



© Laurence GIRARD

Autour de l'allaitement maternel dans un service de néonatalogie

Dr Gisèle GREMMO FEGER

Pédiatre - Maternité du CHRU de Brest

Coordinatrice D.I.U. Lactation Humaine et Allaitement Maternel

Le lait maternel est l'aliment optimal pour tous les nouveau-nés. En plus des nombreux bénéfices qui concernent tous les enfants, certains avantages s'appliquent spécifiquement à l'enfant hospitalisé en néonatalogie et en particulier à l'enfant né avant terme : diminution du risque d'infections en période néonatale, diminution du risque et de la gravité de l'entérocolite ulcéro-nécrosante, meilleure tolérance de l'alimentation, moindre incidence et sévérité des problèmes visuels et amélioration du développement cognitif. En dépit de ces connaissances et des recommandations de toutes les agences de santé nationales et internationales, la prévalence et la durée d'allaitement sont très souvent inférieures chez l'enfant prématuré par rapport à l'enfant à terme. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces plus faibles taux d'allaitement : facteurs liés à la mère (choix d'allaiter ou non, connaissances, représentations, contexte psychologique, stress...), facteurs liés à l'enfant (degré d'immaturité, éventuelles pathologies associées) mais aussi facteurs liés à l'environnement au sens large du terme (culture favorable ou non à l'allaitement, séparation mère-enfant, motivation et formation des personnels...). Les objectifs de cette communication sont de rappeler les stratégies de soutien d'ordre général et d'approfondir les stratégies de soutien spécifiques que les professionnels de santé exerçant en néonatalogie peuvent intégrer dans leurs pratiques de soins afin d'optimiser la prise en charge de l'allaitement pour ces couples mère-enfant qui en bénéficient tout particulièrement.

STRATEGIES DE SOUTIEN D'ORDRE GENERAL

Il s'agit avant tout de programmes structurés comme les « soins kangourou », les soins de développement et le programme NIDCAP³ ou l'Initiative Hôpital ami des Bébé. Ces démarches de soins ont toutes en commun le respect des bases physiologiques, la compréhension des besoins individuels et une philosophie de « soins centrés sur la famille » qui reconnaît les compétences du bébé et de ses parents. Ces programmes sont complémentaires et leur efficacité dans le soutien à l'allaitement largement démontrée.

Un des points essentiels de ces stratégies est de reconnaître que les parents sont des acteurs essentiels du développement de leur enfant et donc de favoriser leur présence dans l'unité sans restriction et de les intégrer le plus tôt possible dans les soins, et ce en particulier dans tous les aspects concernant l'alimentation de l'enfant car il s'agit là une fonction intrinsèquement parentale.

Citons également l'intérêt d'établir des fiches de transmissions spécifiques à l'allaitement (lactation, éventuelles difficultés maternelles, échelle de comportement de l'enfant au sein, conseils donnés, plan de soins) ; elles permettent de suivre l'évolution pour chaque couple mère-enfant et contribuent à améliorer la cohérence des différents acteurs impliqués dans l'accompagnement et dans les soins.

Enfin et même si cela paraît trivial, une attitude positive à l'égard de l'allaitement et des encouragements de l'ensemble du personnel visant à donner confiance à la mère dans ses capacités et celles de son bébé constituent un facteur de soutien absolument primordial.

STRATEGIES DE SOUTIEN SPECIFIQUES A L'ALLAITEMENT

1. Encourager la décision de donner son lait pour son enfant

Même s'il est possible de nourrir un prématuré avec du lait de mère provenant d'un lactarium, **le lait le plus adapté pour un enfant est celui de sa propre mère**. Par ailleurs plusieurs études ont montré que donner son lait à son enfant permet à la mère de se sentir importante en tant que mère et l'aide à faire face au stress de la situation.

Dans un contexte de naissance prématurée, certaines mères n'ont pas encore pris de décision en ce qui concerne l'allaitement. Et parmi celles-ci, beaucoup ne sont pas conscientes de l'importance du lait maternel pour ces bébés fragiles. Même si la mère n'avait pas décidé d'allaiter, il est toujours possible de l'encourager à tirer son lait pendant deux ou trois semaines ce qui permettra à l'enfant d'être nourri entièrement au lait maternel pendant plusieurs semaines. La décision d'allaiter au sein ou non et la durée d'expression pourront être prises plus tard, mais il est important de débiter précocement après la naissance pour bénéficier du climat hormonal favorable à la mise en route de la lactation.

2. Donner à la mère toutes les facilités pour tirer son lait

L'obtention d'une production de lait largement **supérieure aux besoins de l'enfant** est un **facteur clé de la transition de l'alimentation par sonde à la tétée directe au sein**. Il est important d'aider la mère à obtenir un tire-lait (prêt et/ou location), de lui en expliquer les modalités d'utilisation et de lui offrir la possibilité de tirer le lait à proximité de l'enfant en veillant au respect de son intimité. Il est conseillé de commencer à tirer le lait le plus tôt possible après la naissance et d'utiliser un tire-lait électrique à double pompage. La plupart des mères auront besoin de tirer leur lait au moins 6 à 8 fois par 24 heures y compris la nuit. Tirer des deux cotés en même temps permet d'avoir plus de lait en deux fois moins de temps. Le suivi des quantités de lait obtenues témoigne de l'importance que l'on accorde au lait maternel, permet de conforter la mère tout au long de sa démarche et d'individualiser la fréquence des expressions nécessaires : plus les volumes obtenus sont faibles plus la mère aura besoin de tirer son lait souvent et inversement.

3. Favoriser le contact mère-bébé en peau à peau le plus tôt possible et sans limitation.

C'est possible dès que l'enfant montre une stabilité physiologique suffisante même s'il est encore ventilé. En plus des nombreux avantages démontrés pour le bébé, le « peau à peau » permet d'augmenter la production de lait et est associé à une durée d'allaitement plus longue ; ce soin facilite l'établissement également de liens affectifs et donnent aux parents l'impression d'être plus compétents. Pour l'enfant prématuré, c'est une « mise en situation » qui va lui permettre de manifester son comportement inné de recherche du sein ; chaque séance de peau à peau constitue un prélude, un apprivoisement aux premières tétées et les bébés qui ont fait beaucoup de peau à peau têtent plus tôt. Sauf signes d'instabilité sévère aucune restriction du peau à peau en durée et en fréquence n'est justifiée.

4. Ne pas imposer de critères arbitraires pour les premières « tétées » au sein

En cas de naissance prématurée il est encore fréquent que le moment des premières mises au sein soient décidées sur des critères fixes et arbitraires ; ces limitations sont souvent propres à chaque service et font partie des routines de soins: âge gestationnel minimal ou démonstration par l'enfant de sa capacité à boire un biberon sans faire de fausse route. Les difficultés respiratoires ou les fausses routes étant fréquemment observées en cours de biberon chez les nouveau-nés y compris ceux à terme, on comprend que l'utilisation d'un tel critère n'encourage pas les soignants à démarrer les tétées au sein précocement. Mais aucune de ces limitations ne repose sur des données scientifiques validées. Plusieurs études publiées ces dernières années montrent que au contraire les prématurés sont **beaucoup plus stables sur le plan physiologique au sein qu'au biberon** et que certains prématurés sont tout à fait à capables de faire des tétées efficaces et même d'être exclusivement allaités au sein bien avant l'âge du terme. Ainsi, **si on leur en donne l'occasion et si les conditions environnementales sont favorables**, certains prématurés seront capables de faire une tétée complète dès 31-32 SA ce qui va leur permettre d'être rapidement autonomisés et de rentrer plus tôt à domicile. Ni l'âge gestationnel, ni le poids, ni la capacité à prendre un biberon ne doivent être utilisés comme critères pour démarrer les tétées au sein : il n'y a pas d'âge pour commencer, le plus tôt est toujours le mieux. Le seul critère, c'est la stabilité de l'enfant.

5. Assister la mère lors des premières « tétées » au sein

Le moment et le lieu pour ces premières « tétées » au sein doivent être optimisés : à distance d'une expérience pénible ou fatigante (un simple changement de couche, un bain, un examen de routine peuvent constituer une expérience très stressante pour un enfant prématuré ou fragile...) et dans un endroit calme et pas trop éclairé afin d'éviter une surcharge de stimulations sensorielles chez l'enfant. Il est important d'aider la mère à s'installer confortablement dans un fauteuil adapté, de lui fournir oreiller ou coussin comme aide au positionnement et si besoin un repose pieds pour qu'elle se sente tout à fait à l'aise. On fera en sorte d'être disponible pour la mère au cours de ces premières séances afin de la guider dans ses interactions avec l'enfant et de répondre à ses questions. On l'aidera à trouver des positions d'allaitement qui lui conviennent et permettent une bonne prise du sein ; on expliquera que l'enfant doit être bien soutenu, tout contre le corps de sa mère, à hauteur du sein, la tête dans l'axe, les bras et les jambes en flexion. La position classique inversée (enfant soutenu avec le bras opposé au sein) ou la position sous le bras sont souvent les plus pratiques pour un petit bébé car elles offrent un bon soutien global du bébé et notamment de sa tête ce qui est fondamental pour sa stabilité au sein.

6. Encourager l'allaitement à l'éveil et expliquer les signaux comportementaux du bébé

On montrera les petits signes qui montrent que l'enfant est disposé à téter et on l'encouragera la mère à mettre son bébé au sein sans restriction de fréquence ou de durée. Il est essentiel d'expliquer aux parents la manière dont l'enfant communique par son comportement sur son état de bien être (signes d'approche) ou bien sur son état de fatigue ou de désorganisation (signes de retrait). La mère peut ainsi apprendre à reconnaître les moments où l'enfant peut supporter d'être stimulé et encouragé à téter et les moments où il a besoin de récupérer. C'est fondamental pour que l'apprentissage du bébé au sein se déroule dans des conditions qui lui permettent de progresser en toute sécurité.

7. Permettre la transition d'une alimentation programmée à un allaitement au sein à la demande

Quand l'observation des tétées montre que l'enfant commence à prendre du lait au sein et seulement à ce moment-là, l'une des stratégies de prise en charge consiste à mesurer les quantités de lait absorbées en pesant l'enfant avant et après chaque tétée, car les critères d'observation clinique ne sont pas assez fiables. Ces tests de pesée sont réalisés à chaque tétée sur une balance électronique **très précise** ; ils n'augmentent pas l'anxiété maternelle dans ce contexte et permettent d'ajuster les apports tant que ceux-ci doivent être « contrôlés ». L'autre stratégie consiste à donner à l'enfant un volume fixe de compléments après chaque tétée. Quand le bébé commence à consommer une bonne partie des rations prescrites (environ la moitié) on peut commencer à assouplir les horaires de l'alimentation en proposant le sein « à l'éveil » ou sinon quand environ 3 heures se sont écoulées depuis le dernier repas. Les quantités prises au sein par l'enfant au sein sont cumulées et déduites de la quantité totale prescrite pour une période de 12 ou 24 heures ; le volume restant sera donné à l'enfant par une méthode alternative. Cette stratégie en « semi demande » peut être poursuivie en s'assouplissant jusqu'à ce que l'enfant ait suffisamment d'éveils spontanés et de tétées efficaces. On veillera à ne pas fixer de durée arbitraire pour cette période de transition, à avoir des **attentes**

réalistes car le parcours de chaque enfant est différent. Il est important de chercher à obtenir une bonne croissance pondérale moyenne, sans toutefois trop se crisper sur les variations des chiffres d'une pesée à l'autre. On encouragera également la mère à ne pas abandonner le tire-lait trop vite afin de maintenir la lactation à un niveau suffisant et faciliter ainsi le transfert de lait du sein à l'enfant.

8. Privilégier l'usage de méthodes alternatives au biberon

Les bébés qui reçoivent des compléments au biberon ont des durées d'allaitement plus courtes. Un bébé qui n'arrive pas à bien prendre le sein risque de « préférer » le biberon, et ne plus être capable de téter au sein voire de le refuser, surtout si la production de lait n'est pas très importante et qu'il a été exposé à un flot de lait rapide par l'intermédiaire d'un biberon. Il est donc souhaitable d'éviter d'utiliser le biberon, sauf si c'est le souhait explicitement exprimé par les parents. Tant que les tétées doivent être complémentées, on utilisera de préférence des méthodes alternatives adaptées aux besoins et aux capacités individuelles de chaque enfant : alimentation par sonde, à la tasse ou au doigt.

9. Préparer la sortie et organiser le suivi et le soutien après le retour au domicile

Avant le retour à la maison il est primordial de proposer un séjour en chambre mère-enfant pour aider la mère à prendre confiance dans sa capacité à s'occuper de son enfant et à s'autonomiser. On discutera de la stratégie d'alimentation en collaboration avec les parents. On organisera les modalités du suivi de l'enfant après sa sortie de l'hôpital (accès à des conseils téléphoniques, visites à domicile ou au centre néonatal, consultations spécialisées en allaitement). On fournira également aux parents les coordonnées des associations de soutien à l'allaitement.

REFERENCES

1. Gremmo-Féger G: L'allaitement de l'enfant prématuré. "Allaiter Aujourd'hui" Juin 2002 <http://www.co-naitre.net/>
2. Gremmo-Féger G: L'allaitement de l'enfant prématuré : rôle spécifique de la puéricultrice. *Les Cahiers de la Puéricultrice* N°206 Avril 2007 :14-16. <http://www.co-naitre.net/>
3. Quigley MA, Henderson G, Anthony MY, et al. Formula milk versus donor breast milk for feeding preterm or low birth weight infants. *Cochrane Database of systematic reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD002971. DOI: 10.1002/14651858.CD002971;pub2
4. Vohr RB, Poindexter BB, Dusick AM, 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-e959
5. Flacking R, Wallin L, Ewald U. Perinatal and socioeconomic determinants of breastfeeding duration in very preterm infants. *Acta Paediatr* 2007; 96 : 1126-1130.
6. Sizun J, Ratynski N, Gremmo-Féger G: Soins de développement, soins centrés sur la famille: nouveaux concepts, nouvelles pratique en médecine néonatale. *Le pédiatre*, tome XXXVI, n°179 ; 7-10
7. La méthode « Mère kangourou »: guide pratique. OMS Genève 2004
8. Meier P: Supporting lactation in mothers of very low birthweight infants. *Pediatric Annals* 2003; 32:5; 317-25
9. Callen J, Pinelli J, Atkinson S, et al. Qualitative analysis of barriers to breastfeeding in very-low-birthweight infants in the hospital end postdischarge. *Adv Neonatal Care* 2005; 5 : 93-103

