

Pratiques de sommeil sécuritaire du nouveau-né

Les pratiques de sommeil sécuritaire (PSS) désignent un ensemble de recommandations favorisant le sommeil du bébé en toute sécurité en vue, notamment, de réduire le risque de syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN). Les PSS accordent une attention particulière à la position dans laquelle le bébé est placé pour dormir pendant la nuit et ses siestes, ainsi qu'à son environnement de sommeil. Depuis la première campagne de sensibilisation *Dodo sur le dos* de Santé Canada, en 1999, le taux de SMSN a diminué de près de moitié au pays de 1999 à 2004 (Agence de la santé publique du Canada, 2008).

par **AUDREY LARONE JUNEAU, inf., M. Sc., CAROLINE LEMAY, inf., M. Sc., ISABELLE MILETTE, IPSNN,**
et **MARIE-JOSÉE MARTEL, inf., Ph. D.**

Le SMSN désigne la mort inattendue d'un enfant de moins d'un an demeurant inexplicée même après un examen approfondi du cas. Les causes exactes du SMSN sont inconnues. Il peut survenir à tout moment au cours de la première année de vie, bien que sa fréquence atteigne un sommet chez les nourrissons âgés de deux à quatre mois et diminue après l'âge de six mois (Blair, Sidebotham, Berry, Evans et Fleming, 2006). Le taux de SMSN est plus élevé chez les bébés de sexe masculin, chez les prématurés ou ayant un faible poids à la naissance, ainsi que chez les bébés de familles défavorisées sur le plan socioéconomique ou d'origine autochtone (Blair et Fleming, 2002; Blair et al., 2006).

La diminution du taux de SMSN au Canada est en partie attribuable à des changements de croyances et de comportements des parents. Ces derniers sont aujourd'hui davantage sensibilisés au fait que les nourrissons doivent être positionnés sur le dos pour dormir et qu'il est recommandé de réduire le tabagisme maternel pendant et après la grossesse (Rusen, Liu, Sauve, Joseph et Kramer, 2004).

La situation est différente pour les bébés prématurés ou nés à terme mais malades admis à l'unité néonatale (UNN). Chez ces bébés, le positionnement thérapeutique (latéral, dorsal et ventral) pendant leur hospitalisation se révèle essentiel au développement neuromoteur. Cependant, cette pratique de positionnement est inappropriée pour le bébé préparé à partir à la maison (Gelfer, Cameron, Masters et Kennedy, 2013). En effet, dès le retour à la maison, les parents devront appliquer la position de sommeil sur le dos et l'ensemble des PSS afin de créer un environnement de sommeil sécuritaire pour leur bébé. Donc, il est souhaitable d'assurer une transition entre le positionnement thérapeutique et les PSS lorsque l'âge gestationnel du bébé ou sa condition clinique le permettent. Ce processus peut débuter au moins une à deux semaines avant la date prévue de sa sortie de l'hôpital (Rao, May, Hannam, Rafferty et Greenough, 2007).

Certaines UNN ont créé un protocole ou une procédure visant à faciliter la transition vers les PSS afin d'aider le bébé à s'habituer à dormir exclusivement sur le dos à sa sortie de l'hôpital. D'autres UNN mentionnent seulement aux parents de se conformer aux recommandations en matière de PSS une fois à la maison. Cela représente parfois une source de stress importante pour les familles. L'infirmière en néonatalogie joue donc un rôle essentiel pour amorcer la transition vers les PSS en collaborant avec les parents et en les guidant tout au long du processus.

TRANSITION VERS LES PSS

Comment reconnaître qu'un bébé en UNN est prêt pour la transition vers les PSS?

- 1) Passage de l'incubateur au petit lit : le bébé prématuré ayant atteint 34 semaines peut en général maintenir sa température et rester en position fléchie. La plupart du temps, à cet âge, on procède à la transition de l'incubateur au petit lit. Donc, le moment est idéal pour introduire les PSS.
- 2) Conditions médicales et technologies de monitoring : toutefois, il faut s'assurer que le bébé n'a pas de conditions médicales (p. ex., syndrome de détresse respiratoire, malformations congénitales, syndrome de sevrage aux médicaments ou aux drogues, apnées et bradycardies fréquentes) ou encore qu'il n'est pas branché à des appareillages ou ne dépend pas de certaines technologies (p. ex., photothérapie, drain thoracique, lunette nasale à haut débit) qui empêcheraient cette transition.

Déroger à l'instauration des PSS est une décision relevant du médecin traitant.

Comment faire la transition vers les PSS?

Informez les parents

Dès que le bébé est prêt à commencer la transition vers les PSS, l'infirmière informera les parents en prévision de la sortie de l'hôpital. Elle leur remettra la documentation explicative nécessaire pour participer à ce processus. La plupart du temps, les UNN possèdent des documents émanant des recommandations du Gouvernement du Canada. De même, les infirmières peuvent conseiller aux parents de consulter le site Web du Gouvernement du Canada (2018) et sa page sur le sommeil sécuritaire du nourrisson afin d'obtenir plus d'information et de visualiser une vidéo explicative. Mieux informés, les parents pourront poser des questions et participer activement au processus de transition vers les PSS.

Utiliser un lit à barreaux (si disponible)

Si possible, l'infirmière couchera le bébé dans un lit à barreaux afin de normaliser l'environnement de sommeil pour les parents et le bébé. Ce nouvel environnement ne doit pas contenir de peluches, d'éléments de décoration, de couches de rechange ou quelque autre objet.

Communiquer l'information à l'équipe

L'infirmière apposera une affiche sur le lit du bébé afin d'informer l'équipe du début de la transition vers les PSS et le notera dans le dossier.

Les parents sont aujourd'hui davantage sensibilisés au fait que les nourrissons doivent être positionnés sur le dos pour dormir.

Favoriser une transition graduelle

Il est important de procéder aux différentes étapes de la transition de façon graduelle et d'attendre environ 48 heures entre chacune d'elles, afin de permettre au bébé de s'habituer (Martel et Milette, 2017). La présence des parents prend tout son sens au cours des différentes étapes présentées ci-dessous, car ils sont les principaux collaborateurs de soins.

ÉTAPES DES PSS

Étape 1

Retirer les outils de positionnement et les rouleaux de couvertures. Cesser d'emballoter le bébé pendant les périodes de sommeil. Une dérogation à cette étape serait la conséquence d'une demande spécifique d'une physiothérapeute ou d'un médecin de l'UNN. En effet, dans certains cas et pour des raisons médicales, les outils de positionnement sont utilisés durant les périodes d'éveil du bébé. En cas de transition trop difficile, il est possible de garder un petit rouleau de couverture pour

aller plus graduellement. En tout temps, les comportements et les besoins du bébé doivent guider les changements cliniques.

Étape 2

Retirer du lit toutes les couvertures, car le bébé pourrait, juste par ses mouvements, se recouvrir totalement la tête et provoquer un excès de chaleur menant à une suffocation (Mitchell et al., 2008). Il sera davantage en sécurité en portant un vêtement de nuit ajusté et constitué d'une seule pièce afin de ne pas avoir trop chaud à la température ambiante. Pour plus d'information, les parents peuvent consulter la page sur la **sécurité des vêtements de nuit pour enfants** sur le site Web du Gouvernement du Canada (2014). La grenouillère, ou dormeuse, est un exemple de vêtement adéquat qui remplace la couverture pour le sommeil du bébé (voir photo). Le fait d'avoir trop chaud est un facteur de risque du SMSN (Ponsonby et al., 1992). Si une couverture est malgré tout nécessaire, il faut la choisir mince, légère et perméable à l'air.



© Gracieuseté du CHU Sainte-Justine

PRATIQUE CLINIQUE

GRENOUILLÈRE OU DORMEUSE

Exemple de vêtement adéquat qui remplace la couverture pour le sommeil du bébé.

PRÊT
POUR TON
NOUVEAU DÉFI?



MON+ VOUS OFFRE

- Grande diversité de mandats auprès des Premières Nations, Inuits et centres hospitaliers
- Flexibilité d'horaire selon vos disponibilités
- Formation en rôle élargi pour les régions éloignées
- Rémunération très avantageuse
- Structure de formation continue
- Programme de remboursement des frais de formation

MON+ RECHERCHE

- Initiative
- Autonomie
- Capacité d'adaptation
- 2-3 ans d'expérience en centre hospitalier (urgence, soins intensifs, obstétrique, médecine-chirurgie et autres)
- DEC en soins infirmiers ou BAC en sciences infirmières
- Membre de l'OIIQ

T 877 333-7439

mon@multioptionsnursing.com

www.multioptionsnursing.com



PRATIQUES DE SOMMEIL SÉCURITAIRE

3 questions fréquemment posées par les parents

QUESTIONS

RÉPONSES

Pourquoi ne puis-je pas faire dormir mon bébé sur le ventre ou sur le côté?

Les positions de sommeil sur le ventre et le côté sont associées à un risque accru de SMSN. La position sur le dos est donc recommandée pour la nuit et les siestes. Cette consigne s'applique en tout temps peu importe où le bébé dort : à la maison, à la garderie, en voyage, en visite chez les grands-parents, etc. Il est important de le rappeler aux membres de la famille, aux amis et aux gardiens. Nombre de personnes croient toujours que la position sur le ventre est indiquée pour éviter à l'enfant de s'étouffer en cas de régurgitations. Or, c'est plutôt sur le ventre que ce risque pour l'enfant existe, car le lait régurgité peut suivre la gravité et emprunter le chemin de la trachée.

Dois-je bannir la position ventrale?

Pour comprendre l'importance de varier les positions du bébé pendant les périodes d'éveil, il suffit de prêter attention à tous les moments où il est couché sur le dos pour dormir ou installé dans une position induisant une pression sur l'arrière de sa tête (dans le siège d'auto, sur le tapis d'amusement, dans la petite balançoire, etc.). Donc, il est recommandé de placer le bébé éveillé sur le ventre deux ou trois fois par jour sous la surveillance d'un adulte dès les premières semaines suivant sa naissance, même s'il ne tient pas encore sa tête parfaitement. Ensuite, ces périodes sont de plus en plus longues (une minute de plus chaque fois, par exemple) afin de l'aider à renforcer les muscles et à améliorer le maintien de sa tête. Grâce à cette position, le bébé franchira des étapes importantes de son développement comme se tourner de lui-même sur le dos ou sur le ventre. La position ventrale permet aussi d'éviter la plagiocéphalie (déformation de la tête, ou « tête plate »).

Qu'est-ce qui est sécuritaire pour le sommeil de mon bébé?

Le bébé doit dormir sur une surface adaptée pour lui, c'est-à-dire un matelas ferme recouvert d'un drap contour et placé dans un lit respectant les normes de sécurité émises par le Gouvernement du Canada. Parfois, il est tentant d'ajouter des articles de literie décoratifs comme des oreillers, une douillette, un édredon ou des bordures de protection. Ceux-ci sont à bannir, car ils augmentent le risque de suffocation. Les autres types de lits (lit d'adulte, lit d'eau, lit destiné aux enfants plus vieux, etc.), ainsi que les canapés ou fauteuils de toutes sortes sont aussi des sources de danger pour le bébé. Il faut éviter les accessoires de positionnement servant à maintenir le bébé dans sa position de sommeil. Il peut lui arriver de faire sa sieste ailleurs que dans son lit, notamment dans la poussette, le landau, la balançoire pour enfant, le siège d'auto, le siège vibrant, etc. Or, ces équipements ne sont pas conçus pour y laisser dormir un bébé, car, en position assise, sa tête peut tomber vers l'avant et gêner sa respiration.

La version en ligne de cet article propose les réponses à cinq autres questions posées fréquemment par les parents à propos du sommeil sécuritaire de leur nouveau-né. Découvrez-les à oiq.org

Étape 3

Commencer par cesser la position ventrale pendant les périodes de sommeil. Les positions dorsale et latérale (droite et gauche) sont maintenues afin d'obtenir une transition en douceur. Cependant, cette étape peut se dérouler autrement. En effet, chez certains bébés, pour qui la position ventrale procure une meilleure organisation, il est possible de cesser la position latérale en premier. Cette méthode clinique étant flexible, il est important d'observer les comportements du bébé et de lui donner des soins individualisés.

Étape 4

Si le bébé tolère bien les changements précédents, continuer la transition en cessant la position latérale pendant les périodes de sommeil.

La transition vers les PSS peut s'étendre sur environ une semaine, ou même plus. Au début, le bébé n'appréciera peut-être pas ces changements, car il aura sans doute pris des habitudes de sommeil. Le recours à des stratégies, comme les méthodes de retour au calme, le massage et la méthode kangourou (peau-à-peau), l'aideront à s'apaiser doucement avant de s'endormir.

CONCLUSION

À la lumière de ces recommandations, les infirmières doivent effectuer une transition précoce vers le sommeil sur le dos avant la sortie de tout bébé hospitalisé à l'UNN après sa naissance. Leur responsabilité est aussi d'enseigner aux parents les PSS à appliquer à la maison. Les bébés en pouponnière ou en post-partum devraient être positionnés selon ces recommandations dès leurs premières heures de vie, sauf s'ils sont en peau-à-peau avec leurs parents (Gouvernement du Canada, 2018; Moon, 2011, 2016). Comme vu précédemment, le port d'un vêtement de nuit sécuritaire est fortement recommandé. Ne pas emmailloter le bébé ou ne pas l'enrouler dans une couverture donne un bon exemple aux parents. ●



Centre de Santé Tulattavik de l'Ungava
Ungava Tulattavik Health Center

UNE OPPORTUNITÉ UNIQUE
Temps complet ou contrat court terme | Prime d'éloignement, de rétention, de vie chère et supplément salarial en points de services

Apprentissage progressif au travail en rôle élargi

Un Centre de Santé où l'on retrouve un Hôpital avec CLSC et six points de services sur la côte de l'Ungava

VEZ ÉVEILLER LE MEILLEUR EN VOUS!
rh.ungava@ssss.gouv.qc.ca
Tél. : 819 964-2905 | Téléc. : 819 964-2071



NDLR Cet article est le septième d'une série de huit portant sur les meilleures pratiques en périnatalité appuyées par des données probantes. Il s'agit d'une idée originale de l'infirmière Marie-Josée Martel. Cette série aborde différentes thématiques concernant les soins aux nouveau-nés admis en UNN, soins très souvent applicables aux bébés nés à terme et en bonne santé.

LES AUTEURES

AUDREY LARONE JUNEAU
Inf., M. Sc.

Cadre-conseil en sciences infirmières au
CHU Sainte-Justine

CAROLINE LEMAY
Inf., M. Sc.

Infirmière clinicienne, Centre
parents-enfant, Centre hospitalier
affilié universitaire régional
(CHAUR) du CIUSSS de la
Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

ISABELLE MILETTE
IPSNN

Infirmière praticienne spécialisée en
néonatalogie et experte en soins du
développement. Membre clinicienne du
Réseau de recherche en interventions en
sciences infirmières du Québec (RRISIQ).

MARIE-JOSÉE MARTEL
Inf., Ph. D.

Professeure au Département des
sciences infirmières de l'Université
du Québec à Trois-Rivières (UQTR).
Chercheuse au Centre d'études
interdisciplinaires sur le développement
de l'enfant et de la famille de l'UQTR.
Chercheuse associée au Centre de
recherche du CHU Sainte-Justine.
Membre chercheuse du RRISIQ.

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Rapport sur la santé périnatale au Canada - Édition 2008*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphr-rscc/pdf/cphr-rscc08-eng.pdf>

Agence de la santé publique du Canada (2011). *L'Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire - Prévenir les décès subits des nourrissons au Canada*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada/Société canadienne de pédiatrie/Fondation canadienne pour l'étude sur la mortalité infantile/Institut canadien de la santé infantile/Santé Canada. Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/stages-etapes/childhood-enfance_0-2/sids/pdf/jsss-ecss2011-fra.pdf

Blair, P. et Fleming, P. (2002). Epidemiological investigation of Sudden Infant Death Syndrome infants - Recommendations for future studies. *Child: Care, Health and Development*, 28(Suppl 1), 49-54. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2214.2002.00014.x>

Blair, P. S., Sidebotham, P., Berry, P. J., Evans, M. et Fleming, P. J. (2006). Major epidemiological changes in sudden infant death syndrome: A 20-year population-based study in the UK. *Lancet*, 367(9507), 314-319. Repéré à [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)67968-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)67968-3)

Gelfer, P., Cameron, R., Masters, K. et Kennedy, K. A. (2013). Integrating "Back to Sleep" recommendations into neonatal ICU practice. *Pediatrics*, 131(4), e1264-e1270. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2012-1857>

Gouvernement du Canada. (2018). Sommeil sécuritaire. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/enfance-adolescence/etapes-enfance-petite-enfance-naissance-deux-ans/sommeil-securitaire.html>

Gouvernement du Canada. (2014). Sécurité des vêtements de nuit pour enfants. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sommeil-securitaire/vetements-nuit-pour-enfants.html>

Hauck, F. R., Omojokun, O. O. et Siadaty, M. S. (2005). Do pacifiers reduce the risk of Sudden Infant Death Syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics*, 116(5), e716-e723. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2004-2631>

Li, D. K., Willinger, M., Petitti, D. B., Odouli, R., Liu, L. et Hoffman, H. J. (2006). Use of a dummy (pacifier) during sleep and risk of sudden infant death syndrome (SIDS): Population based case-control study. *British Medical Journal*, 332(7532), 18-22. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38671.640475.55>

Martel, M.-J. et Milette, I. (2017). Être parent à l'unité néonatale : tisser des liens pour la vie. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.

Mitchell, E. A., Thompson, J. M., Becraft, D. M., Bajanowski, T., Brinkmann, B., Happe, A., ... Vennemann, M. M. (2008). Head covering and the risk for SIDS: Findings from the New Zealand and German SIDS case-control studies. *Pediatrics*, 121(6), e1478-e1483. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2007-2749>

Moon, R. Y. (2011). Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*, 128(5), e1341-e1367.

Moon, R. Y. (2016). SIDS and other sleep-related infant deaths: Evidence base for 2016 updated recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*, 138(5). Repéré à <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2016-2940>

O'Connor, N. R., Tanabe, K. O., Siadaty, M. S. et Hauck, F. R. (2009). Pacifiers and breastfeeding: A systematic review. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163(4), 378-382. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1001/archpediatrics.2008.578>

Ponsonby, A. L., Dwyer, T., Gibbons, L. E., Cochran, J. A., Jones, M. E. et McCall, M. J. (1992). Thermal environment and sudden infant death syndrome: Case-control study. *British Medical Journal*, 304(6822), 277-282.

Rao, H., May, C., Hannam, S., Rafferty, G. F. et Greenough, A. (2007). Survey of sleeping position recommendations for prematurely born infants on neonatal intensive care unit discharge. *European Journal of Pediatrics*, 166(8), 809-811. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1007/s00431-006-0325-7>

Rusen, I. D., Liu, S., Sauve, R., Joseph, K. S. et Kramer, M. S. (2004). Sudden infant death syndrome in Canada: Trends in rates and risk factors, 1985-1998. *Chronic Diseases in Canada*, 25(1), 1-6.

SURPIED

TOUT POUR LE SOIN DU PIED

Formation en soins des pieds

Cours donnés par des infirmières qui pratiquent en soins des pieds.

Formation pour débutants

- 160 heures de cours, 7 heures par jour.
- Choix d'horaires variés.
- Enseignement en groupe restreint de 12 à 15 personnes permet un meilleur suivi.
- Clientèle fournie pour périodes de pratique supervisée.

Formations avancées en soins des pieds

- Cours de perfectionnement: traitements spécifiques et utilisation d'instruments spécialisés.

FORMATION COMPLÈTE
160 heures
Reconnue par l'AIISPO

- Cours conçus pour les infirmières et infirmiers.
- Méthodes pédagogiques variées, techniques audiovisuelles, livres guides inclus.
- Information et soutien pour démarrage d'entreprise

Prochains cours :

- INTENSIF**
1er octobre 2018
- ACCÉLÉRÉ**
4 septembre 2018
- HEBDOMADAIRE**
6 septembre 2018



ÉTUDIANTS, procurez-vous votre trousse de départ chez SURPIED et nous payons les taxes* pour vous !

* Vous devez présenter une preuve de votre statut d'étudiant au sein d'un établissement reconnu. Offre limitée.



SURPIED est un membre institutionnel de la SOFEDUC. Par cette accréditation, les formations de SURPIED donnent droit à des Unités d'Éducation Continue (UEC)



WWW.SURPIED.COM

INFORMATIONS : 514.990.8688
SANS FRAIS : 1.888.224.4197