

**Bonnes pratiques permettant de soutenir l'allaitement maternel
dans un service de soins intensifs.
(Michigan Breastfeeding Network Juillet 2005)**

L'allaitement de bébés prématurés ou malades présente des défis particuliers. Ce document identifie les 10 pratiques qui permettent l'allaitement dans les services de soins intensifs (SSI). Il comporte des pratiques qui mettent en avant le lait humain comme source principale de nutriments et qui aident le bébé à cheminer vers un allaitement efficace. Ces directives s'appliquent aux bébés prématurés aussi bien qu'aux bébés à terme malades.

POLITIQUE DE SERVICE

Une politique de service écrite sera développée par une équipe pluridisciplinaire et communiquée à tout le personnel du service et aux familles. ¹⁻³

1. On trouvera dans ce document :
 - Que «le lait humain est l'aliment de choix pour tous les enfants, y compris pour les enfants prématurés et malades, à de rares exceptions. » ^{1,4-8}
 - Des informations détaillées sur le recueil, la conservation, l'étiquetage, le transport, l'identification et l'administration de lait humain exprimé. ^{1,3,9}
 - Des directives sur la façon d'aider le bébé à cheminer vers un allaitement efficace.
 - Un plan qui permette de mesurer de façon régulière les taux d'allaitement, les pratiques et les résultats.

2. L'environnement, dans le service de soins intensifs, est important, pour faciliter l'allaitement. La politique du service devra :
 - Restreindre l'utilisation de produits de marketing des firmes de lait industriels, de leurs matériels éducatifs et logos. ⁷
 - Comporter suffisamment de réfrigérateurs adaptés à la conservation du lait exprimé. ⁷
 - Fournir un nombre adéquat de tire-lait électriques hospitaliers.
 - Offrir des horaires de visite souples qui permettent aux mères de venir allaiter fréquemment. ⁷

FORMATION DU PERSONNEL

Tous les personnels participant aux soins de ces bébés recevront une formation continue et seront évalués sur les compétences de base et les connaissances nécessaires à la mise en place de cette politique de service ^{1,10-14}

1. Cette formation comprendra :
 - L'intérêt du lait humain pour tous les bébés du SSI. ^{1,4-8,10}
 - L'importance d'un soutien continu pour les mères qui allaitent les bébés de ce service. ^{3,7,10-11,13-4}
 - Des directives sur la façon d'établir et de maintenir la production de lait des mères. Cela comportera une surveillance régulière de cette production avec des interventions appropriées si elle n'est pas adéquate. ^{4,9,11,16.}
 - Des directives indiquant la façon d'amener le bébé à faire des repas efficaces au sein. ^{11,17}
 - Le type de lait donné, la méthode d'administration et l'évaluation du bébé au sein seront enregistrés dans un dossier de façon claire et cohérente. ^{1,7, 11}
 - Des outils permettant d'évaluer les médicaments que prend la mère : sont-ils sûrs pour le bébé et peut-on continuer à lui donner le lait de sa mère ? ^{7, 18-19}

2. Chaque professionnel de santé sera responsable de la mise en application de la politique du service ainsi que des résultats obtenus en matière d'allaitement. ²⁰

FORMATION DES PARENTS

Les professionnels de santé encourageront et informeront les mères dont les enfants sont hospitalisés en service de soins intensifs, ainsi que leur entourage, sur les avantages et la gestion de l'allaitement. ^{1,5,13-15,21}

1. Rappeler aux parents l'importance du lait humain et de l'allaitement, si une naissance prématurée est prévue. ^{1,4-8,10,15,22}
2. Discuter de la possibilité de tirer le lait et de le donner au moyen d'un biberon si la mère ne veut pas mettre son bébé au sein. ^{1,10,15}
3. Apprendre aux familles comment initier et maintenir la production de lait maternel. ^{1,4,7,16,25}
4. Fournir de façon régulière des informations sur la façon de guider le bébé vers des tétées efficaces au sein. ^{3,10-11,15,17}
5. Utiliser, pour la formation des parents, des vidéos et des documents écrits pertinents, qui s'appuient sur la recherche, et ne font pas la promotion des laits industriels.
6. Passer en revue, avec la mère, les médicaments qu'elle prend et la rassurer sur le fait qu'elle peut donner son lait au bébé en toute sécurité.

SOUTIEN DE LA PRODUCTION DE LAIT

L'allaitement ou l'expression de lait sera débuté rapidement et les tétées ou les tirages de lait auront lieu régulièrement et fréquemment. L'accès à des tire-lait efficaces sera facilité. ^{6,9-10,15-16,22-23}

1. Un tire-lait de type hospitalier, équipé d'un set permettant le tirage simultané des seins, est essentiel pour l'établissement et le maintien de la sécrétion lactée.
2. Commencer l'expression dans les 6-12 heures qui suivent la naissance. ^{4,7,11,16,22-25}
3. La fréquence des tirages doit être identique ou même supérieure à la fréquence des tétées d'un bébé à terme et en bonne santé. Il en va de même pour les quantités recueillies qui seront égales ou supérieures à celles nécessaires à un bébé à terme et en bonne santé. Viser 8-12 tirages par 24 heures. ^{4,11,15-16,22-23}
4. Encourager la mère à tirer au chevet de son bébé chaque fois que c'est possible. ^{4,7}
5. Continuer à tirer pour maintenir la production de lait dans les rares situations où la mère doit temporairement prendre un médicament contre-indiqué avec l'allaitement. Le lait tiré ne devrait pas être utilisé.
6. Prévoir la location d'un tire-lait de type hospitalier qui sera utilisé par la mère, chez elle. ^{7,15}
7. Informer les parents des possibilités de prise en charge par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie et les mutuelles (Adaptation du traducteur pour la France).⁷

PROGRAMME

Un programme écrit, adapté à chaque situation, sera mis en place. Il débutera lors de l'admission du bébé et se poursuivra jusqu'à ce que le bébé tète de façon efficace au sein. ^{1,6,10-11,22,26-27}

1. Les objectifs de ce programme devraient comprendre l'utilisation de lait humain dès les premiers repas et prendre en compte les désirs de la mère en matière d'allaitement à la sortie de l'hôpital. ^{1,4,11,21}
2. Ce programme comportera les étapes suivantes :
 - a. Informer la mère de l'importance médicale du lait humain pour son bébé. ^{1,4,6-7,10}
 - b. Etablir une production abondante de lait capable de couvrir ou même de dépasser les besoins d'un bébé à terme. ^{4,7,15}
 - c. Encourager des tétées précoces et le peau à peau/Soin Kangourou, accompagné de repas par sonde naso-gastrique quand c'est approprié. ^{1,4,7,10,15,17,24-25,28}
 - d. Donner de fréquentes occasions de succion non nutritive au sein. ^{7,10,13}

- e. S'assurer que les premiers repas oraux se font au sein. ¹⁵⁻²²
- f. Encourager de fréquents moments de pratique au sein. ¹⁵⁻²²
- g. Vérifier et noter les progrès de l'enfant lors des mises au sein. ^{11,22,24}
- h. Vérifier la quantité prise en faisant des pesées avant et après le repas. ^{11,22,24}
- i. Utiliser, si nécessaire, un bout de sein en silicone, un dispositif de supplémentation de l'allaitement ou toutes autres stratégies permettant d'améliorer la prise de lait au sein. ^{4,17}
- j. Retarder l'utilisation de biberons aussi longtemps que possible afin que le bébé ait de nombreuses opportunités de s'exercer au sein. ^{4,17}
- k. Mettre sur pied un «Plan allaitement pour le retour à la maison» en collaboration avec un(e) consultant(e) en lactation. ^{11,29}
- l. Diriger la mère vers des structures pouvant assurer un suivi en matière d'allaitement et à des associations de soutien afin qu'elle reçoive de l'aide et que l'allaitement soit évalué après la sortie du service.

PRIORITES

Le lait humain est la principale source de nutrition pour tous les bébés du service de soins intensifs. ^{1,5,6,9-10,12,17,21-22,25}

1. Le lait humain enrichi est préféré aux laits industriels spécialisés. La politique du service précisera les critères d'utilisation de produits d'enrichissement du lait humain. ¹
2. Utiliser des méthodes de traitement du lait (le crématocrite qui permet d'évaluer l'apport calorique du lait maternel, repas composé de lait gras de fin de tirage) pour augmenter le contenu calorique du lait maternel. ^{1,10,27,30}

PLACE DES PARENTS

La mère et la famille gagneront en compétence s'ils sont impliqués dans les soins et l'alimentation du bébé grâce à des contacts fréquents et une grande proximité durant tout le séjour à l'hôpital. ^{6,10,15,27}

1. Reconnaître que la mère fait partie intégrante des soins donnés au bébé. Sa contribution est unique parce que seul son lait fournit une protection contre les infections. ^{4,10,14}
2. Encourager les parents à venir, à participer aux soins du bébé et à pratiquer l'allaitement le plus tôt et le plus souvent possible.
3. Aider les parents à reconnaître les signes qui montrent que le bébé veut téter ou qu'il est stressé.
4. Apprendre aux mères à repérer une bonne prise du sein et un transfert de lait efficace.

PRATIQUE

La mère et le bébé auront l'occasion, et ils y seront encouragés, de pratiquer fréquemment l'allaitement avant la sortie du service ^{4,6,10,15}

1. Encourager le bébé à lécher le sein et à faire des suctions non nutritives quand il est en peau à peau/Soin kangourou. ^{10,15,28}
2. Encourager les tétées non nutritives précoces durant les gavages intermittents par sonde naso-gastrique. ¹⁵
3. Les premières alimentations entérales seront exclusivement au sein.
4. Différer les autres méthodes d'alimentation (biberon, tasse ou seringue) jusqu'à la semaine précédant la sortie du service. ^{17,31}
5. Demander à la mère d'être présente pour le plus de repas possibles.
6. Permettre à la mère de bénéficier d'une chambre mère-enfant pendant 24 heures avant la sortie du bébé. ³⁻⁴

APRES LA SORTIE

Un soutien en ambulatoire sera prévu après la sortie pour aider la mère à atteindre les buts qu'elle s'est fixés en matière d'allaitement. ^{1,4,10,13,26-27,32}

1. Prévoir des visites de suivi régulières avec un(e) consultant(e) en lactation ou une bénévole d'association ayant une expérience avec les bébés prématurés ou malades. ^{4,7,10-11,13,15,22,24,29,33}
2. Adresser la mère à des groupes de soutien. ^{3,14}
3. Travailler avec la mère à l'établissement d'un plan d'allaitement écrit pour la post-sortie. ^{4,7,10-11,22,23}
4. Transmettre des informations écrites pertinentes, au professionnel qui s'occupe de la mère ainsi qu'au consultant en lactation qui la suivra, sur sa production de lait, les quantités prises par le bébé, le nombre de tétées faites au sein, le type de méthode utilisée pour la supplémentation, etc. ^{1,7,10-11,22,24,29,33}

DEMARCHES EVOLUTIVES VERS DE MEILLEURES PRATIQUES

Les pratiques en matière d'allaitement et les buts à atteindre seront fixés, régulièrement évalués et réévalués. Un plan d'action afin d'atteindre les objectifs fixés sera développé et mis en place par une équipe pluridisciplinaire. ^{7,14}

1. L'équipe du service de soins intensifs développera une stratégie pour contrôler, de façon régulière : ^{15,30}
 - Les taux d'initiation de lactations
 - Le pourcentage de repas au lait maternel en sortie d'hôpital
 - Le nombre de repas au sein (allaitement complet, partiel ou symbolique) à la sortie
 - Les durées d'allaitement et/ou des repas au lait maternel après la sortie.
2. Evaluer l'implication du personnel à atteindre ces objectifs
3. Reconnaître les membres du personnel qui fournissent un soutien optimal aux mères.

Michigan Breastfeeding Network
Co-Présidentes : Mary Dubensky, RNC, BSN, IBCLC mdubensk@umich.edu
Rosemary Shy, MD rosemaryshy@hotmail.com

REFERENCES

1. Landers, S. (2003) Maximizing the Benefits of Human Milk Feeding for the Preterm Infant. *Pediatric Annals*, 32(5), May, 298-306.
2. Cadwell, K. (1999) Reaching the Goals of "Healthy People 2000" Regarding Breastfeeding, *Clinics in Perinatology*, Vol 26(2), June, 527-537.
3. Bell, E., Geyer, J., & Jones, L. (1995) A Structured Intervention Improves Breastfeeding Success for Ill or Preterm Infants. *MCN*, 30, 309-14.
4. Morton, J. (2002) Strategies to Support Extended Breastfeeding of the Premature Infant. *Advances in Neonatal Care*, 2(5), 267-282.
5. Schanler, R., Shulman, R., & Lau, C. Feeding strategies for premature infants: Beneficial outcomes of feeding fortified human milk versus preterm formula. *Pediatrics*: Vol 103(6), Jun 1999; Health Module pp 1150-1157.
6. Schanler, R. & Hurst, N. (1999) The use of human milk and breastfeeding in premature infants. *Clinics in Perinatology*. 26(2).
7. California Perinatal Quality Care Collaborative. Nutritional Support of the Very Low Birth Weight Infant: Part I Available at: www.cpqcc.oeg/NutritionToolkit.html
8. American Academy of Pediatrics (2005) Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk Work Group on Breastfeeding, *Pediatrics* 115 (2) 496-506.
9. The Human Milk Banking Association of North America, Inc. (2005) Best Practice for Expressing, Storing and Handling Human Milk in Hospitals, Homes and Child Care Settings.

10. Meier, P. (2003) Supporting Lactation in mothers with very low birth weight infants. *Pediatric Annals* 32(5).
11. Furman, L., Minich, M., & Hack, M. (1998) Breastfeeding of very low birth weight infants. *J Human Lact* 14(1).
12. Schanler, R., Shulman, R., Lau, C., O'Brian Smith, E. & Heitkemper, M. (1999) Feeding strategies for premature infants: Randomized trial of gastrointestinal priming and tube-feeding method. *Pediatrics*: 103, 2; 434-9.
13. Kavanaugh, K., Meier, P., Zimmermann, B. & Mead, L. (1997) The rewards outweigh the efforts: Breastfeeding outcomes for mothers of preterm infants. *J. Human Lact.* 13(1).
14. Harrold, J. & Schmidt, B. (2002) Evidence-based neonatology: making a difference beyond discharge from the neonatal nursery. *Current Opinion in Pediatrics*, 14:165-169.
15. Meier, P. (2001) Breastfeeding in the Special Care Nursery, Prematures and Infants with Medical Problems. *Pediatric Clinics of North America*, 48(2), 425-443.
16. Hill, P., Aldag, J., & Chatterton, R. (2001) Initiation of Pumping and Milk Production in Mothers of Non-Nursing Preterm Infants. *J Hum Lact* 17(1), 9-13.
17. Klithermes, P., Cross, M., Lanese, M., Johnson, K., & Simon, S. (1999) Transitioning Preterm Infants with Nasogastric Tube Supplementation: Increased Likelihood of Breastfeeding. *JOGNN*, 28(3), 264-273.
18. Hale, T. (2004) Medications and Mothers' Milk - A Manual of Lactational Pharmacology, 11th Edition, Pharmasoft Publishing, Amarillo, Texas.
19. Howard, C., & Lawrence, R. (1999) Drugs and Breastfeeding, *Clinics in Perinatology*, 26(2), 447-478.
20. Simpson, K. & Creehan, P. (2001) AWHONN Perinatal Nursing, Edition 2, Lippincott, 571.
21. Chantry, C. (2002) Colostrum: "Liquid Gold" *ABM News and Views The Newsletter of the Academy of Breastfeeding Medicine*. 8(4) 29-32.
22. Morton J. (2003) The role of the pediatrician in extended breastfeeding of the preterm infant. *Pediatric Annals* 32(5).
23. Hartmann, P., Cregan, M., Ramsay, D., Simmer, K., & Kent, J. (2003) Physiology of lactation in preterm mothers: Initiation and maintenance. *Pediatric annals* 32(5).
24. The Academy of Breastfeeding Medicine (2004) ABM Clinical Protocol #12.
25. Powers, N (2001) Part II: The Management of Breastfeeding. How to Assess Slow Growth in the Breastfed Infant: Birth to 3 months. *Pediatric Clinics of North America* 48(2), 345-362.
26. Meier, P., Engstrom, J., Fleming, B., Streeter, P. & Lawrence, P. (1996) Estimating milk intake of hospitalized preterm infants who breastfeed. *J. Human Lact*, 12(1), 21-26.
27. Griffin, T., Meier, P., Bradford, L., Bigger, H. & Engstrom, J. (2000) Mothers' performing creatinocrit measures in the NICU: Accuracy, reactions and cost. *JOGNN*, May/June, 249-257.
28. Kirsten, G., Bergman, N. & Hann, M. (2001) Kangaroo mother care in the nursery. *Pediatric Clinics of North America*. 48(2).
29. Meier, P. & Brown, L. (1997) Breastfeeding a preterm infant after NICU discharge: reflections on Ryan's story. *Breastfeeding Abstracts*, 17(1), 3-4.
30. Meier, P., Engstrom, J., Murtaugh, M., Vasan, U., Meier, W. & Schanler, R. (2002) Mother's milk feedings in the Neonatal Intensive Care Unit: Accuracy of the creatinocrit technique. *Journal of Perinatology*, 22.
31. Garpiel, S. (2004) Preterm Infant Transition to Effective Breastfeeding: A comparison of four supplemental methods. (unpublished)
32. Hill, P., Ledbetter, R., & Kavanaugh, K. (1997) Breastfeeding patterns of low-birth-weight infants after hospital discharge. *JOGNN* 26(2), 189-197.
33. Wight, N. (2004) Post-Discharge Nutrition for the Breastfed Former NICU Infant. *Breastfeeding Update*, 4(1).

©Michigan Breastfeeding Network, juillet 2005
 Reproduction à des fins éducatives autorisée