

Pédiatrie

Dr CÉLINE J. FISCHER FUMEUX^a, CAROLE FLETGEN RICHARD^a, DIANA GONCALVES PEREIRA PINTO^a, CORINNE STADELMANN^a, VALÉRIE AVIGNON^b, Dr YVAN VIAL^b, Pr JEAN-FRANÇOIS TOLSA^a, Dr ANNE-EMMANUELLE AMBRESIN^{c,d}, Dr JEAN-BAPTISTE ARMENGAUD^d, MONICA CASTANEDA^{e,j}, Dr PAULINE COTI-BERTRAND^e, Dr ALAIN DEPPE^f, Drs GILLES DUVOISIN^d, SANDRA GEBHARD^g, LAURENT HOLZER^g, FRANÇOISE LIER^{c,f}, CAROLE MONNEY CHAUBERT^{d,f,i}, JEAN-YVES PAUCHARD^d, SOFIA ANNA TYPALDOU^g et Pr MICHAËL HOFER^h

Rev Med Suisse 2017; 13: 92-5

La nutrition est un thème central en pédiatrie: essentielle pour la croissance et le développement de l'enfant, elle joue également un rôle dans la prévention de nombreuses maladies.

Bien que fortement recommandée, la mise en place de l'allaitement peut être difficile en particulier chez les nouveau-nés prématurés ou malades. La création d'une unité de soutien à l'allaitement en néonatalogie a permis d'offrir un soutien aux mères souhaitant allaiter et d'améliorer le taux de lactation.

Les troubles du comportement alimentaire représentent un important challenge de prise en charge. Une détection et une prise en charge rapide de l'anorexie sont essentielles pour le pronostic. Cet article décrit les enjeux et le processus parcouru pour élaborer un guide de prise en charge des enfants et adolescent(e)s hospitalisé(e)s pour une anorexie.

Novelties 2016 in pediatrics

Nutrition is central in pediatric care: essential for growth and development, it plays also a role in the prevention of many diseases.

Even if breastfeeding is highly recommended, its implementation may be difficult in particular for premature and ill newborns. The creation of a specific unit for breastfeeding support in neonatology allows to help mothers willing to nurse and to improve the rate of breastfeeding for these vulnerable infants.

Eating disorders represent an important challenge for patient care. Early detection and rapid management of anorexia is essential for the prognosis. This article describes the challenges and the practical process underlying the development of a practical guideline to manage children and adolescents hospitalized for anorexia.

MIEUX SOUTENIR L'ALLAITEMENT MATERNEL DES NOUVEAU-NÉS HOSPITALISÉS POUR PLUS D'ÉGALITÉ

Contexte général

«Breastmilk makes the world healthier, smarter, and more equal», selon un récent éditorial du *Lancet*.¹ Le lait maternel

possède des propriétés nutritionnelles et bioactives complexes et évolutives, qui restent, à ce jour, inégalées.^{2,3} Pour les nouveau-nés prématurés ou malades, en plus des avantages généraux pour la santé de la mère et de l'enfant, le lait maternel offre des bénéfices supplémentaires; il diminue le risque d'entérococolite nécroscante, d'infection, de dysplasie bronchopulmonaire, de rétinopathie et de réhospitalisations.^{4,5} En outre, il améliore la tolérance entérale, le neurodéveloppement et la vision.^{6,7} Il est généralement vécu positivement par les mères.^{8,9} Des avantages économiques ont également été démontrés dans ce contexte.¹⁰

Bien que fortement recommandé, l'allaitement maternel reste plus difficile, moins fréquent et moins long dans cette population.^{11,12} De nombreux facteurs maternels, néonataux, liés à l'environnement hospitalier et/ou aux soins, souvent intriqués, constituent autant de potentiels obstacles à l'initiation et/ou la poursuite de l'allaitement dans les situations d'hospitalisation.^{13,14} Si certains de ces obstacles sont difficiles à influencer au niveau hospitalier, il a néanmoins été démontré qu'il est possible de créer des conditions favorables à l'allaitement maternel dans les unités de néonatalogie.¹³

Situation locale

De faibles taux d'allaitement maternel à la sortie de néonatalogie ont été observés dans notre centre. Entre 2007 et 2012, les taux d'allaitement, mixte ou exclusif, pour les nouveau-nés de moins de 32 semaines, étaient même inférieurs à la moyenne suisse (63% dans notre centre versus 72% pour les autres centres suisses), selon les données du Swiss Neonatal Network & Follow-up Group (www.neonet.ch/en/neonatal-network/aims-and-description/). Bien que certaines différences régionales existent également au niveau de la population générale (moins allaitée en Suisse romande qu'en Suisse allemande),¹⁵ il apparaissait prioritaire d'optimiser le soutien à l'allaitement dans notre contexte.

Création d'une Unité de soutien à l'allaitement maternel en néonatalogie

Un groupe interdisciplinaire a identifié et ciblé un programme d'interventions (*bundle*) à l'issue d'une revue de la littérature et d'une analyse des facteurs contributifs locaux. Après une période de développement (2013-2015), le projet a pu être pleinement mis en œuvre cette année, bénéficiant d'un financement de l'institution pour une durée probatoire de trois ans.

Depuis le mois d'avril 2016, une équipe de consultantes en lactation, également impliquées dans d'autres secteurs de soins périnataux (néonatalogie, nutrition, maternité), assure

^a Service de néonatalogie, ^b Service de gynécologie-obstétrique, ^c Division interdisciplinaire de santé des adolescents (DISA), ^d Service de pédiatrie, ^e Service d'endocrinologie, de diabétologie et de métabolisme, ^f Service de psychiatrie de liaison, Centre vaudois anorexie boulimie (abC), ^g Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ^h Unité d'immunologie et rhumatologie, Service de pédiatrie, CHUV, 1011 Lausanne, ⁱ Unité abC, ^j Service de médecine interne, Hôpital de St-Loup, Etablissement hospitalier du Nord Vaudois (eHnv), 1318 Pompaples
celine-julie.fischer@chuv.ch | carole.richard@chuv.ch
diana-patricia.goncalves-pereira-pinto@chuv.ch | corinne.stadelmann@chuv.ch
valerie.avignon@chuv.ch | yvan.vial@chuv.ch | jean-francois.tolsa@chuv.ch
anne-emmanuelle.ambresin@chuv.ch | jean-baptiste.armengaud@chuv.ch
monica.castaneda@ehnv.ch | pauline.coti@chuv.ch | alain.deppen@chuv.ch
gilles.duvoisin@chuv.ch | sandra.gebhard@chuv.ch | laurent.holzer@chuv.ch
francoise.lier@chuv.ch | carole.monneychaubert@ehnv.ch
jean-yves.pauchard@chuv.ch | michael.hofer@chuv.ch | sophia.typaldou@chuv.ch

TABLEAU 1

Principales interventions de l'Unité
de soutien à l'allaitement maternel
en néonatalogie

*www.stiftungstillen.ch/logicio/client/stillen/file/material/Fruehgeborene/kispi_stillbrosch_fr_250915_web.pdf; ** www.allaiter.ch; *** www.netrotot.ch/

<p>1. Consultations spécialisées systématiques (avant la naissance si possible, après la naissance et jusqu'au retour à domicile)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1300 consultations réalisées du 1^{er} mai au 31 août 2016 (en moyenne: 350/mois, 11/jour) • Informations et accompagnement pour l'utilisation du tire-lait double-pompe dans les premières 6-12 heures suivant la naissance chaque fois que l'allaitement direct au sein n'est pas possible; enseignement des mesures d'hygiène; mises au sein, stimulations orales; préparation du retour à domicile; intervention en cas de complications (crevasse, engorgement), etc.
<p>2. Harmonisation des discours, documents et pratiques entre les intervenants</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les parents: distribution, utilisation et lecture accompagnée d'un guide illustré*, support vidéo** • Pour les collaborateurs: développement de documents et protocoles sur des questions techniques ou pratiques; diffusion aux différents secteurs • Pour les partenaires extérieurs: mails d'information, rencontres à la demande avec les partenaires du réseau, stages d'observation
<p>3. Formations et enseignements</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retours directs, après chaque consultation, aux professionnels responsables de la mère et/ou de l'enfant • Interventions en colloques, y compris dans d'autres secteurs (pré et postnatal, centre de nutrition, pédiatrie, etc.) • Enseignement structuré pour les nouveaux collaborateurs (infirmiers et médecins)
<p>4. Projets synergiques avec autres groupes experts</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Soins de développement: travail sur le développement de l'oralité, peau à peau précoce, etc. • Soins «centrés sur la famille»: rôle et implications des parents • Maternité: groupe de travail pour le renforcement d'une culture d'allaitement adaptée au centre
<p>5. Développement d'un système de «marrainage» (peer support) et partage d'expérience</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Convergence de données suggérant un effet complémentaire, voire potentialisateur, du soutien professionnel • Développement en collaboration avec une association de parents (Né trop Tôt***) • Recrutement de mères ayant une expérience positive et réussie d'allaitement en néonatalogie; depuis octobre, ces mères reçoivent une formation spécifique, et se mettent bénévolement à l'écoute d'autres mères dans le cadre de rencontres hebdomadaires qui ont lieu dans le service

une présence quotidienne dédiée à la réalisation, au développement, à l'harmonisation et à la coordination des activités de soutien de l'allaitement maternel dans notre département (tableau 1). L'objectif est de soutenir le projet des mères souhaitant allaiter, dans le respect des situations où l'allaitement maternel est impossible ou non souhaité.

Premiers résultats

Plusieurs indicateurs ont été suivis tout au long du processus. Depuis l'implémentation du projet, par rapport aux précédentes données disponibles (2012 → 2016), nous avons observé:

- une augmentation des taux d'initiation d'allaitement (84% → 91%; p = 0,001);
- une augmentation des taux d'allaitement (mixte ou exclusif) à la sortie de notre service (67% → 80%; p = 0,001);
- une diminution de près de moitié du risque d'interruption de l'allaitement durant l'hospitalisation pour les mères initiant un allaitement (21% → 12%; OR: 0,6; p = 0,03).

Ces effets concernaient à la fois les nouveau-nés prématurés et les autres nouveau-nés hospitalisés. La satisfaction maternelle relative au soutien proposé était élevée.

Conclusion

Pour les nouveau-nés prématurés et/ou malades, l'allaitement maternel constitue une stratégie *low cost, low tech, and life saving*, les protégeant, au moins partiellement, de certaines complications graves, et participant à améliorer leur devenir. En raison de différents obstacles, l'allaitement maternel s'avère toutefois plus difficile et moins fréquent chez les nouveau-nés hospitalisés. Plusieurs données, dont ces premiers résultats, montrent qu'il est non seulement nécessaire, mais possible, de favoriser l'allaitement des nouveau-nés prématurés par l'implémentation de programmes d'interventions périnatales, et l'octroi de moyens adaptés. Le sous-allaitement de cette population vulnérable n'est donc pas inéluctable.

GUIDE DE PRISE EN CHARGE DES ENFANTS
ET ADOLESCENT(E)S HOSPITALISÉ(E)S
POUR UNE ANOREXIE

Contexte

L'anorexie est une pathologie qui va souvent débiter durant l'adolescence, dont un tiers des cas restera pauci-symptomatique ou évoluera vers la chronicité à l'âge adulte.¹⁶ La prévalence de l'anorexie mentale à l'adolescence est de 0,5-1% et est en augmentation chez les plus jeunes (10-11 ans).¹⁷ Les complications liées à cette maladie sont multiples, tant d'ordres psychique que physique, avec en plus un phénomène d'auto-entretien, c'est-à-dire que la restriction cognitive entraîne une dénutrition et que celle-ci favorise la restriction cognitive entraînant ainsi les patient(e)s dans une spirale infernale. Les facteurs reconnus pour influencer le pronostic sont, entre autres, la prise de poids durant l'hospitalisation et le poids de sortie.¹⁸ Ceci souligne l'importance d'une prise en charge optimale durant l'hospitalisation pour permettre une reprise pondérale adéquate au cours du séjour hospitalier. D'autres facteurs mentionnés dans la littérature sont la durée de la maladie et l'indice de masse corporelle à l'admission. Ces deux derniers facteurs mettent en évidence l'importance de la détection précoce de l'anorexie et la nécessité d'une prise en charge rapide.

Sur le plan somatique, les complications en particulier sur l'os, la croissance, le développement pubertaire et cérébral représentent une urgence du fait de la période développementale cruciale qu'est l'adolescence.¹⁹ Plus la détection de l'anorexie est précoce et la prise en charge rapide, meilleur est le pronostic à long terme.²⁰

Recommandations actuelles de prise en charge
des patientes avec une anorexie

La littérature scientifique de cette dernière décennie met l'accent sur la renutrition rapide en milieu hospitalier (sous certaines conditions) des patient(e)s²¹⁻²³ qui jusqu'alors se faisait lentement en raison des craintes de syndrome de renutrition inappropriée. Est recommandée par ailleurs, lorsque cela est possible, une prise en charge pédopsychiatrique ambulatoire selon le modèle de la thérapie basée sur la famille (family based therapy-FBT)²⁴ étant donné les résultats positifs de ce modèle chez les adolescent(e)s souffrant d'anorexie.²⁵ A noter que la FBT n'est envisageable qu'avec certains types de

patient(e)s en ambulatoire et que de tels modèles de traitement centrés sur le comportement alimentaire et les ressources des parents sont complémentaires d'approches psychothérapeutiques psychodynamiques ou systémiques en vigueur. Ces dernières prennent en compte la personnalité du sujet, son monde interne, sa conflictualité, ainsi que les interactions – conflictuelles ou non – au sein du système familial, que ce soit au cours de l'hospitalisation ou en ambulatoire.

Enjeux

A Lausanne et jusqu'en 2014, les adolescent(e)s souffrant d'anorexie étaient potentiellement hospitalisé(e)s sur 4 sites différents. Chaque site avait développé des prises en charge spécifiques et souvent différentes. Ces prises en charge étaient basées sur l'expérience clinique des équipes, mais également en partie sur des habitudes et des croyances. Ces différences de pratiques pouvaient entraîner des difficultés de compréhension pour le patient(e)s et leur famille amenés à fréquenter les différents lieux de soins et un risque de shopping médical selon les différents modèles de prise en charge. De plus, les portes d'entrée pour une demande d'hospitalisation n'étaient pas centralisées et selon le professionnel à l'origine de la demande (un pédiatre ou un pédopsychiatre) le lieu d'hospitalisation était différent.

Processus de création d'un guide de prise en charge somatique des patient(e)s hospitalisé(e)s pour une anorexie

Ces constatations ont souligné la nécessité de mettre une cohérence dans les programmes de soins des troubles alimentaires, d'offrir au réseau de médecins installés une plus grande visibilité et une meilleure accessibilité ainsi que de mettre à jour la prise en charge de l'anorexie selon les données de la littérature récente. L'idée a germé d'élaborer un guide de prise en charge des patient(e)s hospitalisé(e)s pour une anorexie réunissant tous les acteurs du réseau. La réalisation de ce guide de prise en charge représente plus de 3 ans de travail. Le simple guide écrit, composé de quelques pages, ne représente que la pointe de l'iceberg. Il a fallu tout d'abord identifier les acteurs du réseau, puis réunir des référents pour chaque site. Ensuite, il a fallu diviser le projet en 3 parties pour travailler plus efficacement: 1) prise en charge somatique; 2) prise en charge nutritionnelle et diététique et 3) prise en charge psychique afin que chaque groupe de métier puisse travailler avec ses pairs.

Résultats

Le guide de soins est à bout touchant et fera l'objet d'une publication plus détaillée dans un prochain numéro de la Revue médicale suisse. Pour ce qui est des lignes générales, il est constitué de trois parties. La première inclut les critères d'hospitalisation, le bilan préhospitalisation et un algorithme pour guider l'hospitalisation d'un(e) adolescent(e) souffrant d'anorexie à l'intention des médecins de premier recours. La partie principale du guide de soins concerne la marche à suivre pratique durant l'hospitalisation tout en laissant une liberté à chaque site quant à la manière de prendre en charge individuellement le patient. La dernière partie contient des annexes utiles lors de la prise en charge, telles que courbes

d'indice de masse corporelle, tableau de médicaments et dosages, références, etc.

Hospitalisation: un seul point d'entrée

Un seul point d'entrée est recommandé pour toutes les demandes d'hospitalisation d'enfants et d'adolescent(e)s souffrant d'anorexie, que le motif soit somatique ou psychique. Des infirmiers orienteurs, rattachés au Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA), assurent une permanence sur les jours ouvrables au numéro suivant 021/314.37.95. Ces infirmiers travaillent en étroite collaboration avec les pédiatres pour définir le lieu idéal d'hospitalisation et évaluer les aspects somatiques. Durant les week-ends et jours fériés, les services d'urgences régionaux assurent les besoins d'hospitalisation en urgence qui sont en général d'ordre somatique, hormis la crise suicidaire. Ils peuvent contacter le numéro des infirmiers orienteurs dès le prochain jour ouvrable pour évaluer la suite à donner pour la prise en charge hospitalière.

Numéro unique pour toutes demandes d'hospitalisation pour enfants et adolescents souffrant d'anorexie: **021/314 37 95**

Conclusion

La réalisation d'un guide de prise en charge est un excellent moyen de créer du lien entre les soignants, de favoriser les communications inter et intraprofessionnelles ainsi que de clarifier le réseau de prise en charge des troubles du comportement alimentaire (TCA). L'implémentation de pratiques cliniques permettant une renutrition rapide et efficace en milieu hospitalier, repenser la place de la famille dans le traitement de l'anorexie ainsi que la clarification du réseau et des personnes de contact pour les demandes d'hospitalisation sont autant de démarches qui devront permettre d'améliorer les soins aux patients en les plaçant au centre de nos intérêts. Dans ce sens, la réalisation d'un guide de prise en charge représente un chemin vers la qualité des soins pour autant que l'on y mette l'énergie nécessaire pour favoriser le changement de pratique sur le terrain.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements: Les auteurs remercient toutes les consultantes en lactation de l'Unité de soutien, ainsi que Mme P. Gerdy, sage-femme responsable en Maternité, Mme C. Banderet, Présidente de l'Association Né Trop Tôt ainsi que les Mairaines d'allaitement bénévoles associées au projet.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Un soutien précoce, cohérent et constant de l'allaitement maternel est nécessaire en cas d'hospitalisation néonatale pour répondre de manière adaptée et efficace aux besoins, difficultés et enjeux spécifiques de ces situations
- La réalisation d'un guide de prise en charge pour les enfants et adolescents hospitalisés pour une anorexie permet d'harmoniser et d'améliorer la prise en charge hospitalière mais également d'améliorer la visibilité pour les praticiens installés en définissant des critères d'hospitalisation et en centralisant les demandes d'hospitalisation sur l'infirmier orienteur

- 1 * Breastfeeding: achieving the new normal. *Lancet Lond Engl* 2016;387:404.
- 2 Andreas NJ, Kampmann B, Mehring Le-Doare K. Human breast milk: a review on its composition and bioactivity. *Early Hum Dev* 2015;91:629-35.
- 3 ** Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827-41.
- 4 * Corpeleijn WE, et al. Intake of own mother's milk during the first days of life is associated with decreased morbidity and mortality in very low birth weight infants during the first 60 days of life. *Neonatology* 2012;102:276-81.
- 5 Spiegler J, et al. Does breastmilk influence the development of bronchopulmonary dysplasia? *J Pediatr* 2012;169:76-80.e4.
- 6 Vohr BR, et al. Persistent beneficial effects of breast milk ingested in the neonatal intensive care unit on outcomes of extremely low birth weight infants at 30 months of age. *Pediatrics* 2007;120:e953-9.
- 7 Koo W, Tank S, Martin S, Shi R. Human milk and neurodevelopment in children with very low birth weight: a systematic review. *Nutr J* 2014;13:94.
- 8 Björk M, Thelin A, Peterson I, Hammarlund K. A journey filled with emotions-mothers' experiences of breastfeeding their preterm infant in a Swedish neonatal ward. *Breastfeed. Rev Prof Publ Nurs Mothers Assoc Aust* 2012;20:25-31.
- 9 Rossman B, Kratovil AL, Greene MM, Engstrom JL, Meier PP. I have faith in my milk: the meaning of milk for mothers of very low birth weight infants hospitalized in the neonatal intensive care unit. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc* 2013;29:359-65.
- 10 Johnson TJ, Patel AL, Bigger HR, Engstrom JL, Meier PP. Economic benefits and costs of human milk feedings: a strategy to reduce the risk of prematurity-related morbidities in very-low-birth-weight infants. *Adv Nutr Bethesda Md* 2014;5:207-12.
- 11 * Bonet M, et al. Variations in breastfeeding rates for very preterm infants between regions and neonatal units in Europe: results from the MOSAIC cohort. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2011;96:F450-2.
- 12 Perrine CG, Scanlon KS. Prevalence of use of human milk in US advanced care neonatal units. *Pediatrics* 2013;131:1066-71.
- 13 * Renfrew MJ, et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review. *Child Care Health Dev* 2010;36:165-78.
- 14 Sisk P, Quandt S, Parson N, Tucker J. Breast milk expression and maintenance in mothers of very low birth weight infants: supports and barriers. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc* 2010;26:368-75.
- 15 Etude SWIFS, Gross et al. (2015). Disponible sur site OFSP: www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07864/index.html?lang=fr
- 16 Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002;159:1284-93.
- 17 Steinhausen HC, Jensen CM. Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a Danish nationwide psychiatric registry study. *Int J Eat Disord* 2015;48:845-50.
- 18 Steinhausen HC, Grigoriou-Serbanescu M, Boyadjieva S, et al. Course and predictors of rehospitalization in adolescent anorexia nervosa in a multisite study. *Int J Eat Disord* 2008;41:29-36.
- 19 ** Helfer J, Favaro A, Ambresin AE. Prise en charge somatique et complications de l'anorexie mentale chez l'adolescente. *Rev Med Suisse* 2016;12:1129-32.
- 20 Howard WT, Evans KK, Quintero-Howard CV, et al. Predictors of success or failure of transition to day hospital treatment for inpatients with anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1999;156:1697-702.
- 21 * Redgrave GW, Coughlin JW, Schreyer CC, et al. Refeeding and weight restoration outcomes in anorexia nervosa: challenging current guidelines. *Int J Eat Disord* 2015;48:866-73.
- 22 Madden S, Miskovic-Wheatley J, Clarke S, et al. Outcomes of a rapid refeeding protocol in adolescent anorexia nervosa. *J Eat Disord* 2015;3:8.
- 23 Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM, et al. Position paper of the Society for adolescent health and medicine: medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults. *J Adolesc Health* 2015;56:121-5.
- 24 * Ambresin AE, Vust S, Lier F, Michaud PA. Prise en charge d'adolescents souffrant d'anorexie mentale: le rôle des parents, une approche basée sur l'évidence. *Rev Med Suisse* 2014;10:66-8.
- 25 Lock J. Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2011;24:274-9.

* à lire
** à lire absolument

A consulter aussi: www.chuv.ch/neonatalogie