

Prévention et promotion de la santé en médecine générale dans le cadre de la parentalité

Prevention and health promotion in general medicine in the context of parenthood

DEBEY C.

Médecin généraliste et Maître d'Enseignement du Département de Médecine générale (DMG), Université libre de Bruxelles (ULB)

RÉSUMÉ

Depuis 2015, la durée de séjour en maternité pour un accouchement sans complication a diminué. Plusieurs actions ont été mises en place par les hôpitaux afin de pallier cette sortie précoce : informations des parents tout au long de la grossesse, organisation des soins postnataux à domicile ou en ambulatoire... Par son contact privilégié avec les familles et son accès facile, le médecin généraliste a un rôle complémentaire à jouer dans le soutien des jeunes parents et l'accompagnement du nouveau-né. Il pourra assurer des messages préventifs et de promotion de la santé.

Dans cet article, nous nous intéresserons, en ce qui concerne le bébé, aux déformations crâniennes positionnelles, au syndrome du bébé secoué ainsi qu'au syndrome de mort subite du nourrisson. En ce qui concerne la mère, nous nous intéresserons à l'allaitement maternel, à la contraception du post-partum ainsi qu'aux difficultés psychologiques éventuelles après la naissance.

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 395-399

ABSTRACT

Since 2015, the length of maternity stay for an uncomplicated delivery has decreased. Several actions have been implemented by hospitals to compensate for this early discharge: information to parents throughout pregnancy, organization of postnatal care at home or on an outpatient basis ... Through its privileged contact with families and its easy access, the general practitioner has a complementary role to play in supporting young parents and accompanying the newborn. It will be able to provide preventive and health promotion messages.

In this article, we will focus, with regard to the baby, on positional cranial deformities, shaken baby syndrome and sudden infant death syndrome. As far as the mother is concerned, we will focus on breastfeeding, post-partum contraception and possible psychological difficulties after birth.

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 395-399

Key words : parenthood, plagiocephaly, shaken baby syndrome, sudden infant death syndrome, breastfeeding, post-partum contraception, psychological difficulties after birth

INTRODUCTION

En tant que médecins généralistes, nous sommes souvent confrontés aux questions de jeunes parents : « Est-ce que le bruit que mon bébé fait en dormant est normal ? » « Pourquoi ses selles sont-elles jaunes ? » « Pourquoi pleure-t-il ? » « Est-ce que je peux le coucher sur le ventre ? ». Ces questions sont tout-à-fait légitimes et nous offrent une voie d'accès facile pour réaliser deux de nos rôles primordiaux : la prévention et la promotion de la santé.

Quelques chiffres

En 2020, la Belgique a vu naître 113.739 bébés¹.

L'âge moyen des femmes belges à la naissance de leur

premier enfant était en 2017 de 29,1 ans².

Depuis la réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux³ lancée en 2015 par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé de l'époque, Mme Maggie de Block, la durée de séjour en maternité pour un accouchement sans complication (par voie basse ou par césarienne) a diminué. Le séjour moyen en maternité en Belgique est passé de 6,9 jours en 1991 à 4,1 jours en 2011 pour arriver à 3 jours en 2019^{4,5}. Cette sortie précoce de la maternité est tout-à-fait envisageable pour un accouchement normal (c'est-à-dire en l'absence de complication) à condition d'avoir prévu des soins postnataux adéquats, tant pour la mère que pour l'enfant, comme le recommande un rapport du Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) datant de 2014⁴.

Ce retour anticipé à domicile pouvait faire craindre une augmentation des difficultés vécues par les parents à la maison, d'autant plus s'il s'agissait d'un premier bébé pour le couple. Afin de limiter la survenue de problèmes et de diminuer l'anxiété chez les parents, les hôpitaux ainsi que les structures préventives telles que l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) ont mis en place des actions visant à préparer ce retour rapide au domicile. L'information des parents se fait tout au long de la grossesse. Les visites à domicile de prestataires de soins postnataux (essentiellement les sages-femmes) ou de travailleurs médico-sociaux (TMS) sont programmées de même que les consultations spécialisées chez le gynécologue à six semaines post-partum ou chez le pédiatre.

Au milieu de tout cet accompagnement ou bien pour ceux qui « passent entre les mailles du filet », l'aide du médecin traitant est toutefois encore précieuse. Les consultations en médecine générale qui surviennent dans la suite d'un accouchement ont souvent pour origine une plainte somatique (pour la maman ou l'enfant) ou une demande administrative. Ces consultations seront pour les médecins généralistes autant d'occasions à ne pas manquer pour faire passer des messages de prévention ou dépister d'éventuelles difficultés. De même, ce sera également une opportunité de proposer aux jeunes parents une consultation dédiée exclusivement à la prévention, à la promotion de la santé et au soutien de la parentalité. Il nous faudra par ailleurs avoir une attention toute particulière pour les familles vulnérables ou précarisées qui peuvent facilement sortir du système de soins préventifs⁴.

Cet article s'intéresse exclusivement aux situations que les prestataires de soins rencontrent dans la période postnatale mais la littérature s'accorde sur le fait que les messages de prévention devraient déjà être distillés dès le début de la grossesse et tout au long de celle-ci⁶.

CONCERNANT L'ENFANT

Les déformations crâniennes positionnelles

Les déformations crâniennes positionnelles (DCP) sont définies comme des déformations acquises du

crâne secondaires à des facteurs biomécaniques externes (compression ou traction). Elles surviennent essentiellement dans les six premiers mois de vie car c'est à cette période que les os du crâne sont les plus malléables⁷.

Il existe trois grands types de DCP lorsqu'on regarde le crâne du dessus (figure)⁷ :

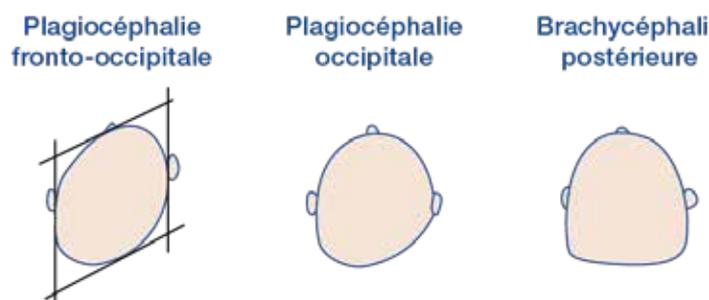
- La **plagiocéphalie fronto-occipitale** : il s'agit d'un aplatissement unilatéral pariéto-occipital. Vu d'en haut, le crâne a une forme de parallélogramme, l'oreille et la pommette homolatérales à l'aplatissement sont avancées et il y a une bosse frontale homolatérale ;
- La **plagiocéphalie occipitale** : il s'agit d'un aplatissement occipital unilatéral. Vu d'en haut, les oreilles et les pommettes sont au même niveau. Il n'y a pas de bosse frontale ;
- La **brachycéphalie postérieure** : il s'agit d'un aplatissement occipital bilatéral et symétrique. Vu d'en haut, l'arrière du crâne est élargi.

Il existe des facteurs de risque de DCP. Nous nous intéresserons ici aux facteurs de risque postnataux. Le premier groupe est constitué des facteurs de risque liés à la mobilité spontanée du bébé : prématurité, malformation, trouble du développement neuromoteur, déficit sensoriel, torticolis (postural ou musculaire congénital), posture asymétrique, côté préférentiel de la tête. Le deuxième groupe est constitué des facteurs de risque environnementaux : contention physique (cale-tête, cale-bébé, réducteur de lit, transat...), manque d'interaction avec le bébé, éveil sensoriel inadapté (mobile fixe...)⁷.

Au vu de ces facteurs de risque, il est donc logique que la principale mesure de prévention consiste à respecter les mouvements spontanés du bébé tant pendant son sommeil que pendant ses moments d'éveil. Il faut y sensibiliser les parents car les facteurs de risque environnementaux sont facilement modifiables. Un torticolis, qu'il soit congénital ou postural, devra être pris en charge par un kinésithérapeute spécialisé.

Figure

Déformations crâniennes positionnelles.



Haute Autorité de Santé. Prévention des déformations crâniennes positionnelles (DCP) et mort inattendue du nourrisson. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2020.

Le syndrome du bébé secoué

Le syndrome du bébé secoué (SBS) est défini comme un traumatisme crânien non accidentel résultant du secouement violent du bébé (le plus souvent en le tenant sous les aisselles). Ce sont les décélérations brutales antéro-postérieures de la tête qui produisent un ballonnement du cerveau dans la boîte crânienne qui aboutit à l'arrachement des veines ponts et à une hémorragie cérébrale⁸.

Il s'agit dans tous les cas d'un phénomène de maltraitance, qu'elle soit volontaire ou non. Les victimes sont souvent des bébés de moins d'un an (moins de six mois dans la majorité des cas)⁸. Les facteurs de risque liés à l'enfant sont le sexe masculin, la prématurité, les complications médicales périnatales, les grossesses multiples ou rapprochées, la grossesse non désirée, les pleurs incoercibles, la difficulté d'acquisition du rythme jour/nuit avec réveils nocturnes fréquents, les difficultés alimentaires et les interventions antérieures des services sociaux⁸. Les facteurs de risque liés aux parents sont la précarité, le jeune âge de la mère et l'isolement social⁸.

Le facteur déclenchant principal étant les pleurs inconsolables, une des clefs de la prévention du SBS sera d'informer les parents sur les raisons des pleurs du bébé et sur les pistes de solutions pour les faire cesser (faim ? trop chaud ? linge souillé ? fatigue ? trop de bruit ? ...)^{8,9}.

Enfin, la Haute Autorité de Santé (HAS) française nous offre un message clair et simple à faire passer aux parents afin d'éviter d'en arriver à des situations dramatiques : « *Si l'enfant pleure et que vous n'en pouvez plus, le mieux est de coucher l'enfant sur le dos dans son lit, de quitter la pièce, puis de demander de l'aide. Il n'est pas dangereux pour un enfant de pleurer dans son lit alors qu'il peut être dangereux d'être dans les bras d'un adulte exaspéré* »⁸.

La mort subite du nourrisson

Le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) est défini comme le décès brutal, inattendu et inexpliqué d'un enfant de moins d'un an¹⁰⁻¹².

Il existe plusieurs facteurs de risque du SMSN mais les principaux sont constitués par les habitudes de sommeil : position dans le lit, accessoires présents dans le lit, partage du lit avec les parents...^{7,11,12}. D'ailleurs, le Canada et les Etats-Unis ont vu considérablement diminuer le nombre de cas de SMSN après la diffusion de campagnes de sensibilisation à destination du grand public promouvant le couchage des bébés en position dorsale jusqu'à l'âge d'un an^{11,13}.

Les facteurs de risque environnementaux sont tout ce qui confère un risque de suffocation par enfouissement (couchage en position ventrale ou sur le côté, matelas mou, couverture ou oreiller dans le lit...), le partage du lit avec les parents, la température élevée de la chambre et le tabagisme passif^{7,11,13}. Les facteurs de risque liés à l'enfant sont la prématurité et le faible poids de naissance. Les facteurs de risque liés à la mère sont le jeune âge, le tabagisme pendant la grossesse et le manque (voire l'absence) de suivi prénatal¹³.

Il existe par contre des facteurs protecteurs qui sont donc à encourager. Il s'agit de l'allaitement maternel, du fait de faire dormir le bébé dans la chambre parentale pendant les six premiers mois de vie (sans partager le même lit néanmoins) et du fait de proposer une tétine à l'enfant pour les périodes de sommeil^{11,13}.

CONCERNANT LA MÈRE

L'allaitement maternel

L'allaitement maternel (AM) présente de nombreux avantages prouvés, à tel point que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande un AM exclusif pendant les six premiers mois de vie¹⁴⁻¹⁶. Il est donc à encourager chez les femmes qui souhaitent allaiter. Mais ce n'est pas toujours simple d'arriver à mener un allaitement épanouissant. De nombreuses femmes se sont vues contraintes de stopper un allaitement qui ne fonctionnait pas. Plusieurs raisons peuvent être invoquées : une montée de lait insuffisante, des tétées pas assez nombreuses pour stimuler la lactation, des problèmes dermatologiques type crevasses, des douleurs, une fatigue importante... Autant de raisons qui peuvent rendre ce parcours difficile, voire parfois insurmontable.

Le médecin généraliste peut aider sa patiente par de l'information, des conseils adaptés, en la référant vers une conseillère en lactation... Mais surtout il peut l'aider à ne pas culpabiliser. En effet, la société actuelle, et parfois le corps médical, mettent une certaine pression sur les femmes concernant l'AM. Elles ont parfois l'impression de ne pas être « une bonne mère » si elles ne parviennent pas à allaiter ou si, tout simplement, elles ne le souhaitent pas. Ceci engendre parfois un stress important qui peut, du moins en partie, contribuer aux difficultés et qui rendra en tout cas un échec encore plus difficile à vivre.

Le médecin traitant aura aussi une place importante dans l'information qu'il peut donner à ses patientes concernant l'utilisation de médicaments et d'autres substances pendant l'AM. La prise de médicaments pendant l'AM doit toujours être soumise à un avis médical. De nombreux médicaments peuvent être utilisés sans risque pendant la lactation. Des sites de références existent afin d'aider les médecins à prendre une décision concernant l'innocuité d'un traitement médicamenteux^{17-19,21}.

Les recommandations concernant la consommation d'autres substances pendant l'allaitement sont moins tranchées. Le tabagisme est vivement déconseillé du fait du passage de la nicotine dans le lait maternel et des risques encourus par le bébé suite au tabagisme passif. Tous les moyens doivent donc être mis en œuvre pour aider au sevrage tabagique des jeunes mères^{17,20}. La consommation d'alcool est elle aussi déconseillée. Elle doit en tout cas être occasionnelle et modérée. Dans ces conditions, il est recommandé de ne pas allaiter dans les deux heures qui suivent l'ingestion d'alcool^{20,21}. Enfin, la consommation de cannabis est à proscrire car les données sont insuffisantes à l'heure actuelle pour pouvoir déterminer avec certitude les

effets de cette consommation pendant la lactation sur le développement de l'enfant^{16,17,20,21}.

La contraception du post-partum

La contraception est un sujet important dans la période postnatale qu'il faut aborder systématiquement avec chaque patiente. Ce rôle est le plus souvent tenu par le gynécologue ou la sage-femme avant la sortie de la maternité. Les différentes options sont présentées à la patiente afin qu'elle puisse effectuer un choix éclairé.

Le retour de l'ovulation peut survenir à partir du vingt-et-unième jour post-partum. Tant que l'ovulation n'a pas repris, une contraception n'est pas nécessaire^{22,23}. En Belgique, il est recommandé aux femmes de ne pas avoir de rapport sexuel dans les six semaines qui suivent l'accouchement. Ce délai les amène jusqu'à la consultation post-partum chez le gynécologue. Celui-ci va pouvoir vérifier le type de contraception souhaitée par la patiente et en assurer la mise en œuvre.

En tant que médecins traitants, nous voyons plus régulièrement ces patientes que le gynécologue une fois la contraception introduite. Nous pouvons alors les accompagner, nous assurer que le fonctionnement de cette contraception, et parfois ses limites, ont bien été compris.

L'AM est une méthode contraceptive naturelle du post-partum qui séduit un certain nombre de femmes. Il faudra toutefois être vigilant à déconstruire la croyance populaire qui veut que tant qu'on allaite, on est protégée d'une éventuelle grossesse. C'est une « demi-vérité » qui malheureusement conduit parfois à une grossesse non planifiée voire non désirée. L'AM constitue une contraception suffisante uniquement quand trois critères sont remplis : aménorrhée, AM exclusif, avec un enfant de moins de 6 mois. Dès qu'une de ces conditions n'est plus remplie, le risque de grossesse augmente^{22,24}.

Les difficultés psychologiques

L'arrivée d'un bébé au sein du couple ou de la famille n'est pas toujours facile. On entend souvent dire qu'un bébé « ce n'est que du bonheur », « c'est merveilleux » ... Même si ça peut effectivement être le cas, ça ne l'est jamais à cent pour cent du temps. On fait miroiter aux jeunes parents une version idéalisée de l'arrivée d'un enfant. La société met en avant les bons côtés. Il est normal d'avoir envie de mettre en évidence les aspects positifs mais ça rend la réalité parfois difficile à vivre. Rendre service aux futurs parents serait peut-être de leur dire que l'arrivée d'un enfant c'est effectivement merveilleux mais que ce ne sera pas « facile ». Il y aura des moments de doute, de la fatigue, de l'anxiété... C'est également ça devenir parent.

De nombreuses femmes se retrouvent vite seules à la maison avec leur nouveau-né, même si le congé de paternité a été allongé depuis le 1^{er} janvier 2021²⁵. Parfois elles éprouvent des difficultés dont elles n'osent pas parler. Il y a différentes raisons possibles qui peuvent se cumuler : un sentiment de honte, la croyance qu'il s'agit d'une situation normale par laquelle toutes les jeunes mères passent ou la volonté de dépasser cela par elles-mêmes. Elles se sentent épuisées, dépassées. Elles manquent de ressources pour pouvoir s'accorder des moments de répit. Elles sont très émotives et pleurent facilement.

Ces patientes viennent rarement consulter en avançant ce motif d'emblée (sauf parfois quand elles arrivent en fin de congé de maternité et que le retour au travail se profile). Le plus souvent, elles viennent consulter pour des plaintes somatiques. Le médecin généraliste ne doit alors pas rater l'occasion de dépister des difficultés psychologiques qui pourraient éventuellement évoluer jusqu'à une dépression voire une psychose du post-partum. Le cabinet de consultation représentera alors un endroit sécurisant dans lequel elles pourront se sentir libres d'évoquer à voix haute ces difficultés.

CONCLUSION

L'arrivée d'un bébé est une opportunité importante pour le médecin généraliste de pouvoir exercer son rôle de prévention et de promotion de la santé. Il s'agira d'actions directement en lien avec l'enfant ou plus ciblées sur les parents. La mère devra toutefois faire l'objet d'une attention plus particulière. Le médecin traitant par sa position privilégiée peut dépister les éventuelles difficultés qui se présentent et en proposer une prise en charge adéquate. Il peut également délivrer les messages préventifs qui éviteront la survenue de possibles complications. Ceci doit être fait systématiquement chez les couples qui accueillent leur premier enfant, mais également dans toute famille qui accueille un nouvel enfant.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. STATBEL. (Consulté le 29/04/2022). Forte baisse des naissances en 2020. <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/forte-baisse-des-naissances-en-2020>
2. STATBEL. (Consulté le 29/04/2022). Les femmes belges vivent leur première maternité en moyenne à 29,1 ans. <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/les-femmes-belges-vivent-leur-premiere-maternite-en-moyenne-291-ans>
3. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (Consulté le 29/04/2022). Réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux. <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/hopitaux/financement-des-hopitaux/reforme-du-paysage#objectifs>
4. Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vinck I, Vankelst L, Lauwerier E *et al.* L'organisation des soins après l'accouchement. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2014. KCE Reports 232B.
5. OCDE (2022). (Consulté le 01 mai 2022). Durée de séjour à l'hôpital (indicateur). doi: 10.1787/21a7ca2b-fr
6. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2005.
7. Haute Autorité de Santé. Prévention des déformations crâniennes positionnelles (DCP) et mort inattendue du nourrisson. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2020.
8. Haute Autorité de Santé. Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2017.
9. ONE. Il ne faut jamais secouer un bébé. https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PARENTS/Brochures/Faut-pas-secouer-bebe-2020.pdf
10. Haute Autorité de Santé. Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans). Saint-Denis La Plaine : HAS; 2007.
11. Interventions for the Prevention of Sudden Infant Death Syndrome and Sudden Unexplained Death in Infancy: A Review of Guidelines. Ottawa : CADTH; 2020 September. (CADTH rapid response report: summary with critical appraisal).
12. ONE. Prévention de la mort subite du nourrisson. https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PARENTS/Brochures/mort-subite-du-nourrisson-2020-webacc.pdf
13. UpToDate. (Consulté le 29/04/22). Sudden infant death syndrome: Risk factors and risk reduction strategies. <https://www.uptodate.com/contents/sudden-infant-death-syndrome-risk-factors-and-risk-reduction-strategies>
14. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J *et al* ; Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90.
15. World Health Organization. (Consulté le 29/04/22). https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2
16. Barriers to Breastfeeding: Supporting Initiation and Continuation of Breastfeeding: ACOG Committee Opinion, Number 821. *Obstet Gynecol*. 2021;137(2):e54-e62.
17. Breastfeeding Challenges: ACOG Committee Opinion, Number 820. *Obstet Gynecol*. 2021;137(2):e42-e53.
18. Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT). (Consulté le 29/04/22). <https://www.lecrat.fr/>
19. National Library of Medicine. Drugs and Lactation Database (LactMed). (Consulté le 29/04/22). Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2006-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/>
20. Guidelines for Breastfeeding and Substance Use or Substance Use Disorder, Revised 2015. *Breastfeed Med*. 2015 ; 10(3).
21. UpToDate. (Consulté le 29/04/22). Breastfeeding: Parental education and support. https://www.uptodate.com/contents/breastfeeding-parental-education-and-support?search=breastfeeding&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
22. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme en post-partum. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2019.
23. World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. Third edition 2016. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565400>
24. ABM Clinical Protocol #13: Contraception During Breastfeeding, Revised 2015 *Breastfeed Med*. 2015 ; 10 (1).
25. SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. (Consulté le 29/04/22). Congé de naissance. https://emploi.belgique.be/fr/themes/jours-feries-et-conges/conge-de-naissance?id=554#toc_heading_2

Travail reçu le 8 mai 2022 ; accepté dans sa version définitive le 30 juin 2022.

CORRESPONDANCE :

C. DEBEY

Rue Ferdinand Lenoir, 18 - 1090 Jette

E-mail : Cindydebey11@hotmail.com