

# Première consultation du pédiatre de ville : de l'indispensable à l'utile



→ **R. ASSATHIANY<sup>1</sup>, C. COPIN<sup>2</sup>**

1. Pédiatre, ISSY-LES-MOULINEAUX.  
2. Pédiatre, PROVINS.

L'arrivée d'un enfant constitue une véritable révolution dans la vie d'un couple et la première consultation du nouveau-né présenté par ses parents au pédiatre est d'une grande importance. A ce moment vont se trouver en présence un couple, dont on ignore l'histoire familiale, très fier de montrer son bébé au pédiatre; un pédiatre dont la tâche principale va être de rassurer des parents souvent inquiets, mais également de dépister de façon précoce une pathologie qui nécessiterait une prise en charge adaptée; un nouveau-né le plus souvent endormi, dans son couffin ou landau. Cette consultation est longue, ne pouvant être inférieure à 30 minutes, et vient d'être reconnue comme telle, avec une cotation spécifique par la CPAM.

## La date et l'horaire de la consultation

La date qui paraît adaptée se situe aux alentours du 15<sup>e</sup> jour, selon les recommandations de l'HAS publiées en 2005; mais cette date peut être avancée pour une maman inexpérimentée et désemparée devant son premier enfant, sortie de la maternité à J2 ou J3.

Il n'y a pas de règle absolue pour l'horaire, mais il paraît souhaitable de recevoir ce nouveau-né et ses parents à un moment où la salle d'attente n'est pas surchargée, notamment avec des enfants venant consulter pour une pathologie infectieuse.

## Le dialogue avec les parents et la lecture du carnet de santé

C'est un temps important qui va préciser des éléments survenus au cours de la grossesse.

Les **sérologies maternelles** inscrites dans le carnet de santé sont vérifiées. En cas de sérologie de rubéole négative, on vérifie que la maman a bien été vaccinée depuis l'accouchement. Une possible séroconversion CMV fera surveiller particulièrement le développement neurologique et sensoriel. Si la maman est porteuse du virus de l'hépatite C ou HIV, un suivi commun avec des pédiatres hospitaliers sera mis en place. En présence de l'AgHBs, la vaccination commencée à la maternité sera poursuivie avec deux administrations vaccinales à 1 et 6 mois pour un nouveau-né à terme; pour un prématuré de moins de 32 SA

ou de moins de 2 kg, 3 injections à 1, 2 et 6 mois sont nécessaires. Une recherche de l'antigène HBs et un dosage des anticorps anti-HBs sera effectué, au mieux, 1 à 4 mois après la dernière injection [1].

**Les autres événements de la grossesse et de l'accouchement sont précisés:** les résultats des échographies, une éventuelle amniocentèse, des arguments pour une souffrance fœtale aiguë ou une infection materno-fœtale (NFS, CRP, prélèvements bactériologiques) lors de l'accouchement. En dehors de ces renseignements factuels, il est de la plus grande importance de poser des questions sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement par la maman et le couple.

**Le retour à la maison:** on pose des questions sur l'alimentation, le sommeil, les pleurs et leur tolérance par les parents. Des arguments pour une dépression maternelle postnatale sont recherchés par des questions posées à la maman, banales en apparence: Comment vous sentez-vous? Comment va le moral? Vous sentez-vous fatiguée? Comment dormez-vous?

Au terme de ce temps de dialogue, la reformulation de questions aux parents sur leurs inquiétudes, leurs interrogations permet d'évaluer leur personnalité, leur niveau d'inquiétude et d'apporter des réponses adaptées.

## L'examen clinique

L'examen clinique ne va pas être détaillé dans cet article; il doit être minutieux, complet, appréciant le tonus, la couleur, les réflexes archaïques. Tout en faisant

## MISES AU POINT INTERACTIVES

cet examen, on recherche les antécédents familiaux, notamment sensoriels et de luxation congénitale de la hanche.

En revanche, nous allons insister sur des dépistages dont la prise en charge est urgente, et la méconnaissance lourde de conséquences :

### >>> La luxation congénitale de la hanche

Elle est suspectée en cas d'abduction limitée, mise en évidence par la manœuvre d'Ortolani, et surtout de Barlow ; une échographie est demandée en cas de doute de l'examen clinique, ou en présence de facteurs de risque : antécédents familiaux, naissance par le siège, ou anomalie orthopédique majeure (torticolis, *genu recurvatum*).

### >>> La cardiopathie

Elle doit être systématiquement recherchée par une échographie cardiaque, en présence d'un souffle cardiaque ou de fémorales non palpables.

### >>> L'ictère

N'ayant pas tendance à régresser, avec des selles décolorées, l'ictère doit faire craindre une atrésie des voies biliaires extra-hépatiques, malformation rare mais dont l'intervention précoce est un facteur de pronostic.

>>> Une **fossette sacro-coccygienne** ne doit pas être explorée par une échographie si elle a les caractéristiques suivantes : borgne, de moins de 5 mm de diamètre, située à moins de 25 mm de l'anus, sans anomalie cutanée associée [2].

Les mensurations (poids, taille, périmètre crânien) sont effectuées, en valorisant les résultats, notamment ceux concernant la prise de poids.

Au terme de cet examen, le dialogue va reprendre, pour donner différents conseils.

### Les conseils

En cas d'**allaitement maternel**, la maman a besoin d'être assurée sur la réussite de son allaitement, attestée par une prise de poids que l'on s'efforce de valoriser ; les tétées doivent se faire à l'éveil (non à la demande), sans limitation de durée, sans limitation de nombre, avec des urines claires, fréquentes, des couches lourdes, et plus de 2-3 selles par jour le premier mois. Un bébé apaisé et une maman qui a soif après la tétée sont de bons témoins d'un allaitement efficace. S'il existe des antécédents allergiques dans la famille, un lait hypoallergénique d'efficacité prouvée par des études sera conseillé pour un sevrage ultérieur. Il est important de mettre en garde la maman contre un risque de sevrage intempestif et non justifié lors d'un traitement prescrit pour une pathologie intercurrente.

Lors de l'**alimentation au biberon**, l'eau de distribution ou l'eau embouteillée avec la mention eau convenant à l'alimentation du nourrisson peut être utilisée ; il est nécessaire de vérifier l'exacte reconstitution des biberons (une mesure rase pour 30 mL d'eau). La stérilisation des biberons n'est pas nécessaire. Des régurgitations ou une constipation seront améliorées par des mesures diététiques.

La **position de sommeil** est fondamentale ; depuis le couchage en décubitus dorsal, l'incidence de la mort inattendue du nourrisson a nettement reculé, s'établissant – mais stagnant – autour de 500 par an ; les autres mesures sont un matelas ferme adapté au lit, l'absence de drap du dessus, de couverture, de tour de lit, une température de la chambre autour de 18-20°, l'absence de tabagisme. Le co-sleeping (ou *bedsharing*) est déconseillé, pouvant être cependant toléré en cas d'allaitement maternel, moyennant certaines précautions.

La prévention de la **plagiocéphalie**, dont la prévalence est en nette augmentation

depuis que les nourrissons dorment sur le dos, repose sur des mesures simples : décubitus ventral à l'éveil, positionner la tête lors du couchage, alterner la position du lit [3].

La question de la **tétine** est souvent posée, mais celle-ci est déjà le plus souvent introduite, lors de la consultation. Le rôle du pédiatre est d'expliquer la physiologie du sommeil à cet âge, souvent précédé par les pleurs qu'il faut donc respecter, et de citer tous les autres moyens utiles pour apaiser un nouveau-né qui pleure. On peut diminuer les inconvénients ultérieurs de la tétine en limitant l'intensité et la durée de son utilisation.

La **prévention des maladies infectieuses** passe par la vaccination des parents (coqueluche, grippe, rougeole). En période d'épidémie, l'utilisation de solutions hydro-alcooliques par les parents avant de s'occuper de leur enfant et le port de masques faciaux limitent la transmission de maladies épidémiques (grippe, VRS).

Contrairement au dogme trop souvent délivré, il est recommandé de **couper les ongles** d'un nouveau-né, ce qui permet d'éviter plaies cornéennes et péri-onyxis.

Les derniers conseils donnés portent sur la conduite à tenir par les parents devant quelques situations pouvant survenir :

En cas de **fièvre** survenant les 2-3 premiers mois, une consultation dans un service d'urgences pédiatriques est impérative rapidement, quelle que soit l'heure ; les noms des différents hôpitaux assurant un service d'urgence sont indiqués.

En cas de **diarrhée**, des solutions de réhydratation doivent être administrées, en complément des tétées mais à la place des biberons, en attendant une consultation qui doit se faire sans tarder.

## L'ordonnance

La rédaction d'une ordonnance, commentée aux parents, termine la consultation. Cette ordonnance comporte, outre les conseils de lire les pages 12 à 17 du carnet de santé donnant de nombreux conseils pertinents, la prescription de :

– **vitamine D** : 1 000 à 1 200 ui/jour en cas d'allaitement maternel, 600 à 800 ui/j en cas d'alimentation par biberon [4] ;

– **vitamine K** : 1 ampoule (soit 2 mg) par semaine, en cas d'allaitement maternel exclusif. Les recommandations françaises actuelles sont de poursuivre cette supplémentation tant que persiste l'allaitement maternel exclusif ; cette stratégie impliquerait de donner à un nourrisson bénéficiant exclusivement du lait de sa mère jusqu'à 6 mois, 24 ampoules... Limiter cette supplémentation aux trois premiers mois, comme au Danemark,

serait raisonnable. De nouvelles recommandations sont attendues.

Au terme de cette consultation, le plus souvent on prévoit de revoir le nouveau-né vers l'âge d'un mois ; parfois, en raison de quelque doute sur son examen clinique, ou pour des raisons parentales, on peut être amené à proposer un rendez-vous plus proche. De toute façon, le pédiatre doit rester disponible et renseigner les parents sur le mode de fonctionnement du cabinet, les façons d'avoir une réponse à des questions entre les consultations, par exemple lors de plages horaires réservées à cet usage.

Au total, cette première consultation d'un nouveau-né est d'une grande importance, constituant une aide majeure à la mise en place de la parentalité. Elle constitue le premier pas d'un chemin qui sera parcouru tout au long de l'enfance.

## Bibliographie

1. Note d'information DGS/SD5C/DHOS/E2 n° 2006-138 du 23 mars 2006 diffusant un avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section maladies transmissibles, relatif à la vaccination des nouveau-nés de mères porteuses du virus de l'hépatite B.
2. Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale. ANAES 2005.
3. LAUGHLIN J, DIAS MS and The Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Section on Neurological Surgery. Prevention and management of positional skull deformities in infants. *Pediatrics*, 2011 ; 1236-1241.
4. VIDAILHET M, MALLET E, BOCQUET A *et al.* Vitamin D: still a topical matter in children and adolescents. A position paper by the Committee on Nutrition of the French Society of Paediatrics. *Arch Pediatr*, 2012 ; 19 : 316-328.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.