

L'Ictère néonatal et modalités d'orientation ville-hôpital

Webinaire du 9 juin 2026



Modalités du webinar



**Les micros sont
coupés**

Pour éviter les
interférences



**Je me nomme
avec mon nom
et mon prénom**

Pour faciliter
l'émargement



**J'interagis en
direct dans
le tchat**

Pour faire part
de mes
remarques
et questions



**La session
est
enregistrée**

Pour
revisiter à
volonté



**Je renseigne le
questionnaire
de satisfaction**

Pour nous aider
à nous
améliorer

Intervenants

WIRTH Jessica

Pédiatre – CNRHP

SPYRAKIS COQUERY Sarah

Pédiatre HAD - APHP

LEHNERT Agnès

Pédiatre HAD – Fondation Croix Saint Simon

MILER Caroline

Pédiatre HAD – Fondation Santé Service



Ictère néonatal

Facteurs de risques et
recommandations de bonnes pratiques

Dr. Jessica WIRTH

CNRHP Clinique
Hôpital Trousseau



Ictère néonatal

1. Physiopathologie
2. Facteurs de risque
3. Prise en charge en maternité
4. Sortie de maternité
5. Suivi post-hospitalier



Ictère néonatal



1. Physiopathologie

Ictère : résultat d'un déséquilibre

- **Adaptation métabolique à la vie extra-utérine**
- **Déséquilibre physiologique entre production et élimination de la bilirubine**
 - Production de bilirubine augmentée
 - Élimination de bilirubine diminuée
- **Hyperbilirubinémie**
- **60 à 80 % des NN**
- **Bilirubine libre ou non liée ($\neq$ bilirubine directe)**
- **Risque neurologique**

Ictère : un symptôme qui évolue

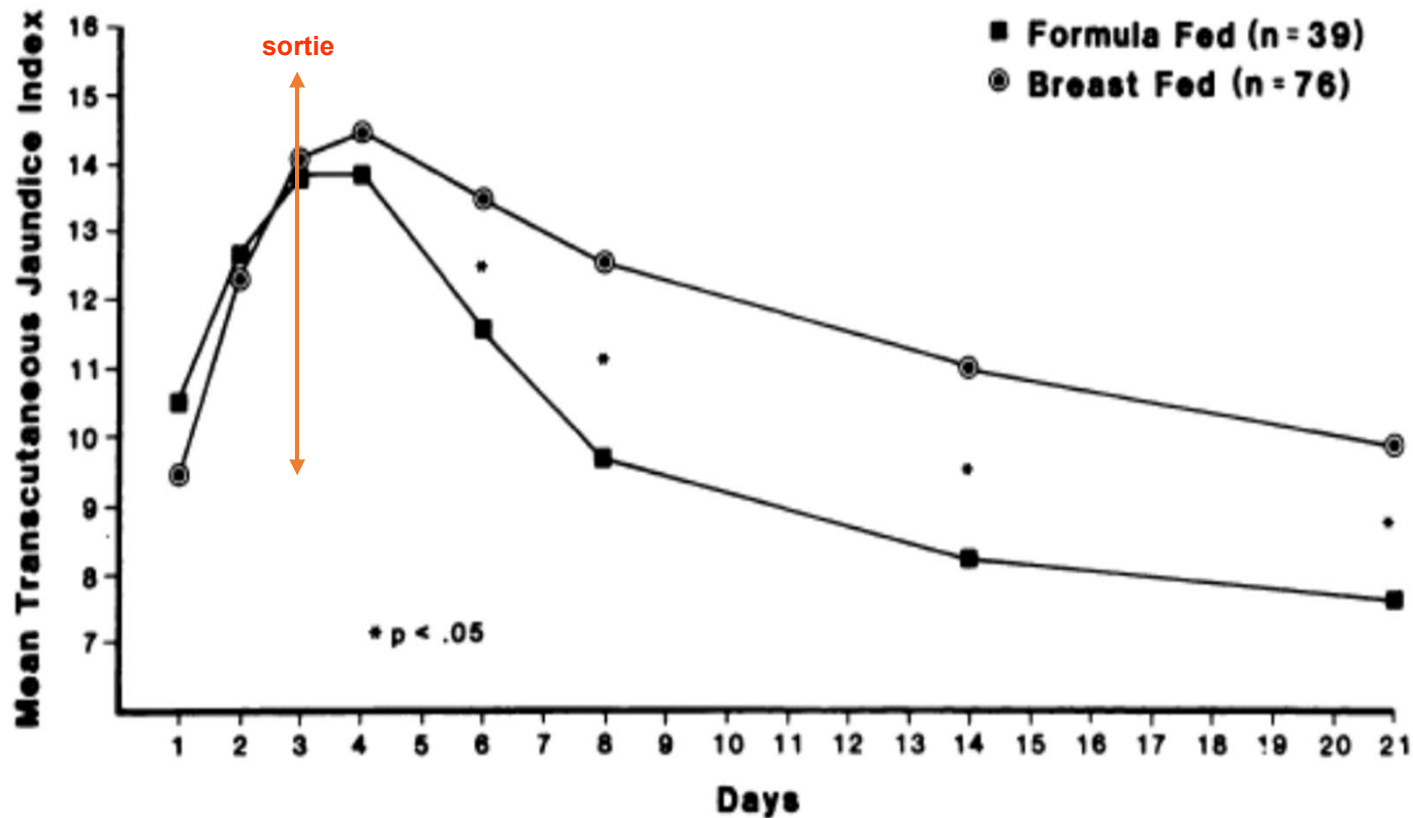
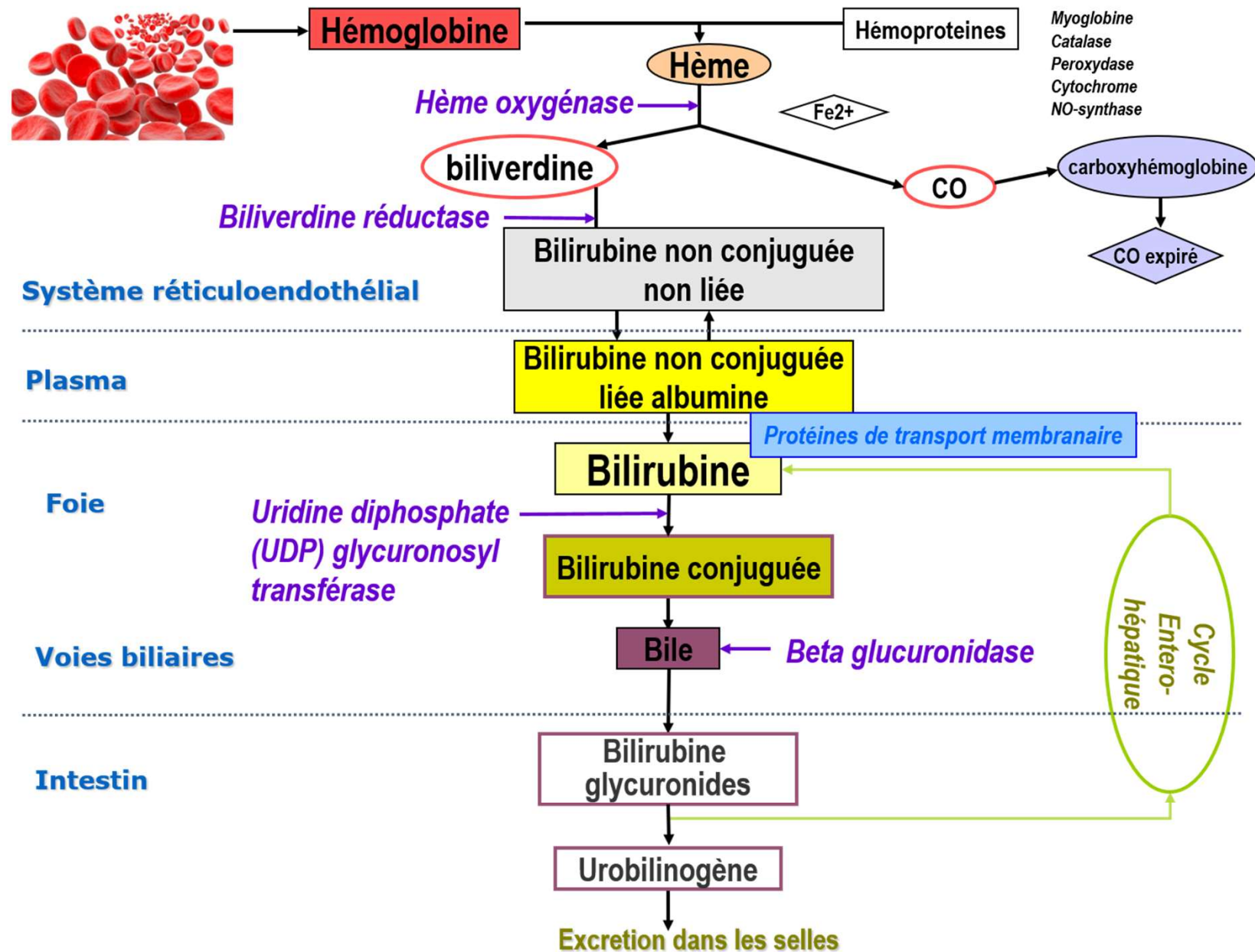


Fig 2. Natural history of jaundice in white breast-fed and formula-fed infants.

Kivlahan, Pediatrics 1984



Causes variées à identifier

- **Ictères précoces : hémolytiques**
 - Incompatibilité érythrocytaire **ABO** / RH, Kell
 - Déficit enzymatique (**G6PD**, PK)
 - Anomalie de membrane du GR
- **Résorption d'hématomes**
- **Déficit en G6PD**
- **Ictères secondaires : retard élimination**
 - Jeûne, alimentation difficile (↗ cycle entéro-hépatique)
 - Troubles de la glucuroconjugaison
 - Maladie métabolique, hypothyroïdie...
 - Ictère « au lait de mère »



Ictère néonatal



2. Facteurs de risque

FdR hyperbilirubinémie sévère

AAP, Pediatrics 2022

- Ictère avant 24h de vie
- Incompatibilité foëto-maternelle érythrocytaire ou autre maladie hémolytique (G6PD)
- Age gestationnel 35-38 SA (↗ avec prématurité)
- ATCD ictère traité (PTI) dans famille
- Céphalhématome et hématomes
- **Allaitement maternel exclusif insuffisant**
- Origine Asie, Antilles, Afrique
- Photothérapie (PTI) en maternité
- Taux bilirubine à la sortie proche du seuil de PTI
- T21, macrosome de mère diabétique

FdR toxicité neurologique

AAP, Pediatrics 2022

- **Age gestationnel < 38 SA** (↗ avec prématurité)
- **Hypoalbuminémie** (PAG, préma...)
- **Maladies hémolytiques** (Incompatibilité foeto-maternelle érythrocytaire, G6PD ou autre)
- Sepsis
- Instabilité clinique au cours des 24h précédentes



Ictère néonatal



3. En maternité

Surveillance et diagnostic

- **Surveillance**

- **Dépistage systématique et universel**
- Tenir compte des FdR
- Surveillance quotidienne de l'ictère par Btc
- Si **ictère avant H24**, Btc $\pm$ BTs
- Prélever bilirubinémie (BTs) si :
 - Btc < 50 $\mu\text{mol/L}$ indication PTI
 - Btc > 250 $\mu\text{mol/L}$
- Cinétique évolution bilirubine (hémolyse ?)
- Courbe de poids, soutien de l'allaitement

Surveillance et diagnostic

- **Éléments biologiques diagnostiques**
 - **si RAI maternelle +** : EDA (Coombs) et groupe au cordon
 - Bilirubinémie (BTs) totale et conjuguée
 - NFS avec réticulocytes : anémie ?
 - Groupe sanguin, surtout si mère O
 - Test de Coombs direct (EDA)
 - Elution si EDA positif ou incompat ABO
 - **Dosage G6PD**

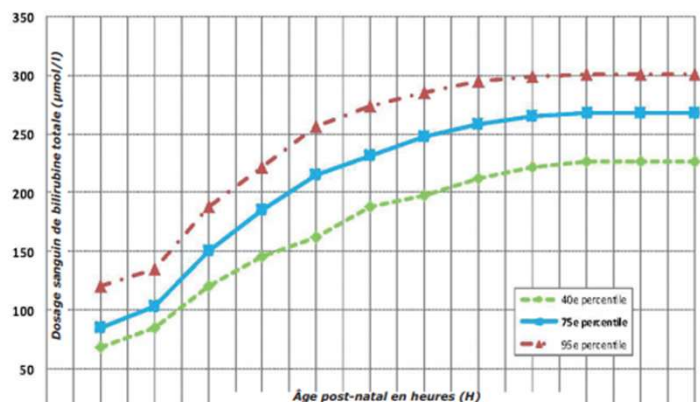
Fiche individuelle

SUIVI QUOTIDIEN INDIVIDUEL DE L'ICTÈRE

Étiquette patient	Enfant	Date N :	Heure N :	Terme :
		Poids :	Sexe :	Anticorps (élution) :
		Groupe :	Coombs direct :	
	Mère	Groupe :	RAI /Anticorps :	

Facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère	
☐ Age gestationnel <38 SA	☐ Ictère des premières 24h
☐ Situation incompatibilité ABO	☐ RAI mère positive
☐ ATCD ictère traité fratrie	☐ ATDC hémolyse familiale
☐ Bosse sérosanguine, ecchymose, céphalématome	☐ Origine parents ou grands parents : Asie, Afrique, Antilles
☐ Allaitement maternel exclusif inefficace	☐ Perte pondérale de 8% ou plus

Surveillance quotidienne de l'ictère à l'aide du bilirubinomètre (Btc ou flash)
Référentiel des bilirubinémies « normales » pour le nouveau-né $\geq$ 35 SA classées en percentile
Nomogramme d'après Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM, Pediatrics, 1999



Date									
Heure									
BTc sternum									
BTc front									
Bilirubine totale sanguine									

Indication à prélever un dosage sanguin de bilirubine si Btc >250µmol/l et/ou si Btc $\geq$ 75ème percentile

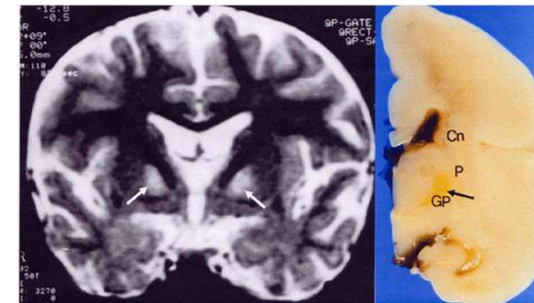
- Groupes sanguins et RAI et Coombs direct : mère/enfant

- Facteurs de risque

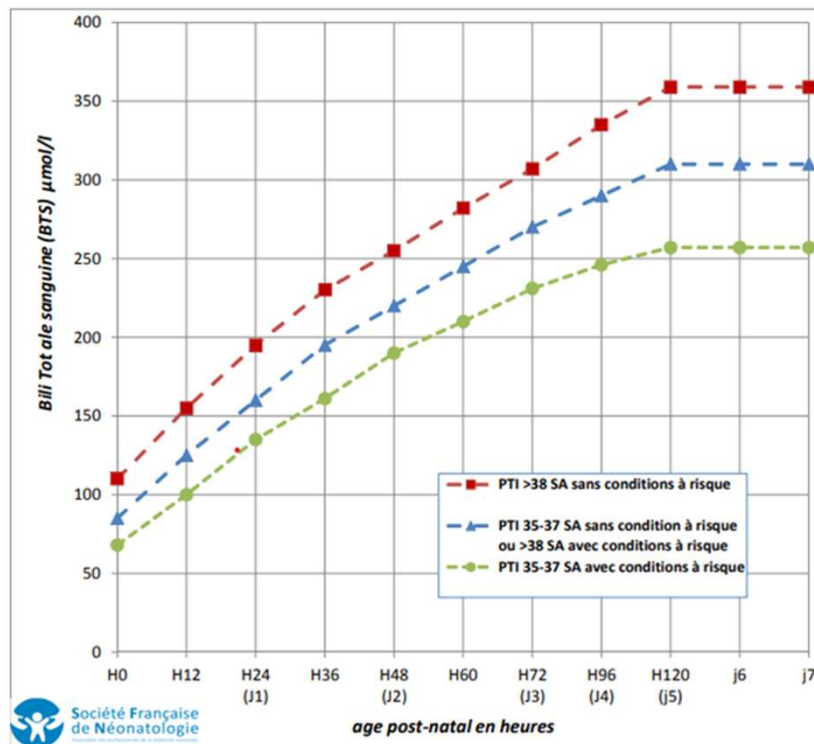
- Courbe des différents Btc : succession de points/j

Hyperbilirubinémie : Risque de toxicité neurologique

- **Encéphalopathies hyperbilirubinémiques chroniques : première cause d'encéphalopathie évitable**
- **« Ictère nucléaire »**
 - Troubles moteurs : dystonie, athétose
 - Surdité centrale
 - Paraly ie oculomotrice
 - Dysplasie de l'émail
- **BIND disorders: Bilirubin-Induced Neurological Dysfunction**
 - Altérations oculomotrices minimales
 - Atteinte auditive modérée
 - Altérations dans la motricité fine, trémulations, maladresse
 - Déficits d'apprentissage

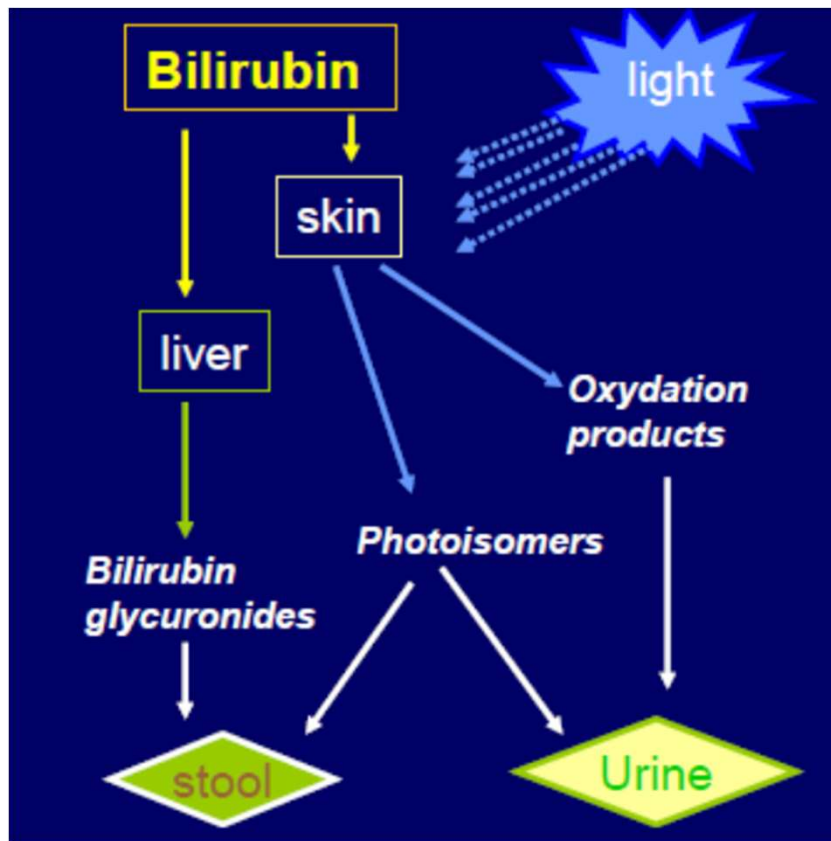


Hyperbilirubinémie : Photothérapie intensive



- Indication PTI sur valeur de **bili sanguine** (BTs)
- Ne pas soustraire valeur BD
- Selon AG, FdR et âge (h)
- Surveillance BTs sous PT
- Ttt adjuvants possibles

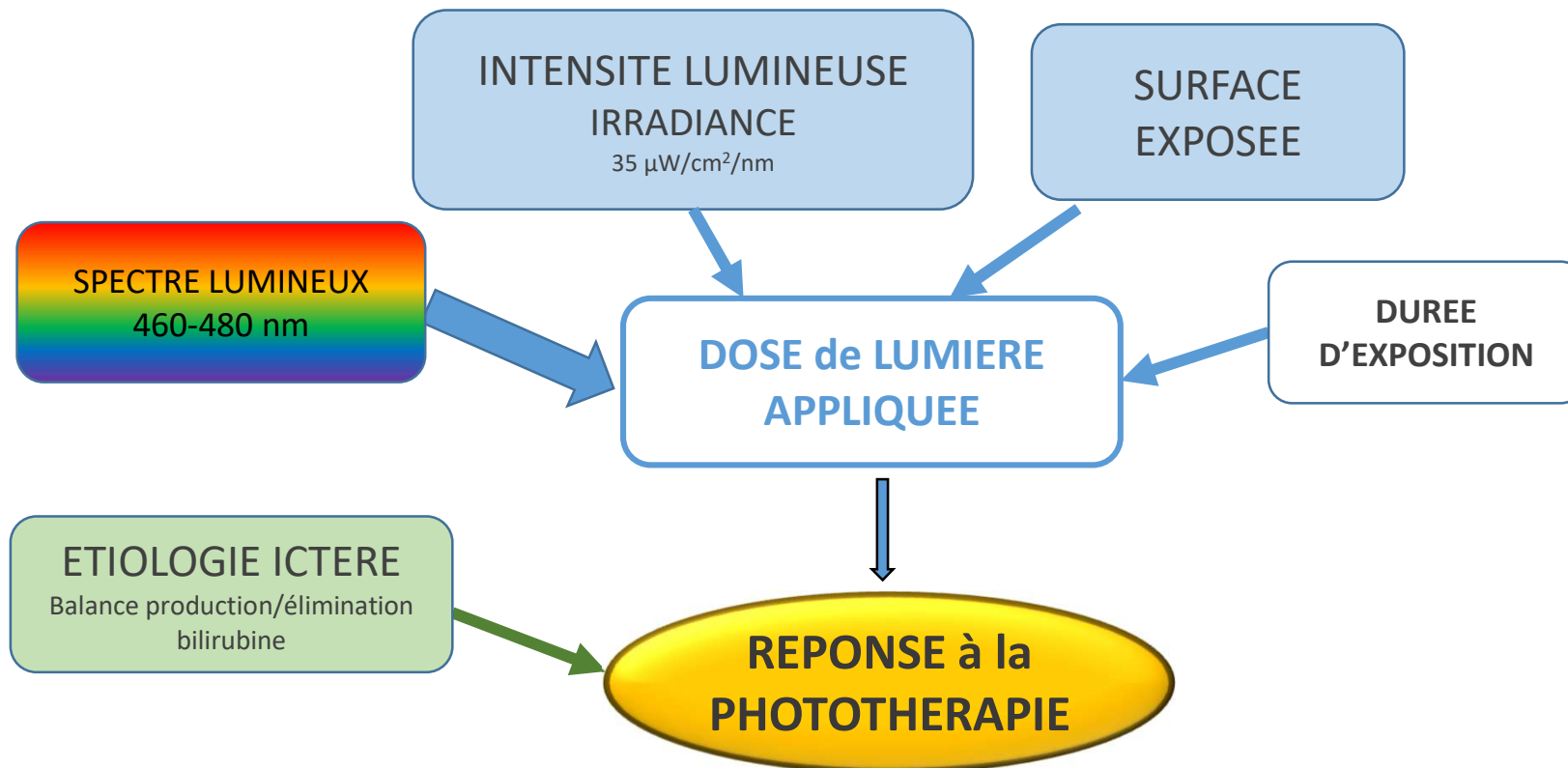
Hyperbilirubinémie : Photothérapie intensive



- **Photons** absorbés par la bilirubine située dans la peau
- **Photodérivés** éliminés directement dans les selles et les urines



Hyperbilirubinémie : Photothérapie intensive





Ictère néonatal



4. Sortie de maternité

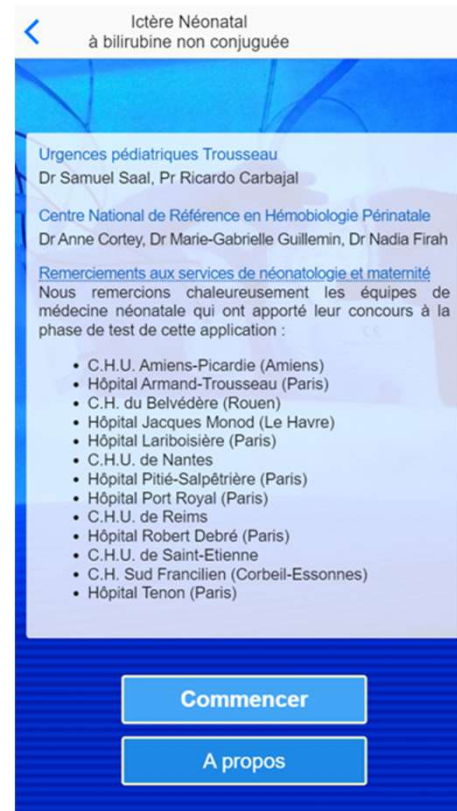
A la sortie

- Evaluer le risque d'ictère secondaire
 - Nomogrammes (Bhutani : Pediatrics 1999, J Perinatol 2009)
- **Organisation** du suivi fait par la maternité
 - Retour maternité pour Btc
 - PMI (Btc possible PMI Paris)
 - SF libérale avec Btc
 - HAD SF
 - HAD ictère
- Parcours de soin expliqué aux parents
- Informations orales et écrites
- **Sortie différée si surveillance impossible**

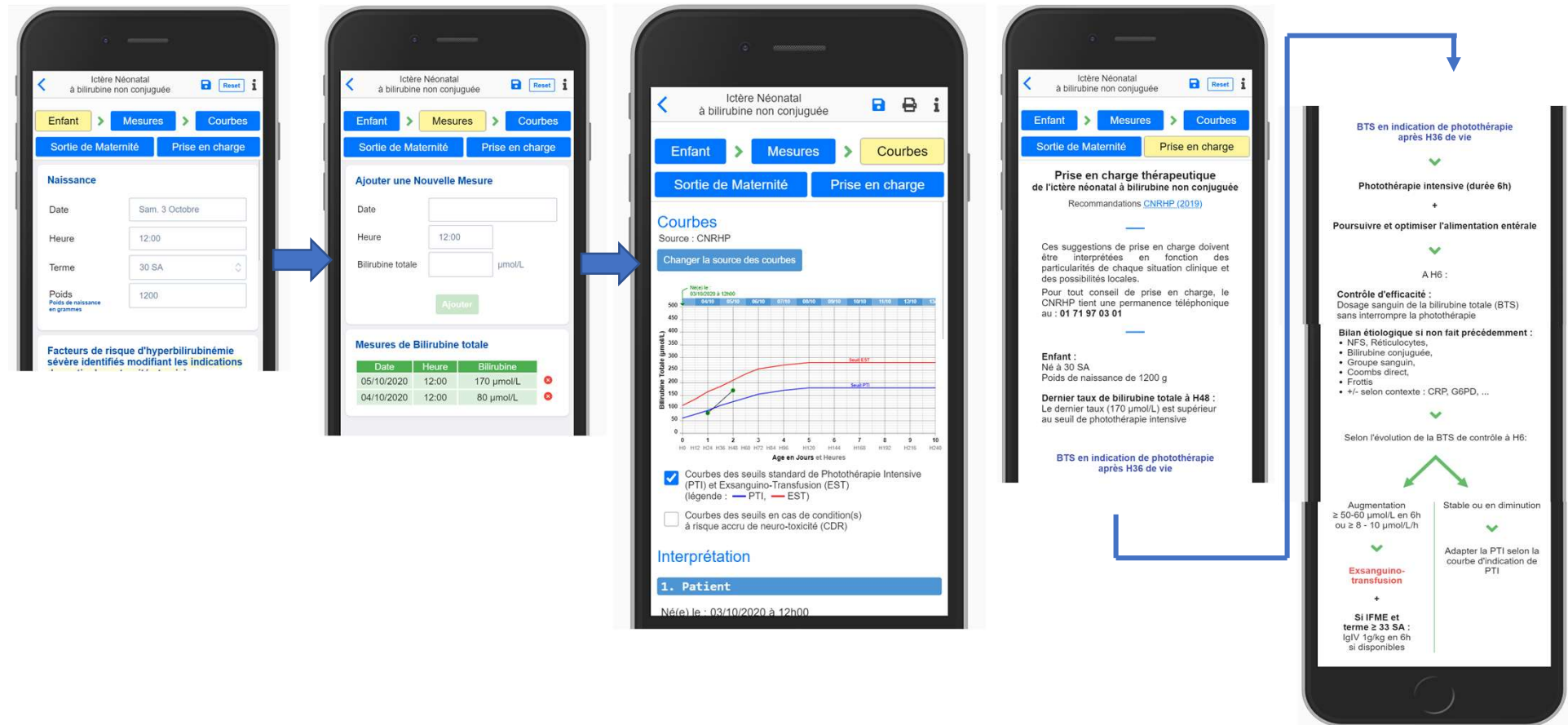
Trousseau de poche



- Compatibilité appareils mobiles et ordinateurs
- Accès : www.trousseaudepoche.fr
- Fonctionnement hors ligne
- Installable sur l'écran d'accueil
- Disponibilité AppStores iOS / Android



Trousseau de poche





Ictère néonatal

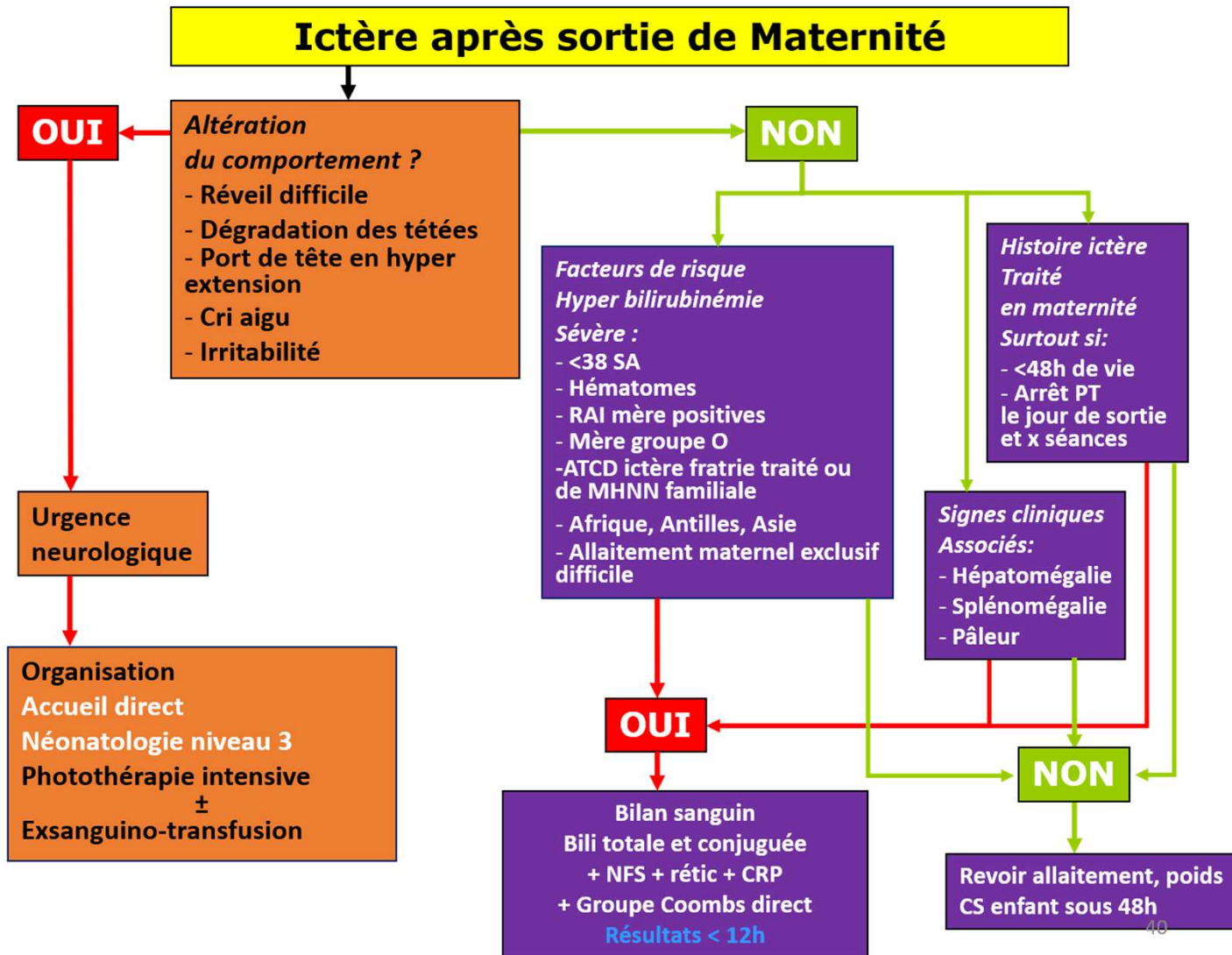


5. Suivi post-hospitalier

Suivi post-hospitalier

- Suivi adapté au risque évalué d'ictère
 - MHNN par allo-immunisation à risque +++
- Soutenir l'allaitement maternel
- Surveiller reprise pondérale efficace
- Savoir reconnaître un ictère secondaire
 - Signes neurologiques
 - Cholestase ? : bili T/C à 2 ou 3-4 sem selon alimentation
- Photothérapie possible à domicile selon critères

Suivi post-hospitalier





Ictère néonatal



Conclusion

Recommandations prévention ictère nucléaire

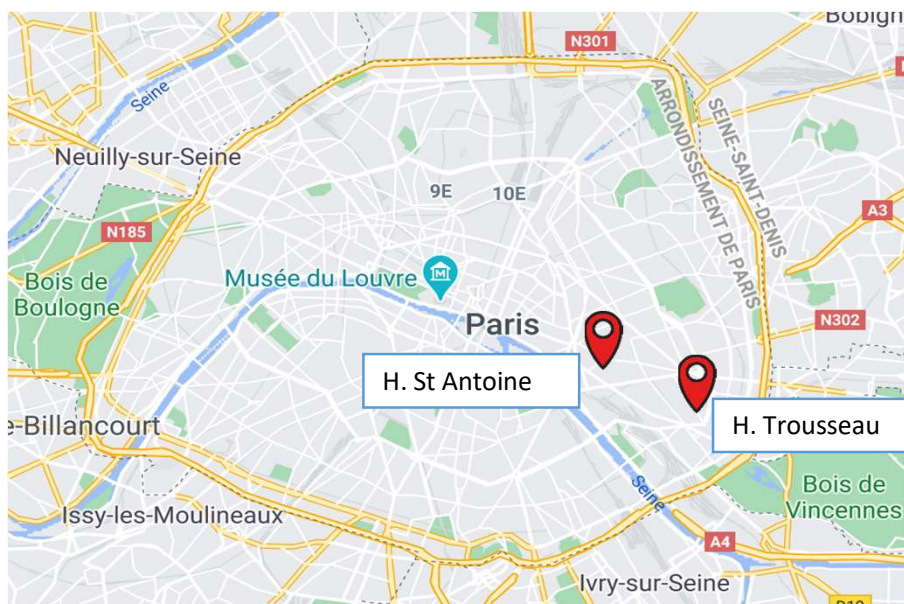
- Promouvoir un **allaitement de bonne qualité**
- Etablir dans toute unité néonatale des « **protocoles ictères** » précisant, en particulier, les situations où les puéricultrices peuvent prélever un dosage de bilirubine sans avis du pédiatre.
- Tout ictère des 24 premières heures de vie impose un **dosage plasmatique de bilirubine totale**.
- **L'estimation visuelle de l'ictère est source d'erreur** surtout sur les peaux foncées.
- Interpréter les taux de bilirubine totale **en fonction de l'âge post-natal en heures**.
- **Les enfants nés avant 38 SA** en particulier en cas d'allaitement maternel sont à **haut risque** d'ictère sévère.
- Assurer une **évaluation rationnelle du risque d'hyper bilirubinémie sévère** avant la sortie : nomogramme, Trousseau de poche
- **Organiser un suivi adapté** en fonction de l'âge de sortie de la maternité et de l'évaluation du risque d'ictère sévère
- Donner aux **parents une information** orale et écrite « ictère »
- Instaurer un **traitement adapté** de l'ictère dès l'indication posée

CNRHP

Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale

Unités cliniques et biologique

- **Laboratoire St Antoine :**
(Tel: 01 71 97 03 00/08)
- **CNRHP Trousseau :**
(Tel: 01 71 97 03 01)



CNRHP biologique : H^{al} St Antoine
Dr Agnès MAILLOUX
Laboratoire

Groupe, phénotype
RAI /IA
Titre/DP
KH
Génotypage fœtal
Immunologie
plaquettaire

Bilirubinémie
BNL, BIE
Groupe, phénotype
Coombs direct (ou
« TDA »)
Dosage G6PD
(garçons)

Services
Med. fœtale
Obstétrique

Maternité et Services
Néonatalogie
Réanimation pédiatrique

Conseils de prise en charge et consultations

CNRHP clinique : H^{al} Trousseau
Pr Jean-Marie JOUANNIC

CNRHP

Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale



The screenshot shows the website of the Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale (CNRHP). The header features the CNRHP logo and the AP-HP Sorbonne Université logo. A navigation bar includes links for CNRHP Biologique, CNRHP Clinique, Informations Familles, Colloques CNRHP, Archives Actualités, Organisation, Qui sommes nous ?, and Liens. The main content area is titled 'Bienvenue sur le site du CNRHP' and includes a welcome message, a section for 'Actualités Octobre 2025' with a date change notice, and a 'Vous trouverez' section with links to a letter and a document. A blue circle highlights the 'CNRHP Clinique' menu and its sub-items: Outils pratiques, Travaux cliniques, Recommandations, Rendez-vous, Génotypage 1, and Génotypage 2. The footer contains contact information, social media links, and QR codes.

CNRHP
Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale

Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale
Sites Saint-Antoine et Armand Trousseau
Groupe Hospitalo-Universitaire Sorbonne Université
Fondé en 2004 par le Dr Yves Brossard après intégration du CHP au sein de l'AP-HP
Clinicienne de référence de 2005 à 2020 : Dr Anne Cortey

AP-HP. Sorbonne Université

CNRHP Biologique **CNRHP Clinique** Informations Familles Colloques CNRHP Archives Actualités Organisation Qui sommes nous ? Liens

Bienvenue sur le site du CNRHP

Ce site se propose d'informer le public et les professionnels de santé sur l'ictère (la jaunisse) du nouveau-né et sur les incompatibilités foeto-maternelles.

Actualités Octobre 2025

1^{er} septembre, les horaires de prise en charge des échantillons au laboratoire ont été modifiés, à 18h30 et les demandes d'examen sont prises en charge au LBU de l'hôpital Saint-Antoine à partir de cet horaire.

Vous trouverez :
[Ici](#) une lettre d'information sur les modalités de prise en charge des demandes de dosage de G6PD au CNRHP
Et [ici](#) un document précisant les moyens de joindre le laboratoire durant le week-end

Le CNRHP est présent sur Facebook et LinkedIn

Service d'Hémobiologie Foetale et Périnatale
DMU BioGeMH (Pr R Lévy) - LBM Est Parisien (Dr M. Vaubourdolle)
LBM de référence - Arrêté du 15 juillet 2021
Site Saint-Antoine - Laboratoire (demandes de résultats)
Tél. 01 71 97 03 00 ou 01 71 97 03 13 (secrétariat)
Cheffe de service : Dr Aunès Mailloux

CNRHP

Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale



Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale

Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale

Sites Saint-Antoine et Armand Trousseau
Groupe Hospitalo-Universitaire Sorbonne Université
Fondé en 2004 par le Dr Yves Brossard après intégration du CHP au sein de l'AP-HP
Clinicienne de référence de 2005 à 2020 : Dr Anne Cortey



AP-HP.
Sorbonne
Université

CNRHP Biologique

CNRHP Clinique

Informations Familles

Colloques CNRHP

Archives Actualités

Outils pratiques

Travaux cliniques

Recommandations

Rendez-vous

Génotypage 1

Génotypage 2

Bienvenue sur le site du CNRHP

Ce site se propose d'informer le public et les professionnels sur l'ictère (la jaunisse) du nouveau-né et sur les incompatibilités.

Actualités Octobre 2025

À partir du 1er septembre, les horaires de prise en charge des échantillons de sang à 18h30 et les demandes d'examen sont prises en charge.

Vous trouverez :
[ici](#) une lettre d'information sur les modalités de prise en charge des échantillons.
Et [ici](#) un document précisant les moyens de joindre le laboratoire.

Le CNRHP est présent sur Facebook et LinkedIn





Universitaires
Est Parisien

Saint-Antoine • Rothschild
Trousseau La Roche-Guyon • Tenon

ASSISTANCE
PUBLIQUE



HÔPITAUX
DE PARIS



Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale

Demande de rendez-vous en consultation nouveau-né CNRHP

CENTRE NATIONAL DE RÉFÉRENCE EN HÉMOBIOLOGIE PÉRINATALE (UF CLINIQUE) - Hôpital Armand Trousseau
A envoyer par fax au 01.44.73.68.40, (depuis Trousseau et Tenon envoyer au 36840)
ou par mail à permanence.cnrhp.trs@aphp.fr

➔ **TOUTE FICHE INCOMPLETE NE SERA PAS TRAITEE** ➔

DEMANDEUR :
Téléphone :

Date demande :

Enfant :
NOM (déclaré à l'état civil) :
Prénom :
Sexe :
Date de naissance :
Heure de naissance :
Terme :
Poids de naissance :

ETABLISSEMENT :
Fax (**IMPERATIF**) :

DATE DE SORTIE PREVUE :

Lieu de naissance :

Groupe sanguin :
Test de Coombs direct : ☐ négatif ☐ positif
Elution :
G6PD : ☐ normal ☐ déficit
Electrophorèse de l'Hb :

☞ **Joindre à la demande tous les documents, groupe et RAI mère et enfant**

Histoire de l'ictère : Si possible adresser une copie de la feuille individuelle de surveillance de l'ictère

Facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère

☐ Incompatibilité ABO

☐ ATCD ictère traité fratrie

☐ Bosse séro sanguine, ecchymose, céphalématome

☐ Origine grands-parents : Asie, Afrique, Antilles

☐ ATCD hémolyse familiale

☐ Sortie en HAD : ☐ oui ☐ non

☐ Suivi prévu avec Sage-Femme

Date									
Jour	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8
Bilirubine Totale Sanguine (µmol/L)									
Biliflash (front / thorax)	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Photothérapie (type et durée)									

Unité fonctionnelle de soins et expertises des incompatibilités foeto-maternelles
érythrocytaires et plaquettaires et de l'ictère néo-natal
MU ORIGINE (Pr JM Jouannic) - Service de Médecine Foetale (Pr Jean-Marie Jouannic)
Hôpital Trousseau - CNRHP Pôle Gynécologie/Obstétrical
Demandes d'avis pour femmes enceintes/immunisation : 01 71 73 86 48 ou 01 44 73 53 42
(hors heures de bureau)

NOUS CONTACTER



Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale



Ictère néonatal

En HAD

16 juin 2026

Qu'est-ce que c'est H...A....D...?



Hôpital À Domicile

→ Un Hôpital à part entière...

- HAD pédiatrique : **de la naissance (≈J3) à ≈18 ans**
- Une équipe soignante spécialisée autour du patient : pédiatres et infirmier.es puéricultrices
- Une continuité des soins 24h/24
- Des compétences spécialisées mobilisables (salariés ou libéraux) :
Pharmacie, psychologues, kinés, ergothérapeutes, psychomotricien.nes, assistant.es social.es, diététicien.nes

— ...ET à domicile

Accord de la famille : enfants dont les parents acceptent/se sentent « capables »

Accord du médecin (prescription médicale)

Faisabilité au domicile : présence d'un responsable légal, territoire couvert (domicile ou 115)

L'HAD périnatale



Sécuriser le retour à domicile après un séjour hospitalier

Minimum 1600g et 35 SAC (cf. protocoles, réévaluable selon accord médical)

- UK/Maternité
- Néonatalogie
- Réanimation néonatale

Ou depuis le domicile (adressage par la PMI, le médecin traitant ou spécialiste)

- Autonomisation des parents si traitement spécifique
- Assistance respiratoire (O2, VNI, OF)
- Assistance alimentaire (nutrition entérale)
- 2025 : sevrage NED des nourrissons prématurés
- 2018 : Ictère néonatal avec photothérapie à domicile
- Education soins de stomie
- Soins palliatifs
- Vulnérabilité psychique et sociale

2 TYPES « D'HAD ICTERE » en sortie de maternité 2 équipes, une mission commune



- **HAD pédiatrique : surveillance clinique et biologique +/- traitement de l'ictère néonatal, accompagnement à l'allaitement**

Infirmières puéricultrices de l'HAD, formées et spécialisées :
1 VAD/j dès le jour de la sortie, tlj jusqu'à la fin de l'ictère
(supervision pédiatre HAD)

- **HAD obstétricale post-natale :**

SF de l'HAD (salariée ou libérale) : 1 VAD le lendemain de la sortie de maternité, pour **surveillance clinique** (BTC, poids, **allaitement**) mais pas de bilan sanguin ni de traitement (avis pédiatre HAD si besoin)

(→ relais HAD pédiatrique si nécessaire)

Puis 1 à 2 VAD espacées les jours suivants

CONDITIONS A RISQUE EN HAD : RCIU et INCOMPATIBILITE



Étiquette patient

Enfant	Date N :	Heure N :	Terme :
	Poids :	Sexe :	Anticorps (élution) :
	Groupe :	Coombs direct :	
Mère	Groupe :	RAI /Anticorps :	

Facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère (justifient l'HAD)

- | | |
|---|--|
| ☐ Age gestationnel <38 SA | ☐ Ictère des premières 24h |
| ☐ Situation incompatibilité ABO | ☐ RAI mère positive |
| ☐ ATCD ictère traité fratrie | ☐ ATDC hémolyse familiale |
| ☐ Bosse sérosanguine, ecchymose, céphalématome | ☐ Origine parents ou grands parents : Asie, Afrique, Antilles |
| ☐ Allaitement maternel exclusif inefficace | ☐ Perte pondérale de 8% ou plus |

Conditions à risque accru de neurotoxicité (modifient le seuil de traitement)

- | | |
|--|--|
| ☐ RCIU | ☐ Infection (suspectée ou confirmée) |
| ☐ Hémolyse avérée ou suspectée (ictère en indication de traitement dans les premières 24h, incompatibilité, déficit en G6PD...) | ☐ Hypoalbuminémie avérée (albuminémie < 40g/L et terme ≥35SA) |
| | ☐ Signes neurologiques (refus de boire, hypo/hyperexcitabilité..) |

Facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère selon AAP
(American Academy of Pediatrics) 2022

CRITERES DE SORTIE EN HAD



- Age $\geq$ H72 (en principe pas de sortie précoce), $\geq$ 35 SAC
 - Indications : ictère traité (ou non) en maternité ou en néonatalogie, de préférence cause étiquetée : G6PD, incompatibilité, petit terme, petit poids, difficultés d'allaitement (perte de poids maxi 10%)
 - Contre-indication : ictère nécessitant une exsanguino-transfusion (attendre)
 - Prudence :
 - **Déficit en G6PD** (risque d'hémolyse brutale nécessitant une réhospitalisation en urgence)
 - **Alloimmunisations Rhésus** : très rares mais très graves, ictère sévère prolongé et besoins transfusionnels / EPO
- **Pas de sortie sans accord CNRHP et discussions entre pédiatre néonate et pédiatre HAD (en général pas avant J10-J14)**

PRISE EN CHARGE DE L'ICTERE A DOMICILE



- **Poursuite de la prise en charge médicalisée, sécurisée** et coordonnée de l'ictère par des professionnels qualifiés au domicile :
- **Pédiatre hospitalier** prescrit l'HAD
- Eléments utiles pour l'HAD : ATCD, courbes de BTC et bilirubinémie pendant le séjour, séances de photothérapie (fiche à remplir, CRH)
- **Puéricultrice/Infirmière de coordination HAD** rencontre le nouveau-né et ses parents avant la sortie, présente l'HAD
- **Puéricultrice HAD** se rend à domicile dès l'après-midi de la sortie, puis tous les jours, pour pesée, BTC, +/- bilan sang (TSB, NFS, ...) conseils de puériculture
- **Pédiatre HAD** prescrit les séances de photo, décide l'arrêt HAD
- **Travail de partenariat parents /HAD** : les parents ont le choix de rester en maternité ou de rentrer à domicile en étant acteurs des soins de leur nouveau-né

Rôle de la puéricultrice de coordination HAD



Lien entre la famille, le service hospitalier et l'HAD

- **Recueil des informations médicales nécessaires à la prise en soins**
- **Rencontre des parents et de l'enfant dans le service**
 - Explication déroulement HAD, de la durée du séjour, fréquence des VAD
 - Permanence tél médicale et paramédicale 24h/24
 - Recueil des données cliniques (alimentation, poids, surveillance); psychosociales
- **Entretien indispensable pour rassurer les parents**
- **Travail de partenariat parents /HAD**

LE ROLE DE LA PUERICULTRICE A DOMICILE



- **VAD le jour de la sortie** de la maternité
- Présentation à nouveau de l'HAD (n° de téléphone, équipe)
- **Evaluation clinique +/- biologique** de l'enfant à chaque VAD :
 - ✓ Surveillance des signes de déshydratation, tonus, éveil,
 - ✓ Surveillance de l'ictère (Teint, couleur des conjonctives) , BTc (front/thorax) +/- TSB
 - ✓ Surveillance du transit et de la diurèse (par les parents)
 - ✓ Surveillance pondérale (courbe)
- **Soutien allaitement +++:** à la demande, 8 à 12 tétées par jour et/ou 8 prises au biberon par 24h
- **Présentation, installation** de leur enfant dans le Bilicocoon Bag® et sécurisation de l'installation du matériel puis évaluation de la séance à posteriori (questionnaire)
- **Transmission** des informations au pédiatre de l'HAD

PARTENARIAT AVEC LES PARENTS



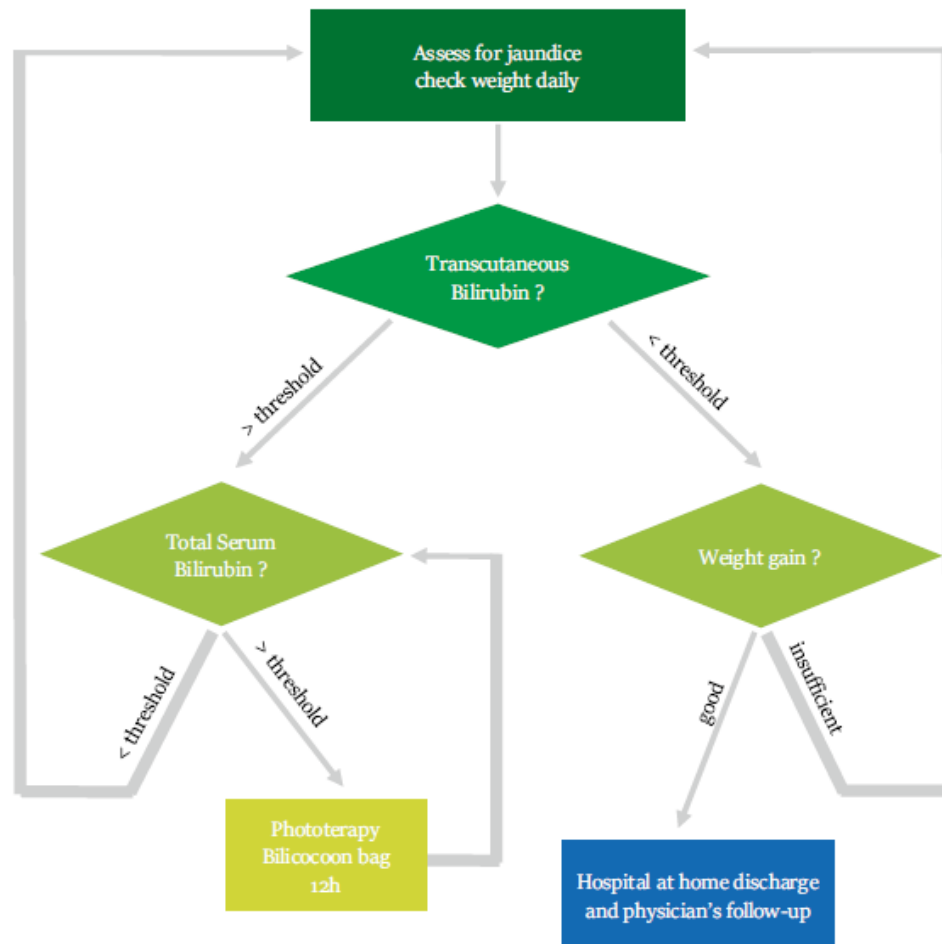
- **Education des parents** aux éléments de surveillance de leur enfant : poids, transit, diurèse, température
- **Soutien dans l'alimentation efficiente:** fréquence des repas, outils fleur de lait pour l'allaitement
- **Lors de la séance de photothérapie :**
 - Mise en place du Bilicocoon Bag*
 - Surveillance de la température à H+1, H+3 et en fin de séance
 - Proposer un repas (bib/tétée) au minimum toutes 3h

SURVEILLANCE DE L'ICTERE EN HAD



- **Le pédiatre HAD** s'occupe de toute la prise en charge médicale (prescription des bilans, des séances de photo, de la date d'arrêt HAD)
- **Avis CNRHP** sollicité par l'HAD si besoin (systématique si alloimmunisation Rh)
- L'HAD est arrêtée dès que les BTC sont rassurantes et le poids en hausse (et la mère à l'aise avec l'allaitement)
- **DMS de 3 à 5 jours** (ou + si besoin d'un suivi « HAD néonatal » ou cas particulier de l'hémolyse prolongée)
- **Relais PMI** (suite de prise en charge nouveau-né)
- **Transmission d'un CRH** au médecin traitant et au prescripteur

ALGORITHME DECISIONNEL PRISE EN SOINS ICTERE EN HAD



Photothérapie : différents types



Plus la surface exposée à la lumière efficace est grande, plus la vitesse de décroissance de la bili est rapide

- **Classique** (monoface, fluo ou LED) : $10 \mu\text{watt/cm}^2/\text{nm}$
- **Intensive** : $\geq 30 \mu\text{watt/cm}^2/\text{nm}$ sur surface maximale 360°
 - ✓ **Tunnel** : 70 à $80 \mu\text{watt/cm}^2/\text{nm}$
 - ✓ **En HAD : Bilicocoon*** (LED bi-face) : $35 \mu\text{watt/cm}^2/\text{nm} \pm 15\%$ (études comparatives avec photothérapie classique)

Recommandations CNRHP : Bilicocoon* séance de 12 heures

💣 PT n'influence pas la production de bilirubine (semble « inefficace » dans les hémolyses prolongées)

💣 PT n'est pas un traitement de l'ictère cholestatique

Photothérapie «Bilicocoon* »: textile lumineux souple en fibres optiques LED (lumière "froide")



Le Bilicocoon Bag* :

sans masque
oculaire (validé par
études CNRHP et
fabriquant)



Photothérapie Bilicocoon* et portage, allaitement

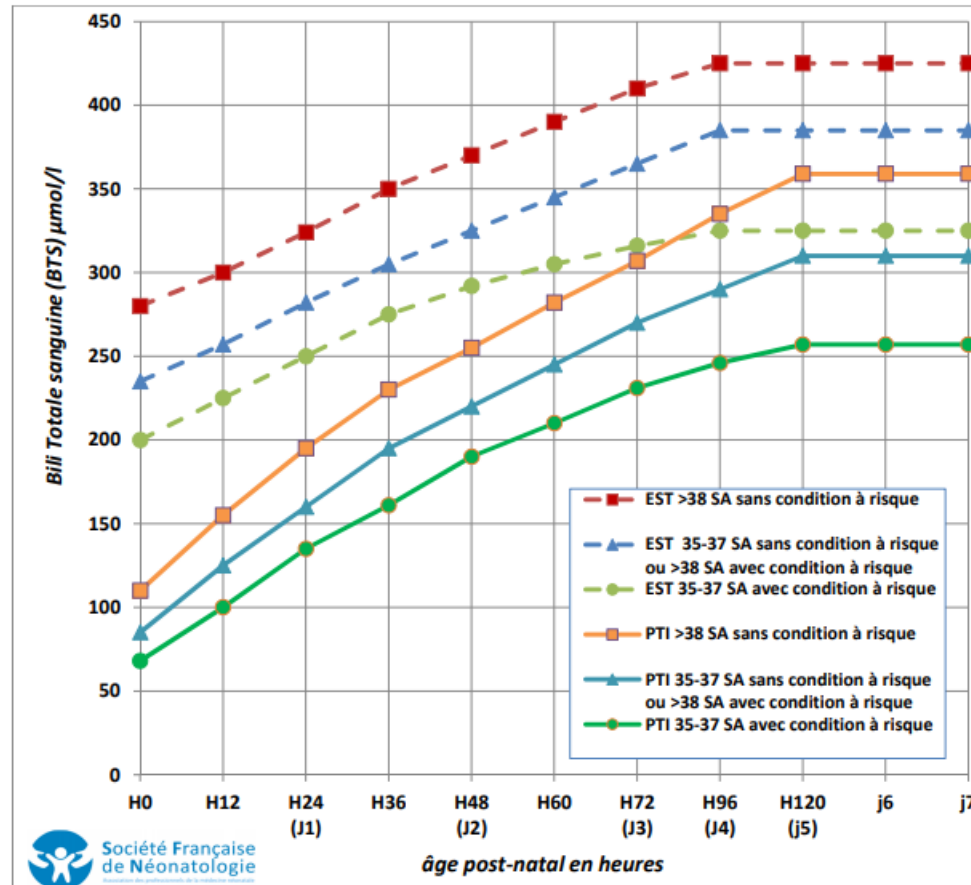


TRAITEMENT DE L'ICTERE EN HAD



- **Indication traitement en HAD** : prescription de la photothérapie par pédiatre HAD, en respectant les recommandations SFN et CNRHP (AAP 2004)
- **Installation facile** dans le Bilicocoon Bag*(système simple de pattes auto-agrippantes)
- **Parents formés à l'installation** dans le Bilicocoon*, qui n'a besoin d'être retiré que pour les changes.
- **La séance dure 12 heures, sans masque, sans scope**, surveillance de la température (par les parents) à H0, H1, H3 et à la fin de la séance.
- Le nouveau-né peut **rester dans le Bilicocoon* pendant les tétées**, qui peuvent donc être multiples
- **Contrôle Bili Sg systématique** dans les heures qui suivent la séance (lendemain); possibilité de laisser en continu (rare)

Indications de photothérapie intensive (PTI) et d'exsanguino-transfusion (EST) pour le nouveau-né de 35 SA et plus



Comment adresser un nouveau-né déjà sorti de la maternité?



- **Passage quasi obligé par les urgences pédiatriques**
 - **Nécessité de prescription médicale de l'HAD (donc évaluation médicale indispensable)**
 - **Nécessité de disponibilité du matériel et des ressources infirmières de l'HAD**
- **Qui la SF domicile, la puéricultrice de PMI peut-elle appeler ?**
 - **En semaine, horaires ouverts, possibilité d'essayer d'appeler cellule d'admission de l'HAD du secteur**
 - **Les WE et jours fériés, adressage vers urgences pédiatriques les plus proches**
- **Modalités de réorientation possible sur chaque département francilien :**
 - **Variable selon l'HAD concernée**
 - **Cf. zones d'intervention de chaque HAD**

Situation idéale : faire sortir en HAD tous les NN à risque d'ictère pour éviter orientation aux urgences

CONCLUSION



- Cette technique à domicile permet de **ne pas avoir à prolonger le séjour en maternité + accompagnement personnalisé**
- Favorise la **cohésion de la cellule familiale**
- Réel **soutien au projet d'allaitement** rendu possible par la continuité de l'allaitement lors des séances.
- **Confort pour le nouveau-né** : peut être porté, alimenté, câliné pendant les séances, sentiment de sécurité dans le cocon. Il n'est **pas nécessaire de porter des lunettes/masque** de protection et peut rester en contact avec ses parents. Il n'y a pas de gêne liée à la luminosité de l'appareil (mesures CNRHP et fabricant)
- **Poursuite de la prise en charge médicalisée, sécurisée** et coordonnée de l'ictère par des professionnels qualifiés au domicile



MERCI DE VOTRE ATTENTION



Territoire d'intervention pour les patients de pédiatrie et d'obstétrique

Cellule d'admission pédiatrique

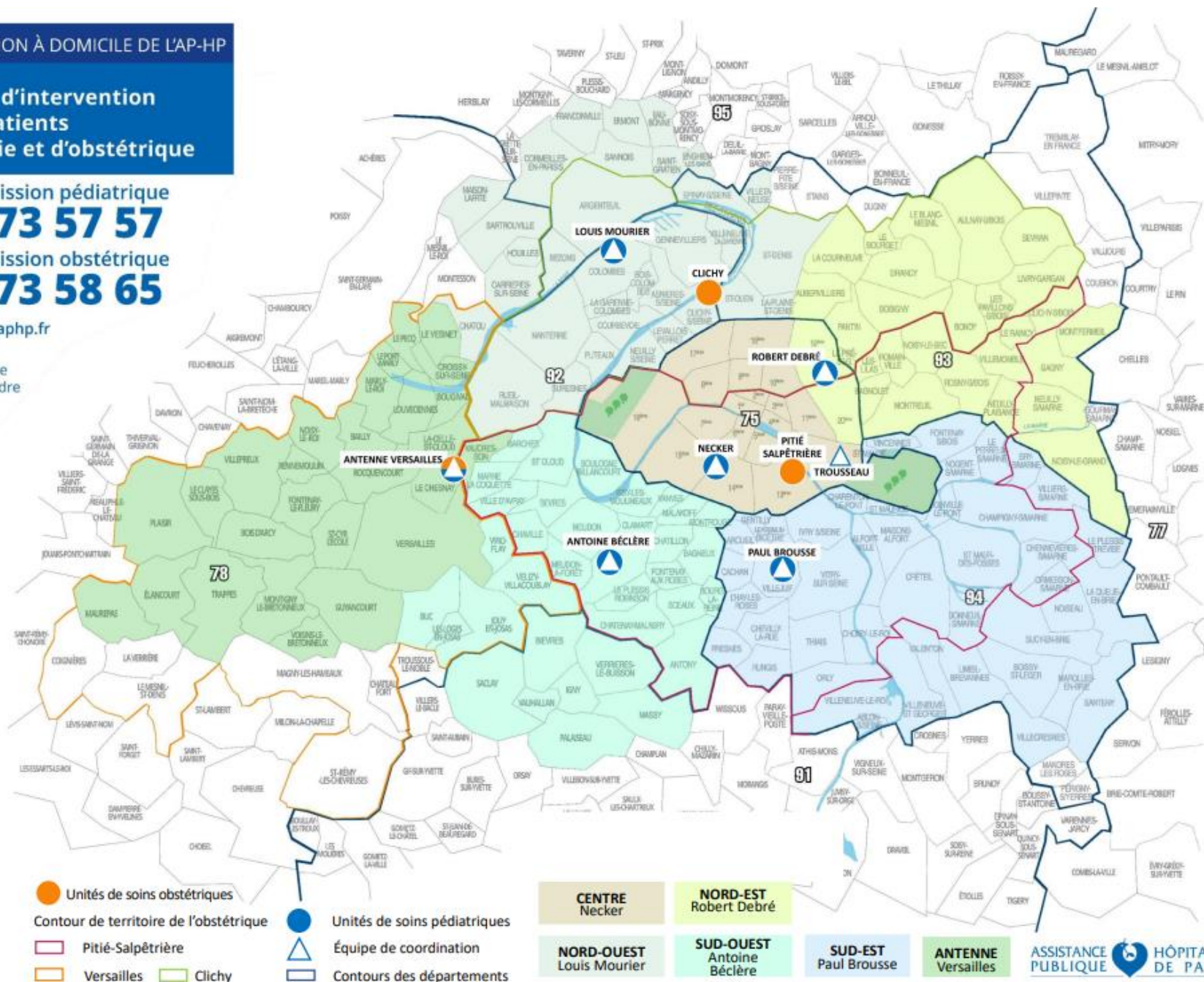
01 73 73 57 57

Cellule d'admission obstétrique

01 73 73 58 65

admission.had@aphp.fr

Un pédiatre ou une sage-femme sont là pour répondre à vos questions.





FONDATION ŒUVRE DE
LA CROIX SAINT-SIMON

RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE LE 26 DÉCEMBRE 1922

HOSPITALISATION À DOMICILE

TERRITOIRE D'ACTIVITÉ HAD

SECTEUR PÉDIATRIQUE

Pédiatrie GRENADE

35 rue du Plateau Paris 75019

Cadre de santé

Eline PRAKHIN
06 18 50 88 76 0

Médecin praticien

Agnès LEHNERT
06 13 27 16 36

Cadre de coordination

Valérie TATON
06 60 64 02 37

Pour toutes demandes d'admissions :
Cellule de régulation : Tel 01 53 72 33 74
cellule.regulation@lafocss.org

PUI Fondation
322 rue de Noisy le sec
93170 Noisy le sec
01 85 17 21 00

Pédiatrie KIWI
85 rue Général De Gaulle
94000 Créteil

Cadre de santé
Maud WELTER
06 64 67 01 86

Médecin praticien
Boris LACARRA
06 58 46 59 54

Cadre de coordination
Magalie NADIR
06 35 10 32 92

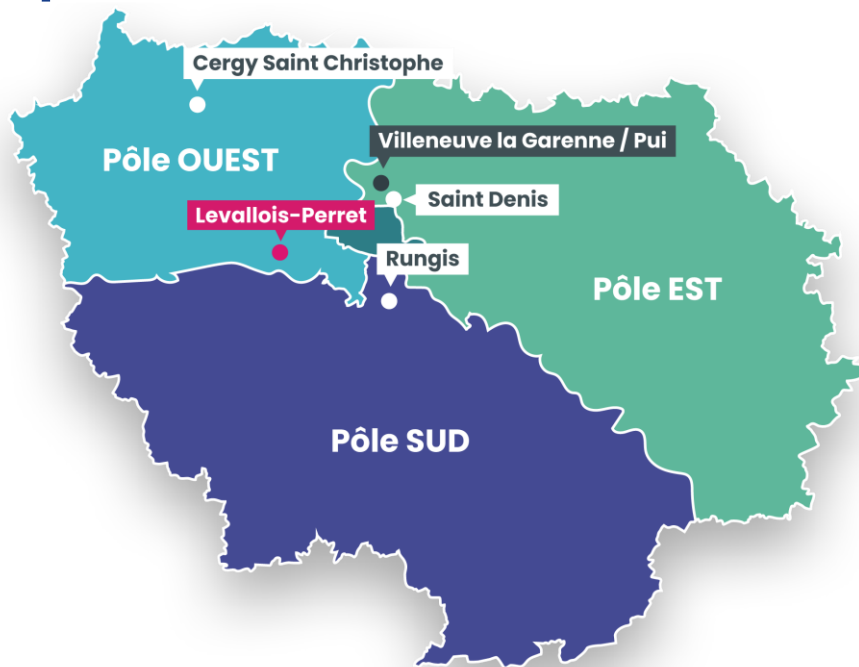
Carte extensible et modifiable en fonction de l'évolution de l'activité.

2026.02.18_HAD FOCSS



**Toute l'Ile de France sauf
Paris intra-muros (75)**

**3 Pôles de soins avec
équipes pédiatriques
spécialisées**



**Antennes d'admission
départementales :**

- Antenne 77 : 01 60 64 79 20
- Antenne 78 : 01 34 51 01 35
- Antenne 91 : 01 75 66 20 45
- Antenne 92 : 01 47 11 16 47
- Antenne 93 : 01 39 87 25 68
- Antenne 94 : 01 42 11 47 69
- Antenne 95 : 01 39 61 25 56

Orienter en cas de suspicion d'ictère néonatal en ville

Un guide d'aide à l'orientation pour les
professionnels de santé



Objectif de ce guide

Faciliter l'orientation des nouveau-nés par les professionnels de ville :

- Identifier les ressources locales pour une prise en charge de l'ictère néonatal
 - Connaitre les modalités d'orientation et d'adressage
- ➔ Améliorer la prise en charge des nouveau-nés avec suspicion d'ictère



Contenu

- Modalités d'orientation et coordonnées :
 - Vers les services HAD
 - Vers le CNRHP
 - Vers les établissements de santé par département
- Coordonnées des DSRP

➔ Disponible prochainement sur les sites web de vos DSRP



Prochains webinaires

Webinaire Mardi 15 septembre 2026

de 12h30 à 13h30

EIG remarquable sur le parcours en périnatalité :
diabète pré-existant et grossesse



La semaine de la sécurité des patients 2026
des sages-femmes libérales en IDF

Inscrivez-vous



WEBINAIRE DON DE LAIT ET DEUIL PÉRINATAL

LE 29 SEPTEMBRE 2026
DE 12H30 À 14H

Intervenantes

- **Virginie RIGOURD**, pédiatre responsable du lactarium Ile de France, Hôpital Necker
- **Véronique Gilbert**, psychologue clinicienne en service de néonatalogie, Hôpital Necker

Inscriptions



**Le replay et les supports de présentation seront
disponibles sur le site de votre réseau d'ici
quelques jours**



Questionnaire de satisfaction



[Cliquez Ici](#)



Merci pour votre attention

RPVO
Réseau Périnatal du Val d'Oise
 Adresse : Centre Pluridisciplinaire Danton,
 2 bis rue Danton 95240 Cormeilles-en-Parisis
 Tél : 09 83 95 00 12 - Fax : 09 86 87 15 89
contact@rpvo.org - www.rpvo.org

RSPP
Réseau de Santé Périnatal Parisien
 Adresse : 52 boulevard Magenta 75010 Paris
 Tél : 01 48 01 90 28 - Fax : 01 48 01 98 30
contact@rspp.fr - www.rspp.fr

NEF
Naître dans l'Est Francilien
 Adresse : 32 boulevard Paul-Vaillant-Couturier
 93100 Montreuil
 Tél : 01 79 72 54 56 - Fax : 01 84 10 86 85
contact@perinat-nef.org - www.perinat-nef.org

mypa
MYPA
Maternité en Yvelines et
Périnatalité Active
 Adresse : CHI Polissy/St Germain en Laye
 20 Rue Armagis 78100 Saint-Germain-en-Laye
 Tél : 06 72 59 63 29
contact@mypa.fr - sunny@mypa.fr
www.mypa.fr

BSR - Réseau Obstétrique Sud et Ouest
Francilien Association pour le Suivi des
Nouveau-nés à Kisque - KPSOU - ASNK
 Adresse : ZAC DES GODETS
 1-4 impasse de la Noisette
 Bâtiment A - Hall A2
 91370 Verrières-le-Buisson
 Tél : 01 46 01 04 34 - Fax 01 46 01 76 96
contact@rpsou-asnr.fr - www.rpsou-asnr.fr

PERINAT 92
 Adresse : Espace Andrée Chédid, 60 rue du
 Général Leclerc 92130 Issy les Moulineaux
 Tél : 01 41 23 85 48
coordination@reseau-perinat92.org
www.reseau-perinat92.org

PÉRINAT
IF SUD
 Adresse : 3 rue Jules Guesde, Bâtiment A,
 91130 Ris-Orangis
 Tél : 09 79 72 55 44 - 06 76 75 74 02
reseau@perinatifsud.fr - www.perinatifsud.fr

Réseau Périnatal du
Val de Marne - RPVM
 Adresse : 1 voie Félix Eboué 94000
 Créteil
 Tél : 01 84 77 09 10
contact@rpvm.fr - www.rpvm.fr