchroniser leurs rythmes et d'ajuster les techniques d'allaitement. Cependant, en cas de problèmes de production de lait ou de succion inefficace, il est important de consulter un professionnel de la santé pour obtenir assistance et conseils. En somme, la patience est essentielle pour instaurer une relation d'allaitement réussie et harmonieuse.

Utilisation du tire-lait électrique double de grade hospitalier :

Si la mère est séparée de son nouveau-né à la naissance ou si le bébé ne tète pas au sein, il est recommandé d'utiliser un tire-lait électrique double. Il est conseillé d'utiliser le tire-lait après chaque tétée, en stimulant les seins environ 8 fois sur une période de 24 heures, pendant environ 15 minutes chaque session. Il est également important d'effectuer au moins une expression nocturne pour maintenir une production lactée adéquate.

Le choix de la taille de la coupole du tire-lait est crucial pour le confort et l'efficacité. Mesurez la base du mamelon avec un ruban à mesurer et sélectionnez une coupole légèrement plus grande que la mesure obtenue pour éviter que le mamelon ne frotte contre les parois de la coupole. Optez pour une coupole plus grande si vous ressentez de l'inconfort avec une succion faible, si le mamelon frotte contre les parois, si vous avez du mal à centrer le mamelon, si le mamelon devient blanc ou s'il ne se déplace pas facilement dans la coupole. À l'inverse, choisissez une coupole plus petite si vous ressentez de l'inconfort avec une succion faible, si plus de 3 mm d'aréole sont inclus dans la coupole, ou si le mamelon rebondit en entrant et sortant du tunnel.

Extraction

Tout d'abord, procéder au nettoyage de l'appareillage et assurez-vous que l'appareil est propre. Ensuite, procédez à l'hygiène des mains et assurez-vous que le matériel est propre et stérile. Assembler les accessoires et fixer la tubulure à la coupole. Ouvrir le dessus du tire-lait, insérer le bout dans l'appareil jusqu'à ce qu'il émette un clic, puis refermer le couvercle. Positionnez les coupoles correctement sur les mamelons.

Allumer le tire-lait en sélectionnant le cycle automatique, qui commence par 2 minutes de succion rapide pour imiter les premières suctions du nouveau-né. Passez ensuite à un cycle plus lent et profond. Ajuster l'intensité de la succion en augmentant progressivement jusqu'à ressentir un léger inconfort, puis réduire l'intensité afin que ne pas ressentir de douleur ni d'inconfort. Il est recommandé d'exprimer pendant un maximum de 15 minutes, et de compléter la séance par 1 à 2 minutes d'expression manuelle.

3.13. Utilisation de la tétérèlle

La tétérèlle est un accessoire d'allaitement fait de silicone moulé qui s'ajuste à la forme du mamelon et qui est disponible en différents modèles et tailles. Elle est parfois utile dans certaines situations cliniques qui nécessitent une évaluation approfondie, des réévaluations fréquentes ainsi qu'un sevrage. Vous devez consulter un IBCLC ou un professionnel de la santé expérimenté avant toute utilisation.

- Toutefois, son utilisation doit être limitée et envisagée en dernier recours, surtout au cours des premiers jours, car elle peut entraver l'apprentissage efficace de la prise du sein par le nouveau-né, provoquer un refus du sein, et diminuer la stimulation et la production lactée. Si une infirmière envisage l'usage de la tétérèlle, elle doit consulter un professionnel expérimenté en allaitement au sein de l'équipe de soins pour obtenir des conseils adaptés.

Si une tétérèlle est initiée

- S'assurer d'expliquer les risques d'utilisation de la tétérèlle : risque de diminution de la production de lait si non adéquatement positionné ou mauvais ajustement.
- S'assurer de trouver et d'expliquer à la famille la cause qui mène à son utilisation.
- Dans le début de l'utilisation, s'assurer de la prise de poids adéquate du bébé.
- Expliquer les étapes du sevrage de la tétérèlle à la mère et l'inviter à nous recontacter au besoin et/ou de contacter les ressources communautaires en allaitement du secteur.

Étape d'utilisation

1. Hygiène des mains
2. Choisir la bonne taille (16mm petit/20mm moyen/24mm grand)
3. Réchauffer la tétérèlle sous l'eau chaude pour l'assouplir.
4. Retourner la tétérèlle à moitié à l'envers : faire un « sombrero »
5. Bien centrer le mamelon dans la tétérèlle.
6. Faire une pression vers le thorax afin de faire sortir le mamelon dans la tétérèlle.
7. Retourner la tétérèlle à l'endroit en couvrant autant de mamelons que possible.
8. La mère peut exprimer une goutte de lait sur la tétérèlle pour stimuler le bébé à la succion.
9. Bien évaluer la prise du sein.
 - S'assurer d'avoir une prise optimale au sein : bouche grande ouverte en forme de « canard », lèvres retroussées et menton appuyé sur le sein.
 - S'assurer d'avoir un bon transfert de lait.
 - Pas de mamelon replié.
 - Pas de creux.
 - Pas de petite bouche en forme « de poisson ».
10. Nettoyer la tétérèlle à l'eau chaude savonneuse après chaque usage et la rincer à l'eau claire.
11. Réévaluer la pertinence d'utiliser la tétérèlle à chaque tétée. Cesser l'utilisation dès que possible.
12. S'assurer d'une lecture de poids régulière.
13. S'assurer d'ajouter l'information sur l'avis de continuité de soins. Le CLSC pourra ainsi assurer un suivi dans les 24 heures du congé hospitalier.

3.14. Dispositif d'aide à l'allaitement (DAA)

Lorsque le lait maternel ne peut pas être donné directement au sein (pour diverses raisons), il est possible de le fournir au nouveau-né à l'aide d'une cuillère ou d'un gobelet pendant les premiers jours, surtout lorsque les quantités sont petites. Dans certains cas, pour garantir un apport suffisant en nutriments, que ce soit avec du lait maternel exprimé ou des préparations commerciales pour nourrisson, on peut utiliser un dispositif d'aide à l'allaitement (DAA). Ce dispositif, qui consiste en un tube introduit dans la bouche du bébé pendant qu'il est au sein, permet de stimuler les glandes mammaires pour augmenter la production de lait tout en permettant au nouveau-né d'être alimenté.

4. PRÉPARATION COMMERCIALE POUR NOURRISSON (PCN)

4.1. Types de préparation, reconstruction et quantité

Les préparations commerciales pour nourrissons offrent une alternative essentielle à l'allaitement pour les mères qui, pour diverses raisons, choisissent ou doivent opter pour ce mode d'alimentation. Produites en usine, ces préparations sont disponibles sous trois formes principales : en poudre à diluer avec de l'eau, en liquide concentré également à diluer, et en prêtes à boire. Chaque forme a ses propres avantages en fonction des besoins spécifiques des parents et des situations comme les déplacements ou le budget.

Il est crucial de choisir des préparations adaptées aux besoins nutritionnels des nouveau-nés, notamment celles enrichies en fer, particulièrement importantes pour les bébés de moins de 12 mois. Bien que les préparations commerciales puissent varier selon les marques, toutes doivent répondre à des normes rigoureuses pour assurer la sécurité et la nutrition adéquate des nourrissons. Si un bébé montre des signes d'intolérance (gain de poids insuffisant, inconfort, etc.) à une marque particulière, il est possible de changer, mais il est important de noter que l'adaptation de la flore intestinale peut nécessiter plusieurs semaines. Ainsi, les changements de marque fréquents ne sont pas recommandés. Il est important d'encourager les parents à en parler avec un professionnel avant de faire des changements. En revanche, il est possible d'alterner entre les différentes formes de préparations selon les besoins pratiques ou financiers des familles.

Les préparations commerciales pour nourrissons (PCN) se déclinent en trois formes, et il est possible de passer d'une forme à une autre sans problème. Cependant, il est essentiel de suivre attentivement les instructions pour bien diluer le lait selon la forme choisie. Il est également crucial de ne pas utiliser les PCN si la date limite d'utilisation est dépassée ou si l'emballage est endommagé, bosselé ou présente une forme anormale.

Prête à servir

Les préparations prêtes à l'emploi, étant stériles dès l'achat, sont particulièrement recommandées pour les nouveau-nés prématurés, immunodéprimés ou de faible poids à la naissance. Elles sont aussi les plus simples à utiliser, car elles sont prêtes à l'emploi sans besoin de préparation supplémentaire. Cependant, leur coût est généralement assez élevé.

Liquide concentré

Les préparations liquides concentrées, étant stériles à l'achat, sont recommandées pour les nouveau-nés prématurés, immunodéprimés ou de faible poids à la naissance. Bien qu'elles nécessitent une dilution avec de l'eau stérile (bous pendant au moins 1 minute) jusqu'à l'âge d'au moins 4 mois, elles sont généralement plus faciles à utiliser et plus sécuritaires que les préparations en poudre. De plus, leur coût est comparable à celui des préparations en poudre.

En poudre

La préparation en poudre peut être utilisée avant l'âge de 4 mois, mais elle doit être administrée avec précaution et sous certaines conditions. Elle est appropriée pour les nourrissons en bonne santé nés à terme, ainsi que pour ceux prématurés, dont le système immunitaire est affaibli, ou ayant eu un poids insuffisant à la naissance, lorsque la préparation liquide stérile n'est pas disponible. Cependant, il est crucial de reconnaître que la préparation en poudre n'est pas stérile et peut comporter des risques de contamination bactérienne. Pour réduire ces risques, il est important de suivre des procédures strictes de préparation :

- Nettoyer soigneusement les surfaces de travail, pratiquer l'hygiène des mains, ainsi que tous les équipements avec de l'eau chaude savonneuse. Stériliser les biberons, tétines et autres accessoires en les faisant bouillir pendant au moins 5 à 10 minutes, puis les laisser refroidir à l'air.

4.2. Préparation des PCN

Pour les nourrissons prématurés, ceux dont le système immunitaire est affaibli et ceux ayant un faible poids à la naissance, il est crucial de détruire les bactéries lors de la préparation des préparations en poudre. Pour les nourrissons nés à terme et en bonne santé, il est suffisant de limiter la croissance bactérienne, bien que la destruction des bactéries soit également acceptable. Pour ce faire, utilisez de l'eau très chaude pour préparer les biberons. Selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'eau doit avoir été portée à ébullition et refroidie à environ 70°C ou plus. Assurez-vous d'utiliser l'eau dans les 30 minutes suivant l'ébullition pour garantir sa température adéquate. Il est conseillé de suivre ces directives de l'OMS, même si elles diffèrent de celles fournies par le fabricant.

Pour les préparations de liquide concentré, puisque cette dernière est stérile, il suffit d'ajouter de l'eau préalablement bouillie (stérile).

Pour le stockage ultérieur, conserver la préparation dans des biberons stérilisés au réfrigérateur et administrer la préparation dans les 24 heures suivant la reconstitution. Réchauffer la préparation au bain-marie ou dans un chauffe-biberon, en évitant le micro-ondes, pour prévenir une chaleur inégale et des risques de brûlure. Ne réfrigérez pas et ne réutilisez pas une préparation qui a été réchauffée une fois.

4.3. Quantité de lait

La quantité de lait consommée varie beaucoup d'un nouveau-né à l'autre et d'une journée à l'autre. Les premiers jours, le nouveau-né ne boira que de petites quantités de lait, car son estomac est encore très petit. Les quantités augmenteront peu à peu. Il n'y a pas de données spécifiques qui nous indiquent la quantité de lait qu'un nouveau-né doit boire à un âge particulier. Par contre, dans le « [Mieux vivre avec son enfant de la grossesse à deux ans](#) », se trouve un tableau qui indique les quantités moyennes qu'un nouveau-né (selon son âge) doit consommer. Il ne faut pas simplement se fier sur l'apport en lait. Il faut encourager les parents à observer les urines et les selles.

Âge	Quantité totale par jour (24 heures)
Moins de 1 semaine de vie	Augmentation progressive de 180 à 600 ml
À partir de 1 semaine jusqu'à la fin du premier mois	450 à 800 ml
Le 2 ^e et le 3 ^e mois	500 à 900 ml
Le 4 ^e , 5 ^e et 6 ^e mois	850 à 1000 ml
Du 7 ^e au 12 ^e mois	750 à 850 ml

Inspiré de Doré, Nicole; Le Hénaff, Danielle (2024). *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les parents*.

4.4. Conservation des préparations commerciales

	Température de la pièce	Réfrigérateur (4 degrés)	Congélateur
PCN reconstituée de liquide concentré ou poudre	Maximum de 2 heures	24 heures (Bien couvrir la boîte)	JAMAIS
Boîte ouverte de PCN liquide (liquide concentré ou prêt à servir)	Maximum de 2 heures	48 heures (Bien couvrir la boîte)	JAMAIS
Boîte ouverte de poudre*	1 mois au sein	PAS NÉCESSAIRE	JAMAIS

Inspiré de Doré, Nicole; Le Hénaff, Danielle (2024). *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les parents*.

**Boîte ouverte de poudre : Il est important de ne pas laisser la cuillère qui sert de mesure à même la boîte afin d'éviter la prolifération bactérienne. Il est recommandé de nettoyer cette cuillère après chaque utilisation et surtout de bien nettoyer les mains avant toute manipulation.*

4.5. Eau

Un nouveau-né exclusivement allaité n'a pas besoin d'eau entre les tétées, car le lait maternel couvre ses besoins hydriques. De même, un nourrisson nourri avec une préparation commerciale, lorsqu'elle est correctement diluée selon les recommandations, n'a généralement pas besoin d'eau entre les boires. Cependant, vers l'âge de 6 mois, lorsque l'introduction des aliments solides commence, l'eau peut être offerte en petite quantité lors des repas.

Il est crucial de veiller à ce que l'eau donnée au nourrisson, qu'elle soit destinée à boire ou à préparer des biberons et des purées, soit de bonne qualité et ne contienne pas un niveau élevé de sels minéraux. L'eau du robinet chaude doit être évitée en raison de la présence potentielle de plomb, de contaminants et de bactéries. Quant à l'eau embouteillée, bien qu'elle soit pratique, elle n'est pas toujours stérile et doit être bouillie avant de servir aux nourrissons de moins de 4 mois.

IMPORTANT : nouveau-né moins de 4 mois

L'eau destinée aux nourrissons de moins de 4 mois doit toujours être bouillie, qu'elle provienne de l'aqueduc, d'un puits privé ou soit embouteillée. Les contenants utilisés pour conserver l'eau bouillie doivent également être stérilisés, comme les biberons. À partir de 4 mois, il est possible d'utiliser de l'eau non bouillie.

4.6. Technique pour faire bouillir l'eau

Remplir une casserole d'eau et la faire bouillir vigoureusement pendant au moins 1 minute (à gros bouillon). Laisser refroidir l'eau sans ajouter de glaçons, puis la transférer dans des contenants stérilisés préalablement. Une fois bien fermé, le contenant peut être conservé au réfrigérateur pendant 3 jours, ou à température ambiante pendant 24 heures, à l'abri du soleil.

4.7. Entretien

Maintenir une hygiène rigoureuse est essentiel pour l'utilisation des tire-lait et des biberons, que ce soit pour le lait maternel ou les préparations commerciales pour nourrissons.

Inspecter régulièrement les tétines, qui se détériorent avec le temps en raison de la succion, de la chaleur, du contact avec le lait et de l'exposition au soleil. Remplacer les tétines avant qu'elles ne deviennent collantes ou pâteuses, et les jeter immédiatement si elles sont trouées ou déchirées.

Éviter la réutilisation des sacs jetables, car ils sont fragiles et peuvent éclater avec du lait chaud. Éliminer tous les résidus de lait des biberons, tétines et tire-lait après chaque utilisation pour prévenir la croissance de bactéries.

4.8. Administration du biberon (Positionnement) *

Le parent doit s'installer confortablement. Au besoin, on peut glisser un oreiller sous le bras qui soutient le bébé. Enseigner aux parents à tenir le biberon à l'horizontale pour diminuer la vitesse d'écoulement du lait et respecter le rythme du bébé. Il est important d'observer le bébé afin de faire des pauses au besoin en penchant le biberon vers le bas ou en le retirant de sa bouche. Il est recommandé de varier les positions d'un boire à l'autre, en passant du côté droit au côté gauche. Ceci favorise le développement de sa vision. Il est parfois utile de faire une ou deux pauses pendant le boire, surtout au cours des premiers mois.

Les moments du boire sont des occasions privilégiées pour les parents de créer une belle relation entre eux et le bébé. **Aviser les parents qu'il n'est pas prudent de laisser le bébé prendre son biberon tout seul dans son lit ou dans son siège de bébé, car il peut s'étouffer en buvant.**

4.9. Nettoyage des biberons

Le nettoyage des biberons et accessoires doit être effectué après chaque utilisation, indépendamment du type de lait utilisé.

Voici les étapes à suivre :

1. Immédiatement après le boire : démontez toutes les pièces du biberon ou du tire-lait.
2. Rincer le biberon, la tétine et le capuchon à l'eau froide, en veillant à faire passer l'eau à travers le trou de la tétine pour éliminer les résidus de lait.
3. Nettoyer les pièces avec de l'eau chaude savonneuse et une brosse adaptée pour biberons et tétines. Frotter soigneusement l'intérieur et l'extérieur du biberon et de la tétine, en vous assurant de bien nettoyer les rainures des parties qui se visent ensemble, tant sur l'anneau de plastique que sur le biberon.
4. Rincer à l'eau chaude du robinet, laisser égoutter et couvrir avec un linge propre.

Une fois les biberons et les tétines bien séchés, ils sont prêts à être utilisés à nouveau.

4.10. Désinfection (stérilisation) des biberons

La désinfection des biberons doit être effectuée avant leur première utilisation et après chaque boire (après nettoyage) jusqu'à 4 mois si des préparations commerciales pour nourrissons sont utilisées. Voici les méthodes recommandées :

Technique par ébullition :

1. Après nettoyage, placer toutes les pièces dans un grand chaudron, couvrir d'eau en évitant les bulles d'air dans les biberons.
2. Couvrir le chaudron pour limiter l'évaporation, puis porter l'eau à ébullition.
3. Faire bouillir pendant 5 à 10 minutes (à gros bouillon).
4. Laissez refroidir, retirer les pièces avec des mains propres, égouttées et couvrir avec un linge propre

Au lave-vaisselle :

1. Sélectionner le cycle de stérilisation, pas le cycle économique (éco).
2. Démontez toutes les pièces et les nettoyer à l'eau chaude et savonneuse.
3. Placer les biberons et anneaux dans le panier supérieur. Les tétines en silicone peuvent aller au lave-vaisselle, mais les tétines en latex doivent être stérilisées par ébullition.

Appareil de stérilisation :

Suivez les instructions du fabricant pour l'utilisation d'un appareil de stérilisation spécifique pour biberons et tétines.

4.11. Gestion de la montée laiteuse en absence d'allaitement

La montée laiteuse peut également survenir chez les femmes qui ne pratiquent pas l'allaitement. Pour atténuer l'inconfort associé, il est conseillé de porter un soutien-gorge bien ajusté, sans armatures, en permanence. L'application de compresses froides à l'intérieur du soutien-gorge peut également apporter un soulagement. Par ailleurs, la prise d'analgésiques, soit sur ordonnance, soit en vente libre, peut être bénéfique.

Il peut être utile d'exprimer manuellement une petite quantité de colostrum ou de lait maternel pour assouplir les seins et soulager l'inconfort. Les quantités exprimées peuvent ensuite être administrées au nouveau-né à l'aide d'une cuillère ou d'un gobelet. Cette méthode facilite un sevrage progressif tout en permettant au nourrisson de bénéficier des anticorps présents dans le colostrum ou le lait maternel, si cela est souhaité.

5. SOINS DE LA MÈRE

**Prioriser ces éléments d'enseignement au premier lever de l'usagère*

5.1. Lochies

Au cours des deux premiers jours post-partum, les saignements, appelés lochies, sont généralement rouges et plus abondants que ceux d'une menstruation normale, puis ils tendent à diminuer. Il est possible de perdre des caillots de sang de petite taille, souvent le matin, après avoir uriné ou allaité. Si le saignement diminue après l'expulsion du caillot, cela ne doit pas susciter d'inquiétude. Cependant, après un effort physique inhabituel, les lochies peuvent devenir temporairement plus rouges et abondantes, et les caillots peuvent être friables.

Les lochies durent habituellement de 3 à 6 semaines. Pendant cette période, leur couleur et leur texture évoluent : elles passent du rouge au rose, puis au brun, pour finalement devenir plus pâles, et parfois jaunâtres, avec la possibilité d'inclure du mucus blanchâtre.

Il est crucial d'utiliser des serviettes hygiéniques plutôt que des tampons ou des coupes menstruelles jusqu'à la fin des lochies. D'une part pour prévenir les infections, éviter de perturber le processus de guérison des tissus et surveiller plus facilement les lochies et les caillots.

Signaux d'alerte (quand consulter un professionnel de la santé)

- ⇒ Lochies d'odeur nauséabonde
- ⇒ Caillots plus gros qu'un œuf (évaluer si le caillot est friable afin d'éliminer la possibilité que ce soit un débris placentaire)
- ⇒ Lochies souillant une serviette hygiénique et plus en 1 heure ou moins.

5.2. Changement de serviette hygiénique

Pour préserver l'intégrité des tissus du périnée et favoriser leur guérison, il est crucial d'adopter des mesures d'hygiène rigoureuses. Ainsi, il est recommandé de changer la serviette hygiénique au maximum toutes les quatre heures, même si elle n'est pas entièrement souillée, ainsi qu'à chaque fois que l'usagère urine ou va à la selle, afin de maintenir un milieu sec.

La nuit, pour assurer un confort optimal pendant les tétées, il est suggéré d'uriner et de changer la serviette avant les boires. En effet, une vessie pleine peut exacerber les contractions utérines et entraîner des pertes sanguines plus abondantes en raison de l'action de l'ocytocine durant l'allaitement.

5.3. Position du fond utérin (involution utérine)

Après l'accouchement, l'utérus est situé à la hauteur de l'ombilic et diminue de 1 à 2 doigts par jour. Au bout de 10 jours environ, il retrouve sa position dans le bassin. L'allaitement maternel et la mobilisation précoce facilitent l'involution utérine.

Une vessie pleine ou la présence de caillots peuvent compromettre l'évacuation des lochies et engendrer une subinvolution utérine. (Utérus qui remonte)

5.4. Soins du périnée

L'hygiène des mains avant et après les soins du périnée est essentielle pour éviter toute contamination. Il est important de nettoyer la région de l'avant (vulve) vers l'arrière (rectum). La région périnéale doit être lavée à l'eau et au savon doux au moins une fois par jour, avec un séchage délicat par tapotement avant de remettre les vêtements. L'usagère peut prendre une douche dès qu'elle est en mesure de se lever, en veillant à éviter l'eau trop chaude pour prévenir un choc vagal, et doit être accompagnée lors de sa première douche. Il est crucial de ne pas diriger le jet de douche vers le périnée pour éviter la chute prématurée des points de suture. La douche vaginale doit être évitée.

Afin de faciliter le nettoyage, il est suggéré qu'au cours des 24 premières heures d'utiliser une bouteille périnéale ou des débarbouillettes humides et de procéder au séchage en tapotant avec une débarbouillette sèche.

Miction

Après l'accouchement, les mères peuvent ressentir une impression de brûlure. Si c'est le cas, leur recommander d'utiliser la bouteille d'eau périnéale, celle-ci aide à diluer l'urine pendant la miction, réduisant ainsi la sensation de brûlure. Les mères peuvent rencontrer des difficultés à contrôler leur vessie au cours des premiers jours après l'accouchement, et ce problème peut durer quelques semaines.

5.5. Pansement de plaie de césarienne

Pansement compressif

Le pansement opératoire compressif est généralement retiré 24 heures après la procédure et est retiré selon l'ordonnance médicale. Sous ce pansement compressif, il y a habituellement un pansement sec, qui sera également retiré conformément aux directives médicales.

Pansement alvéolaire

Ce type de pansement est imperméable, ce qui permet à l'usagère de prendre une douche. Il est normalement maintenu en place jusqu'à 7 jours après l'accouchement. En cas de souillure, il est important de ne pas délimiter le pansement; il convient plutôt d'évaluer la souillure en fonction du nombre d'alvéoles affectées.



Thérapie de pression négative TPN (Pansement PICO)

Ce pansement est équipé d'une pompe qui crée une pression négative en évacuant l'air et en aspirant l'excès de liquide de la plaie. Lors de son application, une légère sensation de succion peut être ressentie. Pendant la nuit ou les siestes, il est essentiel de placer la pompe dans un endroit sûr pour éviter qu'elle ne tombe. La douche est permise, mais il est important de déconnecter la pompe et de la protéger de l'eau. Le pansement ne doit pas être exposé à un jet d'eau direct ni immergé. Si la tubulure est déconnectée, elle doit être orientée vers le bas pour éviter l'entrée d'eau. Après la douche, une fois le pansement sec, la pompe peut être reconnectée. Le pansement PICO et les agrafes seront retirés par l'infirmière des soins courants du CLSC. En cas de problèmes fréquents avec des alarmes de « fuite d'air », lors de son retour à domicile, l'usagère doit se référer à l'infirmière du CLSC.

Procédure de déconnexion de la pompe du pansement PICO :

1. Appuyer sur le bouton orange pour mettre la thérapie sur “pause”
2. Dévisser les deux parties du connecteur et placer la pompe dans un endroit sûr
3. Une fois que la pompe est prête à être rebranchée, connecter les deux parties ensemble. S'assurer que le pansement est correctement lissé et qu'il ne présente aucun pli qui pourrait provoquer des fuites d'air.
4. Appuyer sur le bouton orange pour redémarrer la thérapie. La lumière verte clignote pour signaler que la pompe fonctionne correctement. Si après une minute la lumière orange « fuite d'air » clignote, vous sentirez la pompe vibrer, car elle essaiera d'atteindre le bon niveau d'aspiration.
5. Vérifier si le pansement ne se décolle pas légèrement et lisser l'extérieur du pansement et des bandes de fixation.
6. Appuyer sur le bouton orange pour recommencer la thérapie. La lumière verte va allumer pour indiquer que la pompe essaie de se remettre en marche. Après une minute environ, si le bouton orange se rallume, cela signifie que la fuite d'air n'est pas réglée. Poursuivre le lissage du pansement et des bandes de fixation, afin d'assurer qu'il n'y ait pas d'entrée d'air et appuyer de nouveau sur le bouton orange. Après une minute, si la lumière verte continue de clignoter, c'est que la fuite d'air a été résolue.

Agrafes

Les agrafes sont généralement laissées en place pendant 5 jours et doivent être retirées au CLSC (soins courants). Une prescription sera fournie pour ce retrait. L'utilisateur doit communiquer avec le CLSC afin de prendre un rendez-vous. Au retrait, des agrafes, des bandes adhésives seront appliquées afin d'assurer le maintien de la cicatrice pour la suite de la guérison. Il est normal d'observer une légère rougeur autour des agrafes. Les bandes adhésives sont laissées en place pour une durée de 7 jours. Si elles ne se détachent pas complètement après cette période et commencent à se décoller, vous pouvez les retirer délicatement. En revanche, si les extrémités se décollent au cours des jours suivants leur pose, il ne faut pas les retirer, mais plutôt couper les extrémités décollées.

Points fondants

Le fil de suture est résorbable et se décomposera naturellement. Les bandes adhésives devraient se détacher d'elles-mêmes dans les 7 jours suivant leur application. Passé ce délai, vous pouvez les retirer délicatement.

Soins de la plaie

Après le retrait du pansement, il est recommandé de nettoyer la plaie quotidiennement avec de l'eau et du savon non parfumé. Il est important de bien assécher la plaie avant de la recouvrir de vêtements.

5.6. Douleur et plaie de césarienne

La douleur peut persister de quelques jours à plusieurs semaines. La médication prescrite et l'automédication peuvent aider à la gérer. L'application d'un coussin au site de la plaie lors de la mobilisation peut aider au soulagement de la douleur et ainsi faciliter les déplacements. La durée de guérison complète peut s'étendre sur 3 semaines. Jusqu'à la guérison complète, il est normal de ressentir des démangeaisons, de la douleur, de l'inconfort ou un engourdissement au niveau de l'incision. Une perte ou une augmentation de la sensibilité au niveau de l'incision peut également se produire durant les premiers mois après la césarienne.

5.7. Signes d'infection

Si l'usagère constate l'apparition d'un ou plusieurs signes d'infection, l'informer de communiquer avec la clinique ambulatoire de soins infirmiers du CLSC, communiquer avec info santé au 811 ou prendre rendez-vous avec son médecin traitant.

Signes d'infections de la plaie	
⇒ Rougeur	⇒ Nouvelle douleur ou augmentation de la douleur habituelle
⇒ Chaleur au pourtour	⇒ Écoulement nauséabond et/ou coloré (verdâtre)
⇒ Œdème	⇒ Décollement des bords de la plaie
⇒ Induration	⇒ Température buccale (fièvre) à plus de 38,0°C.

5.8. Recommandations pour favoriser une récupération optimale après une césarienne

⇒ Éviter les boissons gazeuses qui peuvent augmenter les ballonnements et augmenter la douleur.	⇒ Éviter les efforts des muscles abdominaux jusqu'à un mois suivant la césarienne, ne pas soulever de poids plus lourd que le nouveau-né.
⇒ Prévenir la constipation (augmentant la prise de fibres et d'eau) ainsi que la mobilisation selon la tolérance.	⇒ Les activités physiques avec impact peuvent être reprises vers le 3 ^e mois post-partum.
⇒ Reprendre graduellement les activités selon la tolérance.	

5.9. Bain et douche

Après un **accouchement vaginal**, la douche peut être prise à tout moment, pourvu que l'usagère se sente bien et que les déplacements soient sécuritaires (évaluation préalable de l'infirmière du risque de chute). Un bain dans une baignoire propre est également permis, à condition d'éviter l'utilisation d'huile et de bain moussant.

Après une **césarienne**, la douche peut être prise à tout moment à condition que le pansement compressif soit retiré et que le premier lever est toléré (évaluation préalable de l'infirmière du risque de chute). Un bain peut être envisagé environ 5 jours après l'opération, si la plaie de la césarienne guérit correctement. Adapter l'enseignement en fonction des prescriptions médicales et du pansement de l'usagère.

5.10. Tranchées

Les contractions utérines qui aident l'utérus à revenir en place dans la paroi pelvienne, se manifestent souvent lors de l'allaitement et sont accompagnées de saignements. Ces contractions, appelées tranchées, peuvent être plus intenses durant les trois premiers jours puis diminuent progressivement. Elles sont généralement plus douloureuses et fréquentes chez les femmes ayant déjà accouché (multipares) en raison de la perte de tonus des muscles utérins, contrairement aux femmes ayant leur premier enfant (primipares), dont l'utérus est souvent plus contracté en permanence.

Pour soulager cet inconfort, suggérer aux femmes d'opter pour des méthodes non pharmacologiques telles que vider régulièrement la vessie (toutes les 4 heures maximum), se coucher sur le ventre pour maintenir la contraction de l'utérus, effectuer un léger massage de l'utérus, ou appliquer de la chaleur ou du froid. En ce qui concerne le soulagement pharmacologique, l'ibuprofène peut être utilisé, sauf pour les femmes ayant eu un épisode de prééclampsie ou d'éclampsie, suivre les indications médicales.

5.11. Hémorroïdes

Les hémorroïdes, veines dilatées au niveau anorectal, peuvent apparaître durant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum. Elles peuvent être internes ou externes et se résorbent généralement en deux semaines après l'accouchement.

Leur apparition au cours de la grossesse, peut résulter d'une diminution du tonus du plancher pelvien, de la constipation ou de changements hormonaux. Pendant l'accouchement, les efforts de poussée peuvent les provoquer, et après l'accouchement, elles peuvent se manifester après la défécation, surtout chez les femmes qui ont tendance à souffrir de constipation.

Pour soulager les hémorroïdes, les positions prolongées debout sont à éviter. Lors de la mobilisation et du passage de la position debout à assise, enseigner aux femmes à contracter les muscles du périnée et de prioriser des surfaces dures afin de favoriser le retour veineux et de réduire la douleur. Finalement, afin d'éviter d'occasionner l'apparition d'hémorroïdes en période postnatale, la prévention de la constipation est primordiale.

PRÉVENIR LA CONSTIPATION

Première selle post-accouchement

- ⇒ Il est normal de ne pas aller à la selle pendant 2 à 3 jours après un accouchement vaginal et de 3 à 5 jours après une césarienne
- ⇒ La constipation est fréquente après un accouchement, qu'il se soit passé par voie vaginale ou par césarienne
- ⇒ Si vous avez des points de suture au périnée, ne craignez rien, ils ne céderont pas lorsque vous irez à la selle.

Afin de prévenir la constipation, recommander les éléments suivants à l'usagère :

- ⇒ Alimentation riche en fibres (grains entiers, fruits, légumes, légumineuses, noix)
- ⇒ Apport d'eau de 1.5 à 2 litres par jour
- ⇒ Activité de faible intensité comme la marche
- ⇒ Prise régulière de laxatif au besoin (émollients fécaux de type Lax-a-day).

5.12. Soulagement de la douleur et automédication

Automédication

La trousse d'automédication est remise chez toutes les femmes, à condition qu'elles soient en mesure de bien comprendre le fonctionnement de cette dernière. Cette trousse comprend de l'acétaminophène et du Naproxen (si prescrit). Elle sera débutée au cours des premières heures suivant un accouchement vaginal et au terme des 24h suivant une césarienne (les ordonnances de l'anesthésiste sont prioritaires aux ordonnances médicales, en ce qui a trait au soulagement de la douleur).

Dans certains cas, selon l'ordonnance médicale, l'ajout de crèmes analgésiques pour soulager la douleur de l'incision au périnée ou des hémorroïdes est possible.

Il est essentiel d'expliquer aux usagères l'importance d'un soulagement efficace de la douleur pour favoriser leur mobilité et leur récupération. La douleur ne devrait pas dépasser 5 sur 10. Si c'est le cas, malgré l'utilisation régulière de l'automédication et des méthodes de soulagement non pharmacologiques, il est conseillé de consulter le médecin pour envisager une prescription de narcotiques.

5.13. Soulagement non pharmacologique

Glace

Au cours des 24 premières heures, encourager l'application de glace pour réduire l'œdème. Appliquez-la toutes les 2 à 3 heures pendant 15 à 20 minutes en suivant ces étapes :

1. Placer un peu de glace dans un sac plastique de type Ziplock.
2. Enroulez le sac dans une débarbouillette et appliquez-le directement sur le périnée.
3. Maintenir le sac en place à l'aide des sous-vêtements (la serviette hygiénique peut être retirée).
4. Après chaque utilisation, jeter le sac et utiliser un nouveau sac pour la prochaine application.

Bain de siège

Pour toutes les usagères ayant une lacération du 3^e ou 4^e degré, encourager l'utilisation du bain de siège durant les 24 premières heures post-partum. Cette pratique aide à réduire la douleur, l'œdème, et permet un nettoyage approfondi de la plaie périnéale, favorisant ainsi la cicatrisation.

Des bains de siège peuvent être fournis en centre hospitalier, si disponible selon les milieux. Sinon, il est recommandé de demander au partenaire de se procurer un bain de siège dans un magasin de grande surface ou en pharmacie.

Pour les usagères avec d'autres types de lacérations, le bain de siège sera recommandé dès le retour à la maison, selon les besoins. Elles pourront se procurer un bain de siège en pharmacie ou utiliser leur bain (préalablement nettoyé et rempli d'eau tiède). Il est important que l'usagère prenne une douche avant pour réduire le risque d'infection.

Voici les étapes pour utiliser le bain de siège :

1. Remplir le bain de siège ou le fond du bain avec de l'eau tiède claire.
2. Placer le bain de siège sur la cuvette de la toilette.
3. L'usagère procède au trempage trois fois par jour d'une durée de 15-20 minutes.
4. Vider et nettoyer le bain de siège/bain et recommencer.

Compresse d'hamamélis (Tucks)

Pour soulager l'œdème et l'inconfort tout en favorisant la cicatrisation, l'application des compresses peut être débutée 24 heures après l'accouchement, et ce, si l'œdème persiste malgré l'application de glace. Appliquer ces compresses directement sur le périnée propre et les maintenir en place pendant 15 à 20 minutes. Répéter jusqu'à 6 fois par jour.

5.14. Signes de complications et quand consulter en post-partum*

⇒ Signes d'hémorragie :

- Vous remplissez une serviette hygiénique régulière par heure pendant deux heures consécutives.
- Vous perdez de gros caillots de sang (ex. : plus d'un caillot de la grosseur d'un œuf)

⇒ Fièvre : température de 38,0°C (100,4 F) ou plus.

⇒ Douleur abdominale intense ou non soulagée par des analgésiques

⇒ Difficultés respiratoires

⇒ Douleur nouvelle à une jambe, avec de l'enflure

⇒ Maux de tête sévères, des douleurs en barre à l'estomac ou un changement subit de vision.

5.15. Références

⇒ Guide « [Mieux vivre avec son enfant de la grossesse à deux ans](#) »

⇒ L'infirmière du CLSC

⇒ Info-Santé (811)

⇒ Votre médecin, votre sage-femme ou votre IPS

⇒ [Rendez-vous santé Québec](#) pour une consultation médicale le jour même ou le lendemain

⇒ Consulter l'annexe C de la règle de soins 6003 [Consultation téléphonique obstétricale et postnatale](#).

Informez l'usagère/famille de communiquer rapidement avec le 911 si présence de signes de choc :
agitation, faiblesse, pâleur, peau, moite et froide, sueurs, confusion, palpitations.

6. SOINS DU NOUVEAU-NÉ

**Prioriser ces éléments d'enseignement lors de la routine de soins de 24 heures*

6.1. Soins du cordon

Le cordon ombilical est de couleur blanchâtre à la naissance et devient plus foncé en séchant. Le cordon doit rester propre et sec afin de prévenir les infections. La pince est laissée en place et tombera avec le cordon entre le 5^e et le 21^e jour.

Le pourtour du cordon doit être nettoyé 1 fois par jour ou plus, et ce, jusqu'à ce que le nombril soit guéri (même si la pince et une partie de cordon sont détachées). Le nettoyage doit être fait avec un Coton-Tige imbibé d'eau tiède, puis assécher avec un Coton-Tige sec. Ne pas oublier de bien assécher après le bain (le nouveau-né peut recevoir un bain même si la pince et le cordon sont toujours en place).

Lors de l'habillage, il est important de laisser le cordon à l'air en pliant le haut de la couche vers le bas. Ne pas tirer sur le cordon lorsqu'il commence à se détacher, il tombera seul. Il peut avoir un léger saignement (quelques gouttes) lors de la chute du cordon, cela peut être normal.

Consulter un professionnel de la santé si :

- ⇒ Apparition d'une rougeur ou enflure au pourtour de l'ombilic.
- ⇒ Écoulement jaune ou vert avec ou sans odeur.
- ⇒ Odeur nauséabonde au niveau du nombril.
- ⇒ Saignement actif au niveau du nombril avant ou après la chute.

6.2. Prise de la température

Si le nouveau-né semble en bon état (en forme), la température ne devrait pas être vérifiée de façon systématique. Toutefois si le nouveau-né semble malade (chaud au toucher, rouge, irritable ou amorphe) sa température devrait être contrôlée.

La prise de la température par la voie rectale est à privilégier pour les enfants de 2 ans et moins. La température axillaire (sous le bras) peut être prise, mais s'il y a un doute ou si la valeur se situe à plus de 37,5°C, une confirmation par la voie rectale est recommandée.

Chez les nouveau-nés, la fièvre est définie par une température rectale de 38,0°C (100,4°F) ou plus, et dès que le nouveau-né de moins de 3 mois fait de la fièvre, il est important de consulter un professionnel de la santé avant d'administrer de l'acétaminophène.

3 à 5 mois : Communiquer avec Info-Santé au 811 ou consulter un médecin.

6 mois ou plus : Observer le nourrisson, s'il boit bien et que son état de santé vous semble bon. Vous pouvez le soigner à la maison. Consulter si la fièvre dure plus de 72h.

6.3. ICTÈRE (jaunisse)

La jaunisse, aussi appelée ictère, est très fréquente chez le nouveau-né. Elle cause la coloration jaune du blanc des yeux et de la peau. Cette coloration provient d'une accumulation de pigments orangés (bilirubine) dans le sang. Chez le nouveau-né à terme, la jaunisse se déclare vers la 2^e et la 3^e journée de vie et disparaît après la première semaine. Chez les nouveau-nés prématurés, elle peut durer quelques semaines.

La bilirubine est éliminée en partie dans les selles, la jaunisse est donc plus forte quand un nouveau-né ne boit pas assez et que ses intestins fonctionnent peu. Donc la meilleure façon de prévenir la jaunisse est de s'assurer que le nouveau-né boit suffisamment de lait.

Les signes cliniques de l'ictère

- ⇒ Coloration jaune de la peau, des conjonctives et des muqueuses (teint rougeâtre/pléthorique)
- ⇒ Urine et selles foncées
- ⇒ Somnolence
- ⇒ Diminution de la fréquence des boires
- ⇒ Diminution de la diurèse
- ⇒ Perte de plus de 10% du poids de naissance ou absence de gain de poids

En cas d'ictère plus sérieux, le nouveau-né est souvent amorphe et se réveille difficilement malgré la stimulation. En cas de doute, au retour à la maison, les parents doivent communiquer avec l'infirmière du CLSC ou Info-Santé au 811. Dans la plupart des cas aucun traitement n'est nécessaire, mais il se peut que le nouveau-né ait besoin d'un traitement par photothérapie à l'unité de soins intermédiaires ou à domicile selon la situation

6.4. Désobstruction des voies respiratoires

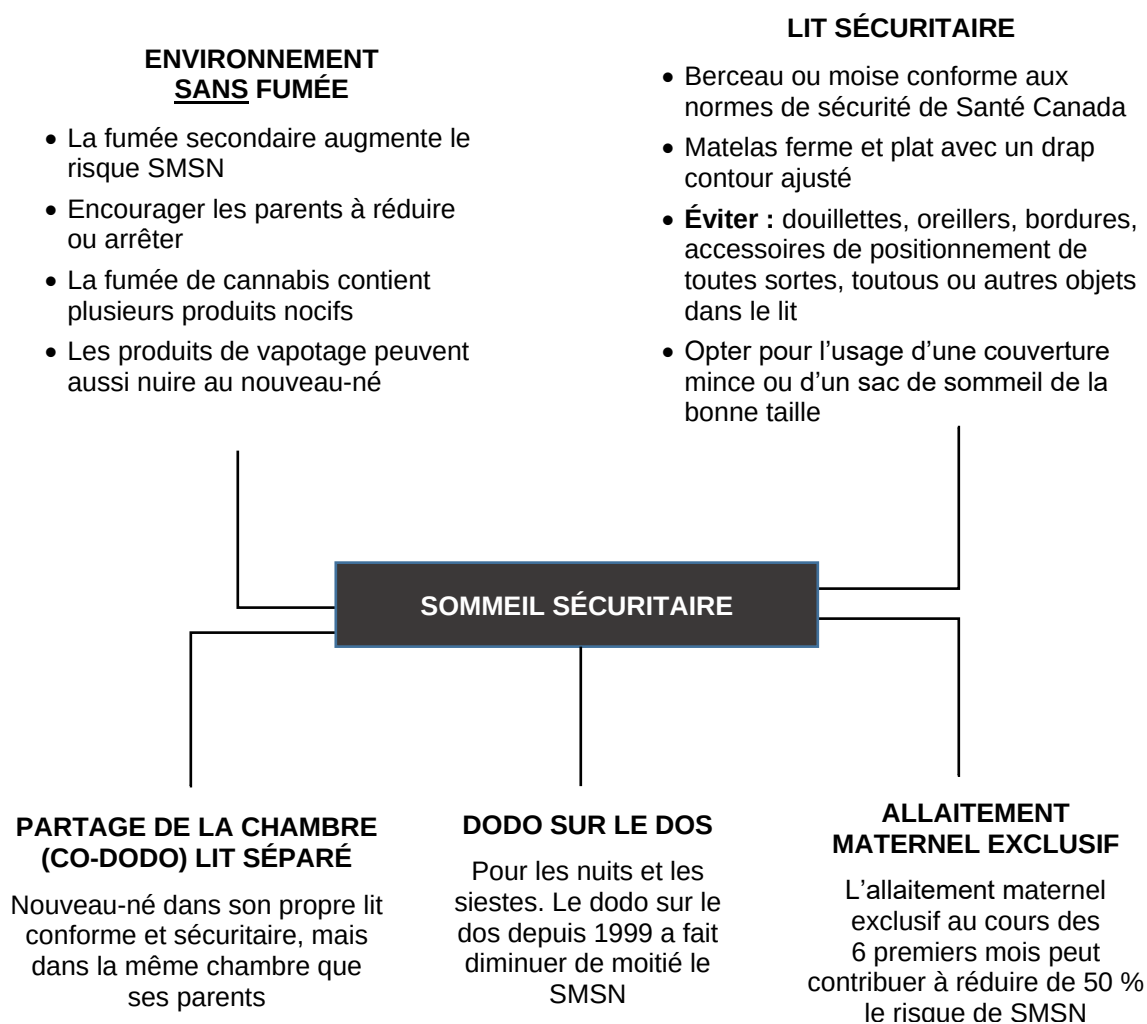
À la naissance, les nouveau-nés sont souvent aux prises avec beaucoup de sécrétions. Lors de leur séjour à l'hôpital, si les parents trouvent que leur nouveau-né semble en détresse, ils doivent demander l'aide de l'infirmière (sonner la cloche ou arracher la cloche du mur selon la situation) et faire les actions suivantes en attendant son arrivée :

- ⇒ Installer le nouveau-né en position assise en lui tapant le dos comme lors du rot.
- ⇒ Si cela ne fonctionne pas, le placer sur le ventre, sur leur avant-bras, la tête légèrement plus basse que les fesses et tapée sur le dos avec la paume de la main.
- ⇒ Les parents peuvent aussi utiliser la poire d'aspiration et retirer les sécrétions ou le lait du nez et de la bouche, puis faire pleurer le nouveau-né pour dégager ses poumons.

6.5. Sommeil sécuritaire syndrome de mort subite du nourrisson 🎬

Le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) désigne la mort inattendue d'un nouveau-né. C'est un événement qui se produit généralement durant le sommeil chez un nouveau-né en bonne santé. Il arrête de respirer, sans cause médicale apparente. Les causes sont inconnues, par contre, on peut intervenir sur les facteurs de risque afin de diminuer l'incidence.

Il est possible de **diminuer le risque de SMSN** en suivant ces recommandations :



6.6. CODODO

Bien que le cododo (partage de lit) ne soit pas recommandé, certaines familles optent tout de même pour cette méthode. Il est donc essentiel d'informer les parents des risques, mais également de les sensibiliser sur les meilleures pratiques afin de prévenir au maximum le risque de SMSN.

RISQUES

Que le nouveau-né soit coincé entre le parent et le mur ou bord de lit (risque augmenté de SMSN).

Risque étouffement par les articles dans le lit (oreiller, drap, etc.).

Risque de chute : même si des précautions sont prises, les chutes sont possibles.

Surchauffe : si des couvertures épaisses ou vêtements trop chauds

Inconfort des parents : le sommeil peut être perturbé davantage et ainsi amener plus de fatigue chez les parents et ainsi compromettre leur capacité à s'occuper adéquatement du nouveau-né.

Si toutefois, les parents désirent en savoir plus sur les principes de sécurité concernant le partage du lit, voici une liste d'éléments à respecter à la lettre. Il n'est toutefois pas impossible que le SMSN survienne.

- ⇒ Toujours positionner le nouveau-né sur le dos
- ⇒ Matelas ferme; on évite le canapé, chaise berçante, sofa, etc.
- ⇒ Aucun accessoire; oreiller ou douillette
- ⇒ Maintenir une distance suffisante entre le matelas et le mur pour ne pas que le nouveau-né reste coincé
- ⇒ Température de la pièce ainsi que vêtements adéquats pour éviter que le nouveau-né ait trop chaud
- ⇒ Ne JAMAIS dormir avec le nouveau-né si vous avez consommé (alcool, drogue, médicaments de type narcotiques ou somnifères)
- ⇒ Ne JAMAIS dormir sur un canapé ou tout meuble similaire (ex. : chaises rembourrées)

6.7. Programme périnatal de prévention du syndrome du bébé secoué (PPPSBS)

Durant leur séjour à l'hôpital, TOUS les parents reçoivent l'enseignement du programme de promotion de la santé et de prévention primaire qui a pour but de prévenir la violence physique envers les nouveau-nés, particulièrement les secousses violentes. Il est important de choisir un moment propice où les deux parents sont attentifs pour faire cet enseignement, il est aussi préférable de ne pas le faire en même temps que l'enseignement de départ. Se référer à la fiche aide-mémoire.

6.8. Signes de complications et quand consulter* (vidéo)

- ⇒ Fièvre : température rectale à 38,0°C (100,6°F) ou plus
- ⇒ Changement de la couleur de la peau ou du blanc des yeux passant d'une couleur claire à une couleur jaunâtre
- ⇒ Somnolent ou irritable
- ⇒ Vomissement en jet a plus d'une reprise
- ⇒ Boit moins qu'à l'habitude
- ⇒ Cordon ombilical (rougeur qui augmente, écoulement, mauvaise odeur)
- ⇒ Changement dans l'élimination :
 - Urine, peu ou pas
 - Peu ou pas de selle
- ⇒ Nouveau-né ne prend pas assez de poids
- ⇒ Changement dans son état général
- ⇒ Inquiétude des parents.

6.9. Références

- ⇒ Guide « [Mieux vivre avec son enfant de la grossesse à deux ans](#) » vivre
- ⇒ L'infirmière du CLSC (Portail Santé Montérégie)
- ⇒ Info-Santé (811)
- ⇒ Votre médecin, votre sage-femme ou votre IPS
- ⇒ [Rendez-vous santé Québec](#) pour une consultation médicale le jour même ou le lendemain
- ⇒ Urgence offrant des services pédiatriques si nécessite des soins immédiats.
- ⇒ Consulter l'annexe C de la règle de soins 6003 [Consultation téléphonique obstétricale et postnatale.](#)

7. SOINS DE LA MÈRE

**Sujets supplémentaires selon la capacité de l'usagère et du personnel infirmier, seront abordés au CLSC*

7.1. Santé mentale des parents 🏠

Baby Blues

Il est normal d'avoir des variations de l'humeur et/ou de pleurer plus souvent qu'à l'habitude en période postnatale. Cette période de « déprime passagère », s'appelle le « baby blues ». Elle peut durer en moyenne de quelques jours à deux semaines. Les changements hormonaux et la fatigue en sont à l'origine et tout est normal. Il faut aussi rester à l'affût des ressentis chez le/la partenaire.

Les moyens à prendre afin de favoriser cette transition :

- ⇒ Parler de ce que vous ressentez.
- ⇒ Laisser couler les larmes, sans trop chercher à comprendre ou les contrôler.
- ⇒ Demander de l'aide et du soutien des proches.
- ⇒ Dormir lorsque le nouveau-né dort.
- ⇒ Prendre soin de vous.
- ⇒ Faire du peau à peau avec votre nouveau-né.
- ⇒ Échanger avec d'autres parents.

Si cette « déprime passagère » s'étend au-delà des deux semaines ou si l'usagère se sent de plus en plus triste ou irritable, il est possible qu'une dépression post-partum s'installe. Des traitements existent pour traiter la dépression. Contacter le 811 (Info-santé/Info-social), votre médecin ou un psychologue.

Dépression post-partum

Après l'accouchement, 1 femme sur 5 vivrait un épisode de dépression post-partum. Contrairement au baby blues, qui est temporaire, les changements dans le comportement et l'humeur associés à la dépression sont présents presque tous les jours, pendant au moins deux semaines :

- ⇒ Humeur triste.
- ⇒ Perte d'intérêt ou de plaisir dans les activités quotidiennes.
- ⇒ Changement de l'appétit.
- ⇒ Trouble du sommeil (hypo ou hypersomnie).
- ⇒ Perte d'énergie.
- ⇒ Anxiété excessive ou irritabilité.
- ⇒ Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive.
- ⇒ Difficulté d'attachement au nouveau-né.
- ⇒ Difficulté de concentration ou indécision.
- ⇒ Idées noires ou suicidaires.

Pour les pères : Jusqu'à **1 homme sur 10** vivrait une dépression suite à l'arrivée d'un enfant. Les hommes vivent les mêmes sentiments que les femmes pendant une dépression. Toutefois, ils pourraient exprimer leur détresse de façon différente, tel que :

- ⇒ Agressivité ou irritabilité.
- ⇒ Sauts d'humeur.
- ⇒ Malaises physiques (maux de ventre, de tête ou difficulté à respirer).
- ⇒ Adopter des comportements hyperactifs (se réfugier dans le sport ou le travail).
- ⇒ Consommation excessive d'alcool ou de drogue.

Les parents adoptifs ou le 2^e parent sont aussi à risque de dépression post-partum. Par contre, l'élément déclencheur n'est pas lié aux changements hormonaux liés à l'accouchement. Plusieurs raisons peuvent expliquer une dépression dans ces situations, dont l'impression que l'attachement avec le nouveau-né ne se déroule pas comme le parent l'avait imaginé ainsi que le fait que les changements provoqués par la venue du nouveau-né sont plus importants que ce que le parent avait anticipé.

Dans tous les cas, de l'aide existe. Il est important d'en parler avec un professionnel de la santé soit via info-social (811), le CLSC de votre région ou le médecin traitant.

7.2. Reprise des activités physiques

La reprise de l'activité physique peut aider à améliorer le niveau d'énergie et la forme physique. L'activité physique apporte aussi des bienfaits sur le plan psychologique. L'usagère peut recommencer graduellement la pratique d'activités physiques de faible intensité, comme la marche, lorsqu'elle n'a plus de douleur et s'en sent capable (environ 2 semaines). La fréquence et la durée des marches doivent être augmentées progressivement, selon le niveau de tolérance et d'énergie.

Post-accouchement vaginal

Vers 4 à 6 semaines post-accouchement, l'intensité des activités peut être augmentée graduellement (marche rapide). La plupart des femmes reprennent presque toutes leurs activités habituelles de 4 à 5 semaines après l'accouchement.

Il est conseillé d'attendre que le plancher pelvien ait repris son tonus avant de progresser vers des activités physiques intenses ou avec impact, comme la course.

Post-césarienne

Suivre les mêmes recommandations que pour l'accouchement vaginal. Dans certaines situations, des recommandations médicales spécifiques peuvent être à considérer.

En cas d'usage de narcotiques, toutes activités qui nécessitent une vigilance accrue (ex. : conduite automobile) doivent être évitées

Pour la baignade, il est recommandé d'attendre la fin des lochies. Les usagères sont encouragées à discuter de ce point avec leur médecin.

7.3. Le plancher pelvien

Le plancher pelvien est comme un « hamac » formé par plusieurs muscles. Il a comme fonction de soutenir les organes internes (l'utérus, la vessie et le rectum). Le plancher pelvien contribue à empêcher les fuites d'urine ou de selles.

À la suite de la naissance, les muscles du plancher pelvien sont étirés et la reprise du tonus peut prendre plusieurs semaines voire plusieurs mois. En présence de fuites urinaires, de douleurs lors des activités sexuelles ou d'autres inquiétudes, le médecin pourra diriger l'usagère vers des ressources spécialisées en rééducation du périnée. Des exercices peuvent aider, vous référer au [Dépliant de Kino Québec](#).

7.4. Exercices de Kegel

Position de départ	Variante
• Assise sur une chaise, sur un banc ou sur le sol. • Contracter les muscles du plancher pelvien pendant 10 secondes (comme si vous deviez vous retenir d'une envie pressante d'uriner) • Relâchez-les pendant 5 secondes, répéter 10 fois • Faire cet exercice plusieurs fois par jour.	• Faites la contraction de manière progressive et pyramidale • Visualisez-vous dans un ascenseur qui monte et redescend de 5 étages • À chaque étage, augmentez la contraction • Pendant la descente, relâchez un peu la tension étage par étage • Graduellement, augmenter le nombre d'étages • Il est déconseillé de faire ces exercices pendant la miction

7.5. Diastase des grands droits

La diastase des grands droits est l'écartement des muscles abdominaux, ce qui laisse une partie de la paroi abdominale sans muscles et elle ne comprend plus que la peau, les tissus adipeux, l'aponévrose et le péritoine. Si le tonus n'est pas rétabli, le soutien musculaire pourrait s'avérer insuffisant lors des grossesses subséquentes, ce qui causera des maux de dos. Elle peut être corrigée grâce à des exercices de raffermissement appropriés.

- ⇒ Exercices pour renforcer les muscles abdominaux après l'accouchement
- ⇒ Exercices post-partum, vidéo de Sainte-Justine

Dans le cas où une diastase des grands droits est diagnostiquée, il faut suivre les recommandations du professionnel traitant. Cela peut prendre de quelques semaines à plusieurs mois selon les recommandations de leur médecin ou du physiothérapeute.

7.6. Reprise des activités sexuelles

Il est normal que le désir se fasse moins ressentir en période postnatale (fatigue, adaptation, complications, changements hormonaux, etc.) et beaucoup de parents se questionnent sur le bon moment pour la reprise des activités sexuelles. Cela dit, en l'absence de contre-indication médicale, le couple peut reprendre les activités sexuelles selon leurs envies et à leur rythme.

Il faut sensibiliser le couple que le périnée et le vagin peuvent être sensibles, surtout chez les femmes qui allaitent, car le corps libère des hormones qui empêchent le vagin de se lubrifier suffisamment. L'utilisation de lubrifiants à base d'eau est alors recommandée. Il faut aussi souligner que chez les femmes qui allaitent, lors des rapports sexuels, du lait peut s'écouler des seins.

7.7. Retour des menstruations

Le retour des menstruations survient de 4 à 6 semaines post-partum. La majorité des femmes qui n'allaitent pas auront leurs menstruations entre la 7^e et 12^e semaine postnatale.

Chez certaines femmes qui allaitent exclusivement, les menstruations peuvent revenir dans les 6 mois post-partum. Les premières règles après un accouchement sont généralement plus abondantes et le flux menstruel revient au volume normal en 3 ou 4 cycles.

7.8. Contraception

Au congé de l'hôpital, le médecin abordera ce sujet avec l'usagère. Il est très important de mentionner que l'ovulation peut survenir dès la 3^e semaine postnatale, même si l'usagère allaite exclusivement. Il est possible de retomber enceinte avant même d'avoir un retour de menstruation.

Informez-vous sur les méthodes contraceptives en consultant le site Web de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada : <https://www.sexandu.ca/fr/> ou dans le « [Mieux vivre avec son enfant de la grossesse à deux ans](#) ».

Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) : n'est pas efficace à 100 % et plusieurs conditions doivent être respectées. Vous devez avoir donné naissance depuis moins de 6 mois, allaiter exclusivement sans horaire (à la demande), les tétées ne doivent pas dépasser 4 heures d'intervalle le jour et 6 heures la nuit. De plus, vous ne devez pas avoir recommencé vos menstruations ou avoir eu de saignements.

8. SOINS DU NOUVEAU-NÉ

** Sujets supplémentaires selon la capacité de l'usagère et du personnel infirmier, seront abordés au CLSC*

8.1. Bains et soins d'hygiène

Pour les familles accueillant leur premier enfant, une démonstration du premier bain pourrait être proposée, au terme des 24 premières heures. Pour les autres, une réévaluation de la procédure auprès des parents est recommandée en misant sur les principes de sécurité. Dans tous les cas, le bain ne devrait pas être donné à la suite d'un boire. L'agitation du bain pourrait occasionner des régurgitations. Chez les nouveau-nés à risque d'hypoglycémie ou qui ont du mal à maintenir leur température corporelle, le bain est également à éviter le temps que la situation se corrige. Le bain peut être donné à divers moments et c'est au parent de trouver le meilleur moment.

Les étapes du bain se retrouvent dans le « [Mieux vivre avec son enfant de la grossesse à deux ans](#) ».

- ⇒ Moment idéal selon votre routine
- ⇒ Fréquence (éviter les bains avec du savon et du shampoing tous les jours)
- ⇒ Nettoyage quotidien à la débarbouillette (visage, cou, main, organes génitaux et fesses)
- ⇒ Réunir le matériel à proximité pour ne jamais laisser le nouveau-né sans surveillance
- ⇒ Température de la pièce de 22 à 24°C
- ⇒ Utiliser un savon doux non parfumé et en petite quantité (mains, organes génitaux et fesses).

Pour les nouveau-nés des soins intermédiaires, le bain sera donné selon la situation clinique. Le bain ne devrait pas être donné dans les situations suivantes :

- ⇒ Perte ou gain de poids insuffisant.
- ⇒ Détresse respiratoire.
- ⇒ Hypoglycémie.
- ⇒ Hypothermie.

8.2. Hygiène nasale

L'hygiène nasale chez le nouveau-né consiste à nettoyer et dégager les voies respiratoires supérieures pour éliminer les sécrétions, les croûtes ou les impuretés qui pourraient s'y accumuler. Cela se fait généralement avec des solutions salines et des aspirateurs nasaux spécialement conçus pour les nouveau-nés.

Cette pratique est importante, car elle aide à prévenir les infections respiratoires, facilite la respiration du nouveau-né et améliore son confort général. Un nez dégagé est essentiel pour que le nouveau-né puisse bien se nourrir et dormir, contribuant ainsi à son bien-être et à son développement optimal. Elle peut d'ailleurs aider à prévenir les otites, les sinusites et la toux.

La fréquence

La fréquence est à ajuster selon les besoins du nouveau-né. L'été, les infections sont moins fréquentes et donc il est suggéré le procédé à l'hygiène nasale au besoin. En saison grippale (octobre à mai), il est recommandé de procéder à l'hygiène nasale 1 à 2 fois par jour. Lorsque le nouveau-né souffre d'un rhume ou de congestion nasale, la fréquence peut s'élever de 3 à 6 fois par jour.

[Se référer au dépliant Hygiène nasale du CHU Ste-Justine pour la technique complète.](#)

Vous pouvez imprimer le dépliant et le remettre aux parents au besoin.

8.3. Croissance

8.3.1. Poussées de croissances

Durant ses premiers mois de vie, le nouveau-né connaît des périodes de croissance très rapide. Son appétit augmente subitement et il peut arriver qu'il demande à boire plus souvent, parfois toutes les heures. Ces poussées de croissance durent en général quelques jours et peuvent survenir n'importe quand durant les premiers mois.

Les poussées de croissance sont plus fréquentes autour :

- ⇒ De 7 à 10 jours
- ⇒ De 3 à 6 semaines
- ⇒ De 3 à 4 mois.

8.3.2. Perte de poids

Tous les nouveau-nés perdent du poids au cours de la première semaine de vie, qu'il soit alimenté avec du lait maternel ou de la PCN. En moyenne, le nouveau-né perd entre 5 et 10 % de son poids de naissance, même s'il boit suffisamment. Le passage à la vie extra-utérine demande beaucoup d'énergie, et la perte de poids en est un signe. Dans certaines situations, la perte de poids peut être plus importante selon l'histoire de l'accouchement (stress, réanimation, etc.) ou si l'allaitement est plus difficile (suction, prise, montée de lait tardive, etc.). Si des correctifs sont apportés aux éléments problématiques, le nouveau-né commence à regagner son poids vers la 4^e journée de vie et devrait atteindre son poids de naissance au terme des 10 à 14 jours de vie. Un gain moyen de 25 à 30 g par jour est visé.

8.3.3. Fermeture des fontanelles

Afin que le nouveau-né puisse passer par la cavité vaginale au moment de sa naissance, les os de son crâne doivent pouvoir se mouler au passage, ils ne sont donc pas soudés. C'est la raison pour laquelle nous sentons des espaces mous entre les différents os (c'est ce qu'on appelle les fontanelles). La fontanelle postérieure (arrière de la tête) se referme entre le 2^e et 4^e mois alors que la fontanelle antérieure (au-dessus de la tête) se referme complètement entre le 9^e et 18^e mois.

8.3.4. Prévention de la plagiocéphalie (tête plate)

Les os du crâne du nouveau-né étant encore mous, la partie qui repose sur le matelas s'aplatit sous la pression. Un léger aplatissement disparaît de lui-même. Un aplatissement plus prononcé peut-être permanent, mais il ne nuira ni au cerveau ni au développement.

Afin de prévenir la tête plate chez les nouveau-nés, la Société canadienne de Pédiatrie (SCP) recommande de changer la position du nouveau-né dans la couchette tous les jours :

- ⇒ Un jour, placez la tête de votre nouveau-né à la tête de la couchette.
- ⇒ Le lendemain, placez sa tête au pied de la couchette.

Les parents doivent s'assurer qu'il regarde toujours vers la chambre et non vers le mur. Un mobile peut être installé du côté de la couchette orientée vers la porte de la chambre, pour inviter votre nouveau-né à regarder dans cette direction.

Dès la naissance, lorsqu'il est éveillé et sous surveillance, il est fortement recommandé de positionner le nouveau-né sur le ventre afin de prévenir la plagiocéphalie et favorise son développement. Le nouveau-né doit être placé sur son ventre deux ou trois fois par jour. Conseillez de débiter par des périodes de quelques minutes, puis passez à des périodes plus longues de 10 à 15 minutes chacune.

8.4. Environnement sécuritaire

Sorties à l'extérieur et habillement

- **L'été** : avant 6 mois, l'application d'écrans solaires n'est pas recommandée. Il faut protéger le nouveau-né des rayons du soleil (vêtements appropriés et chapeaux à bords larges). Lorsqu'il fait très chaud, il faut s'assurer que le nouveau-né n'est pas trop habillé. Il est recommandé de surveiller la température de la peau de sa nuque. S'il transpire, c'est qu'il a trop chaud.
- **L'hiver** : Privilégier les pyjamas à pattes. Habiller le nouveau-né avec plusieurs couches de vêtements (effet d'oignon) et découvrir selon les variations de température.

Température et humidité dans la maison

La température à la maison et la chambre du nouveau-né devrait se situer entre 20 et 22 C et le maintien d'une humidité de 30 à 45 % en saison froide est optimal.

Environnement sans fumée

L'exposition à la fumée directe et secondaire du tabac (cannabis, vapoteuses) augmente le risque de mort subite du nourrisson. Puisqu'ils sont en plein développement, les enfants sont plus sensibles à la fumée et peuvent entraîner l'apparition de maladies telles que : asthme, otite, bronchite et pneumonie.

8.5. Information de départ et vérifications

8.5.1. Déclaration de naissance

La déclaration de naissance est habituellement remise et expliquée par l'agente administrative ou une infirmière (selon les modalités de l'unité d'obstétrique). La complétion de ce formulaire se fait principalement en [ligne](#), mais il est possible de la compléter papier et postée (les parents doivent faire le choix en centre hospitalier afin que l'on puisse leur donner les bonnes indications).

La déclaration doit être transmise dans les 30 jours suivant la naissance, sinon les parents auront des frais à payer. Il faut commencer par faire la déclaration de naissance pour avoir accès aux programmes gouvernementaux, obtenir la carte d'assurance maladie, un numéro d'assurance sociale ou un passeport.

8.5.2. Vaccination

Le calendrier de vaccination est disponible dans le carnet de santé (remis au congé), il est recommandé de commencer la vaccination à l'âge de 2 mois et de suivre les intervalles recommandés par le Programme d'immunisation du Québec. Une infirmière [EMMIE](#) (Entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants) s'assurera de rencontrer chaque famille afin de leur expliquer l'importance de la vaccination et aussi de répondre aux questions des parents. La procédure de prise de rendez-vous leur sera alors expliquée. Les rendez-vous en vaccination se prennent via le [Portail CLIC-Santé](#).

8.5.3. Prescription médicale de départ

Il est nécessaire d'expliquer les prescriptions à l'usagère, incluant la médication et les analyses de sang. En ce qui concerne le nouveau-né, des examens complémentaires tels que des radiographies (comme une échographie des hanches) ou des consultations avec des spécialistes peuvent être nécessaires.

Pour tous les nouveau-nés, qu'ils soient allaités ou non, une prescription de **vitamine D** doit être remise au moment du congé

8.5.4. La vitamine D

La vitamine D est cruciale pour l'absorption du calcium et le maintien de la santé osseuse. Bien que l'exposition au soleil puisse fournir de la vitamine D, il n'est pas recommandé d'exposer directement les nouveau-nés au soleil. Par conséquent, il est important de satisfaire leurs besoins en vitamine D par d'autres moyens. Au cours de la première année de vie, il est recommandé de fournir un supplément de 400 UI de vitamine D à tous les nourrissons, qu'ils soient allaités ou nourris au biberon.

8.5.5. Rendez-vous de suivi

Le rendez-vous de suivi post-partum pour la mère est généralement prévu entre 6 et 8 semaines après l'accouchement avec le médecin qui a suivi sa grossesse. Les usagères doivent contacter la clinique où elles ont été suivies pendant la grossesse pour prendre ce rendez-vous.

Pour le nouveau-né, il est recommandé de prendre un rendez-vous avec un médecin de famille ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS) au cours du premier mois de vie. Les parents qui ont déjà d'autres enfants peuvent vérifier si le médecin qui suit leur aîné peut également suivre le nouveau-né. Sinon, ils peuvent consulter leur médecin de famille pour voir s'il accepte de suivre des nouveau-nés. Certains omnipraticiens qui suivent les grossesses peuvent également suivre le bébé après la naissance. Si le nouveau-né ne présente pas de problèmes de santé particuliers, il peut être suivi par un médecin de famille sans difficulté.

Si les parents n'ont pas encore de médecin ou d'infirmière, ils peuvent inscrire leur nouveau-né sur la liste d'attente du [guichet d'accès à un médecin de famille \(GAMF\)](#). Cette démarche peut être effectuée en ligne après réception de la carte d'assurance maladie du Québec.

8.5.6. Explication du test de dépistage sanguin et urinaire

Il est important de s'assurer que les parents ont été informés du dépistage néonatal. Si ce n'est pas le cas, il convient de leur remettre le dépliant intitulé "Dépistage sanguin et urinaire chez les nouveau-nés". Ce dépistage a pour but de détecter des maladies rares et souvent non apparentes, mais qui peuvent avoir des conséquences importantes pour la santé de l'enfant. En procédant à un dépistage précoce, il est possible de commencer les traitements avant que des symptômes n'apparaissent. Il est également crucial de vérifier que les parents comprennent bien le test.

Un dépistage urinaire est réalisé pour tous les nouveau-nés au 21^e jour de vie. En cas d'oubli, il peut être effectué dès que possible. Ce dépistage urinaire est complémentaire au dépistage sanguin réalisé à l'hôpital.

- **Technique du dépistage urinaire :**

Le matin du 21^e jour de vie, commencer par nettoyer les fesses de votre nouveau-né avec une débarbouillette et de l'eau. Éviter d'utiliser des lingettes commerciales, des crèmes, des huiles ou des poudres, car cela pourrait affecter les résultats des analyses. Placer le papier absorbant dans la couche en veillant à ce que le côté absorbant soit en contact avec les fesses du bébé, tandis que la pellicule plastique doit être située au fond de la couche.

S'assurer que seulement de l'urine est présente sur le papier absorbant. Si le tampon contient des selles, utiliser un second papier absorbant. Si des selles apparaissent régulièrement sur le papier absorbant lors des changements de couche, les parents peuvent utiliser des essuie-tout sans encre colorée.

Après avoir recueilli l'urine, presser le papier absorbant contre le papier buvard jusqu'à ce qu'il soit complètement imbibé (saturé d'urine). Laisser le tout sécher à température ambiante sur une surface propre pendant au moins 4 heures.

Une fois le papier buvard sec, remplir le formulaire avec les informations nécessaires, en inscrivant le dernier poids du nouveau-né (voir dans le carnet de vaccination le dernier poids, sinon planifier une prise de poids au CLSC). Enfin, envoyez le test en utilisant l'enveloppe fournie (pré adressée), en veillant à y apposer un timbre.

- **Résultat**

En général, aucune nouvelle n'est une bonne nouvelle. Si les résultats sont normaux, les parents ne seront pas contactés. Cependant, il est possible d'être sollicité pour refaire un test sanguin ou urinaire si le premier prélèvement était inutilisable. Si les résultats sont anormaux, les parents seront contactés et orientés vers un centre spécialisé pour des analyses complémentaires. Si ces analyses confirment un diagnostic, un suivi et/ou un traitement approprié seront proposés.

8.5.7. Ressources et services offerts

Il est possible de contacter le CLSC pour obtenir des informations sur les organismes locaux. Une liste des associations, organismes et groupes de soutien est également disponible dans le guide « [Mieux vivre avec son enfant de la grossesse à deux ans](#) »

[Ligne parents :](#)

Il s'agit d'un service gratuit d'écoute et de conseil, accessible partout au Québec, destiné à tous les parents qui ressentent de l'inquiétude concernant leur enfant.

Téléphone : 1-800-361-5085

[Fédération des associations de familles monoparentales et recomposées du Québec](#)

Organisme de défense des droits et des intérêts des familles monoparentales et recomposées du Québec

[Association de parents de jumeaux et de triplés de la région de Montréal.](#)

Organisme venant en aide aux familles de la région de Montréal ayant vécu une naissance multiple.

Consulter l'annexe C de la [règle de soins 6003 Consultation téléphonique obstétricale et postnatale.](#)

8.5.8. Vérification de la concordance des numéros de bracelets

Conformément à la politique et aux procédures d'identification des usagers, il est crucial de vérifier les numéros de bracelets des parents et des nouveau-nés à chaque début de quart de travail et avant le départ. **Ces numéros doivent être soigneusement inscrits dans le dossier du nouveau-né pour garantir une sécurité maximale.**

8.5.9. Vérification du siège d'auto de nouveau-né

Il est obligatoire d'utiliser un siège d'auto adapté au poids du nouveau-né pour le transporter en voiture. Ce siège doit être installé en position face arrière, de préférence jusqu'à l'âge de 2 ans, sur la banquette arrière du véhicule. Les parents doivent placer eux-mêmes le nouveau-né dans son siège en suivant les recommandations et les instructions du personnel infirmier.

Par la suite, le personnel infirmier doit vérifier que le nouveau-né est correctement attaché, selon la liste de vérification disponible dans le dossier du nouveau-né et conformément aux éléments inscrite ici-bas.

Pendant le premier mois, il est recommandé de limiter les trajets à une heure maximum. En cas de voyage plus long, prévoyez des pauses fréquentes pour sortir le nouveau-né de son siège et lui permettre de se mouvoir. Les nouveau-nés ayant peu de tonus peuvent s'affaïsser rapidement dans leur siège, ce qui peut nuire à leur respiration.

Comment attacher le nouveau-né dans son siège

Les courroies du harnais doivent :

- Passer dans les fentes du dossier à la même hauteur ou légèrement plus basses que les épaules du nouveau-né (de façon à les envelopper)
- Être ajustées le plus près possible du corps du nouveau-né (on ne doit pas pouvoir pincer les courroies au niveau des épaules)
- Être bien à plat (aucun pli ou torsion)
- Le nouveau-né doit être vêtu d'un vêtement léger afin d'être bien ajusté dans le siège (pas de manteau ou veste)
- La pince de poitrine doit être à la hauteur des aisselles
- Les languettes du harnais doivent être bien entrées dans les boucles de la pince de poitrine et entendre un « clic » à la fermeture (vérifier qu'elles ne ressortent pas)
- L'ajout d'accessoires (jouets) qui ne sont pas d'origine (fourni par le fabricant) est non recommandé
- La position de la poignée de transport : se référer au guide du siège (diffère d'un modèle à l'autre)

Date d'expiration & conformité et sécurité

Tous les sièges vendus au Canada sont conformes aux normes de Transports Canada, il faut vérifier que l'étiquette de conformité est présente sur le siège.



Il est important de vérifier la date d'expiration sur le siège, elle est normalement gravée sur la partie en plastique des sièges d'auto. Elle peut aussi être dans le guide d'utilisation du siège, soit une date d'expiration ou une date de fabrication avec un nombre d'années (entre 8-10 ans normalement) avant que le siège soit expiré. [Gouvernement du Canada, Sécurité des sièges d'auto pour enfants.](#)

Il n'est **pas recommandé de se procurer un siège d'auto usagé**, à moins de bien connaître son historique.

À la **suite d'une collision, le siège d'auto doit habituellement être remplacé** s'il se trouvait dans le véhicule au moment de la collision (même si l'enfant n'y était pas assis).

Le **non-respect de ces règles de sécurité** risque une amende pouvant aller jusqu'à 100 \$ et trois points d'inaptitude. Ces sanctions s'appliquent aussi en cas de mauvaise installation du siège ou si le siège utilisé n'est pas adapté à l'enfant. Il est donc important de bien lire les instructions du fabricant.

L'ajustement du siège d'auto dans la voiture doit être fait selon les recommandations du fabricant. Recommander les parents au livret de la SAAQ, à la page internet d'enseignement et/ou au réseau de vérification de siège d'auto pour enfant afin de faire vérifier que le tout est conforme dans la voiture.

Notre responsabilité en tant que professionnel de la santé est d'informer les parents sur les bonnes pratiques. Mais on ne peut pas empêcher les parents de partir si le banc est expiré. Par contre, bien documenter dans les notes l'enseignement donné et transmettre l'information avec l'avis de continuité, pour assurer un suivi, en cas de non-conformité des éléments de sécurité.

8.6. Particularités

8.6.1. Nouveau-né alimenté selon une ordonnance médicale

Il est crucial d'expliquer aux parents l'importance de suivre un horaire régulier des boires et de respecter les quantités recommandées en fonction de l'état clinique spécifique de leur nouveau-né, telle que la perte de poids significative, la prématurité, l'ictère, un faible poids de naissance ou les hypoglycémies. Il est également essentiel de discuter des boires à la demande, car le nouveau-né ne se conformera pas toujours à un horaire fixe. Les parents doivent être informés que les recommandations fournies à l'hôpital peuvent évoluer au cours du suivi en première ligne en fonction des progrès et des besoins changeants du nouveau-né.

8.6.2. Deuil périnatal

Le deuil est une réaction humaine naturelle face à la perte, qu'elle soit due à la mort d'un être cher, à une rupture ou à une autre forme de séparation significative. Ce processus émotionnel est unique pour chaque individu et peut varier considérablement en fonction de la nature, de la perte et des circonstances personnelles.

Statistiquement, le deuil peut affecter de manière significative la qualité de vie des personnes endeuillées. Par exemple, environ 20 % des grossesses se terminent par une fausse couche, et les taux de mortinaissance et de décès néonatal sont de 0,4 % et 0,3 %, respectivement. Ces chiffres illustrent l'ampleur des pertes périnatales et leur impact sur les familles, soulignant l'importance d'une compréhension et d'un soutien adéquats pour traverser ces épreuves.

Que ce soit lors d'une fausse couche, d'une mortinaissance, d'une interruption de grossesse au troisième trimestre ou d'un décès néonatal, les éléments élaborés ci-dessous restent les mêmes. Le personnel infirmier joue un rôle crucial dans l'accompagnement des parents confrontés à un deuil périnatal.

Voici les éléments clés auxquels le personnel infirmier doit porter attention lors de l'épisode de soins :

- ⇒ **Écoute active/empathie** : Permet aux parents d'exprimer leurs émotions sans jugement. Une écoute active aide à valider leurs sentiments et à alléger leur douleur.
- ⇒ **Communication claire et sensible** : Communiquer de manière claire et respectueuse, en utilisant un langage simple et adapté à la situation des parents. Il est essentiel d'expliquer les procédures, les options disponibles et les prochaines étapes avec sensibilité.
- ⇒ **Soutien émotionnel** : Fournir un soutien émotionnel en reconnaissant la gravité de la perte et en offrant des ressources telles que des groupes de soutien, des conseillers ou des thérapeutes spécialisés dans le deuil périnatal.
- ⇒ **Respect des rituels et des souvenirs** : Aider les parents à créer des souvenirs ou des rituels pour honorer leur enfant, comme prendre des empreintes ou organiser des moments de recueillement, en respectant leurs souhaits et croyances. Se référer à la procédure en vigueur.
- ⇒ **Ressources disponibles** : Informer les parents sur les ressources disponibles, y compris les services de soutien post-hospitaliers, les aides financières et les groupes de soutien communautaires. Au besoin, se référer aux infirmières ou autres intervenants en première ligne (travailleuse sociale).
- ⇒ **Suivi postnatal** : Un suivi régulier est important pour vérifier le bien-être des parents après leur retour à la maison. Les infirmières doivent rester disponibles pour répondre à leurs questions et les soutenir dans le processus de deuil.
- ⇒ **Accompagnement** : Accompagner les parents avec la reconnaissance de l'unicité de leur bébé, en favorisant l'expression des émotions et la verbalisation du décès.

Enseignement au départ

Processus de deuil

Les parents estiment important de recevoir des informations sur les émotions qu'ils peuvent traverser durant cette épreuve. Il est conseillé de leur expliquer les différentes réactions et phases du deuil, ainsi que les différences entre les hommes et les femmes, pour encourager le soutien réciproque entre les partenaires.

- Le choc, déni
- La désorganisation
- La réorganisation
- La réappropriation
- La transformation

Vous pouvez vous référer au site du Centre hospitalier universitaire de Sainte-Justine pour en savoir davantage sur les phases du deuil périnatal

Phases du deuil

Effets physiques (soins de la mère en post-partum)

Après une fausse couche ou un accouchement, certains phénomènes physiques devraient être mentionnés par le personnel infirmier concernant le début de la période postnatale, tels que : saignements abondants ou crampes après un curetage, fatigue après un travail long et éprouvant, douleurs après une césarienne, risque d'infection, et montée de lait. À partir de la 16^e semaine de grossesse, la production de colostrum commence déjà. Il est possible que la femme ressente des inconforts liés à la montée laiteuse dans les jours qui suivent l'accouchement. Il est donc important d'informer les parents des stratégies pour atténuer cet inconfort.

Signes de détresse à surveiller

Immédiatement après le décès, les parents ne sont pas toujours prêts à s'engager dans une intervention visant à aborder leur deuil. À ce stade, l'objectif de l'intervention n'est pas de traiter le deuil lui-même, mais plutôt d'accroître le soutien social dont bénéficient les parents et de les encourager à rechercher de l'aide. Il est donc recommandé de leur fournir des informations sur les symptômes pouvant signaler un besoin d'intervention plus approfondie et rapide dans les jours, semaines ou mois suivant le décès.

- Épisodes fréquents de pleurs et souffrance profonde, ou bien une absence prolongée d'émotions.
- Difficultés à s'organiser dans la vie quotidienne.
- Ressentiment et colère démesurée.
- Sentiment de culpabilité intense, autoreproche et dévalorisation personnelle.
- Évitement des situations ou des personnes évoquant le décès.
- Isolement social.
- Impression que la vie a perdu son sens ou son objectif.
- Difficulté à envisager l'avenir.
- Pensées suicidaires.

Livrets à remettre selon la situation:

- Livret du CISSSMO : Perdre notre bébé... Pourquoi? Comment?
- Livret du CISSSMO : Une fausse couche... Pourquoi? Comment ?

9. Références

- Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest. (En vigueur 2024-04-15.) *Consultation téléphonique obstétricale et postnatale* (Règle de soins n o RSI-6003). Châteauguay : CISSS Montérégie-Ouest,
- Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest. (En vigueur 2023-05-11.) *Supplémentation d'un bébé allaité lors du suivi pondéral du nouveau-né* (Procédure clinique n o PRO-10369). Châteauguay : CISSS Montérégie-Ouest,
- Centre de littératie en santé du CHUM. (2014). Exercices pour renforcer les muscles abdominaux après l'accouchement. Repéré à : <https://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/2022-12/136-3-exercices-pour-renforcer-muscles-abdominaux-apres-accouchement.pdf>
- Centre hospitalier universitaire de Québec. (n. d.) Programme québécois de dépistage néonatal sanguin. Repéré à : <https://www.chudequebec.ca/patient/maladies-soins-et-services/m-informer-sur-les-soins-et-services/programme-quebecois-de-depistage-neonatal-sanguin.aspx>
- Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. (n. d.) Deuil périnatal et mort périnatale : Retour à la maison. Repéré à : www.chusj.org/fr/soins-services/C/complications-de-grossesse/Deuil-perinatal-mort-perinatale/retour-maison/cheminement/phases
- Doré, Nicole; Le Hénaff, Danielle (2024) Institut national de santé publique du Québec, 840 pages. *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les parents*. Repéré à : [Consultez le guide | Institut national de santé publique du Québec](#)
- Dupuis, Gagné, J (2022). *La tétérèlle*. CISSSMO DPJASP Allaitement Repéré à : [L'utilisation de la tétérèlle - 2022.pptx \(sharepoint.com\)](#)
- Gouvernement du Canada. (2019). *Sécurité des sièges d'auto pour enfants. Transports routiers*. Repéré à : <https://tc.canada.ca/fr/transport-routier/securite-sieges-auto-enfants>
- Gouvernement du Canada. (n. d.) *Sommeil sécuritaire*. Repéré à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/sommeil-securitaire.html>
- Gouvernement du Canada. (2022). *Reconstitution et manipulation d'une préparation en poudre pour nourrissons. Santé, Aliments et nutrition, Salubrité des aliments, Lait et préparation pour nourrissons*. Repéré à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/lait-et-preparation-pour-nourrissons/reconstitution-et-manipulation-preparation-poudre-pour-nourrissons.html>
- Institut national de santé publique du Québec. (2019). *Décès et deuil périnatal. Pour accompagner les parents*. Repéré à : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/information-perinatale/deuil-pour-accompagner-les-parents.pdf%20>
- Ladewig, P. W., London, P. M., Moberly, S., Olds, S.B. (2019). *Soins infirmiers en périnatalité*, 5e édition. St-Laurent : ERPI.
- La Leche League France. (n. d.) *Allaitement : les signes d'éveil, allaitement à la demande*. Repéré à : <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/feuillets-de-lll-france/998-allaitement-aux-signes-deveil-allaitement-a-la-demande>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2019). *Cadre de référence sur le dépistage néonatal*. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-918-18W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2024). *Le virus respiratoire syncytial (VRS) : Information pour les parents*. Repéré à : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/piq/feuillets_2024/F49_VRS-ac.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (n. d.) *Virus respiratoire syncytial (VRS) : Informations et ressources*. Repéré à : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003781/?&txt=vrs&msss_valpub&date=DESC

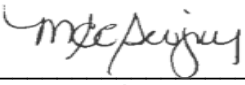
Naître et grandir. (2022). *La dépression post-partum. 0 à 12 mois*. Repéré à : https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/viefamille/ik-naitre-grandir-maman-depression-postpartum-babyblue/

Smith + Nephew. (2023). Pico 7. *Système de traitement des plaies par pression négative à usage unique*. Repéré à : <https://www.smith-nephew.com/fr-fr/health-care-professionals/products/advanced-wound-management/pico-7-global#productfeatures>

Société canadienne de Pédiatrie. (2020). *Prophylaxie à la vitamine K chez les nouveau-nés*. Repéré à : <https://cps.ca/fr/documents/position/prophylaxie-a-la-vitamine-k-chez-les-nouveau-nés>

Société canadienne de Pédiatrie. (2017). *Conjonctivite néonatale*. Repéré à : <https://cps.ca/fr/documents/position/conjonctivite-neonatale>

Processus d'élaboration initial		
Rédaction	Audrey Castagnier, infirmière clinicienne, centre mère-enfant Suroît, DPJASP	2022-09-01
	Priscilla Fortier, conseillère cadre spécialisée en soins infirmiers volet des programmes jeunesse et activités de santé publique, DSIEU (intérim)	2024-08-01
	Ysabel Conway, conseillère en soins infirmiers volet obstétrique et périnatalité, DSIEU	2024-10-15
Consultation(s)	Daphnée Houle, infirmière clinicienne, pavillon de naissance, DPJASP	2022-10-01
	Ashley McKissock, infirmière clinicienne, centre mère-enfant Suroît, DPJASP	2023-07-13
	Jessica Despons, infirmière clinicienne soutien à la pratique en périnatalité, DSIEU	2022-10-01
	Geneviève Léveillé, infirmière clinicienne soutien à la pratique en périnatalité, DSIEU	2024-08-01
	Shelbie Guy-Lajoie, infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat, centre mère-enfant Suroit, DPJASP	2023-10-01
	Jessica Dupuis Gagné, infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat, petite enfance 0-5 ans Jardins-Roussillon, DPJASP	2024-10-15
	Annie St-Aubin, conseillère en soins infirmiers volet obstétrique et périnatalité, DSIEU (intérim)	2024-01-10
	Mathilde Mironchuck-Dussault, conseillère en soins infirmiers volet néonatalogie, DSIEU	2024-08-01

Historique du document		
Recommandé par le Comité exécutif du CII	Sandra Desrochers, présidente du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII)	Date 2024-11-21
Approuvé par	 Marie-Eve Sévigny Directrice des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers, DSIEU	Date 2024-12-16
Approuvé par	 Isabelle Papineau Directrice des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique, DPJASP	Date 2024-12-20
Commentaires		