

Protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine

Protocole clinique n°7 Exemple de politique de service Allaitement

L'un des principaux objectifs de l'Academy of Breastfeeding Medicine est le développement de protocoles cliniques portant sur le suivi de problèmes médicaux courants susceptibles d'avoir un impact sur le succès de l'allaitement. Ces protocoles sont destinés uniquement à servir de recommandations pour le suivi des mères allaitantes et de leurs enfants et ne constituent pas un mode exclusif de traitement ou un standard pour les soins médicaux. Des variations dans le traitement pourront être appropriées en fonction des besoins d'un patient particulier.

POLITIQUE DE SERVICE "ALLAITEMENT"

«Nom de l'institution» et service (s)

Politique n° :

Emise le :

Revue/Révisée le :

OBJECTIF

Promouvoir une philosophie de maternage qui favorise l'allaitement et les fonctions physiologiques impliquées dans l'établissement de cette relation mère-enfant. Pour les familles choisissant l'allaitement, les aider afin qu'elles vivent dès le début et puis par la suite, une expérience réussie et satisfaisante.

Ce règlement s'appuie sur les recommandations faites dans les plus récentes politiques d'allaitement, publiées par le Bureau de la Santé des Femmes du Département Américain de la Santé et des Services Humains¹, de l'Académie Américaine de Pédiatrie², du Collège Américain d'Obstétrique et de Gynécologie³, de l'Académie Américaine des Médecins Généralistes⁴, de l'OMS⁵, de l'Association Américaine de Diététique⁶ et de l'Académie de Médecine de l'Allaitement⁷, ainsi que de la déclaration de l'UNICEF/OMS «Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement»^{5,8,9}.

ARTICLES DE LA POLITIQUE DE SERVICE

1. Le personnel de «Nom de l'établissement» soutiendra activement l'allaitement en tant que méthode privilégiée d'alimentation des bébés.

Une équipe pluridisciplinaire, correspondant à la culture locale, comprenant des administrateurs de l'hôpital, des médecins et des membres de l'équipe soignante, des consultants et spécialistes en lactation, des personnes chargées de la nutrition, des parents, et toutes autres personnes appropriées, doit être constituée et maintenue pour identifier et éliminer les barrières institutionnelles à l'allaitement. Tous les ans, ce groupe devra compiler et évaluer les données en rapport avec le soutien à l'allaitement et formuler un plan d'action pour mettre en place les changements nécessaires.

2. Une politique de service écrite, sur l'allaitement, sera développée et communiquée à tous les membres du personnel soignant. La politique de service, sur l'allaitement, de «Nom de l'établissement» sera revue et mise à jour régulièrement (2 fois par an) en se appuyant sur les données provenant de recherches récentes.
3. Toutes les femmes enceintes et les personnes de leur entourage susceptibles de les soutenir recevront des informations sur l'allaitement, et des conseils sur les avantages de l'allaitement, les contre-indications à l'allaitement et les risques de l'alimentation au lait industriel.
4. Le souhait d'allaiter de la mère sera inscrit dans son dossier médical.
5. Les mères seront encouragées à allaiter exclusivement, sauf contre-indication médicale.

La méthode d'alimentation sera inscrite dans le dossier médical de chaque enfant.

- L'allaitement est dit exclusif lorsque le lait maternel est la seule source nutritionnelle. Les enfants exclusivement allaités ne reçoivent aucun autre solide ou liquide.
6. A la naissance ou rapidement après, tous les nourrissons, si l'état du bébé et de la mère est stable, seront placés contre la peau de leur mère. Le contact peau à peau implique la mise du bébé nu, le ventre contre la poitrine nue de sa mère. On donnera à la dyade mère-enfant la possibilité de débiter l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance. Les bébés nés par césarienne seront encouragés à prendre le sein aussi rapidement que possible. L'administration prophylactique de vitamine K, et d'antibiotiques pour la prévention de l'ophtalmie néonatale, devrait être retardée jusqu'à la fin de la première heure après la naissance, afin de permettre un contact mère-enfant ininterrompu et l'allaitement¹⁰.
 7. Les mères qui allaitent seront encouragées à garder leur bébé avec elles pendant toute la durée de leur séjour à l'hôpital, y compris pendant la nuit (cohabitation). Le contact peau à peau sera encouragé autant que faire se peut.
 8. Une évaluation de l'allaitement, avec information de la mère et recueil des données, sera faite à chaque changement d'équipe et, chaque fois que c'est possible, à chaque contact d'un membre de l'équipe soignante avec la mère. Après chaque tétée, l'équipe notera des informations sur la tétée dans le dossier médical de l'enfant. Ces informations peuvent inclure des données sur la prise du sein, la position, et tout problème rencontré. Pour les tétées qui n'auront pas été observées, on pourra noter ce que la mère rapportera. A chaque changement d'équipe, une observation de la prise du sein et de la position de l'enfant pendant la tétée sera effectuée et détaillée dans le dossier.
 9. Les mères seront encouragées à utiliser toutes les ressources disponibles en matière d'allaitement : sessions d'information, matériel écrit et présentations vidéo, selon les circonstances. En cas d'indication clinique, le médecin ou l'infirmière pourra en référer à un consultant ou à un spécialiste en lactation.
 10. Les mères allaitantes seront informées sur :
 - a. une bonne installation et une bonne prise du sein par l'enfant
 - b. les critères de détection d'une succion nutritive et la déglutition
 - c. la production du lait et sa délivrance à l'enfant
 - d. la fréquence des tétées/les signes montrant que l'enfant a faim
 - e. l'expression du lait et l'utilisation d'un tire-lait si nécessaire
 - f. comment évaluer que l'enfant est correctement nourri ; et
 - g. les circonstances nécessitant de contacter un médecin.Ces points seront discutés avec les primipares et les multipares, et révisés avant la sortie de la mère.
 11. Les parents seront informés que les enfants allaités, y compris les enfants nés par césarienne, devraient être mis au sein au moins 8 à 12 fois par 24 heures. Les signes de faim de l'enfant (tels qu'une augmentation de l'activité ou du niveau d'éveil, le port de la main à la bouche ou un réflexe de foussement) seront utilisés comme indicateurs du fait que le bébé est prêt à téter. Les bébés allaités seront aussi mis au sein la nuit.
 12. On évitera de limiter le temps passé par l'enfant à chaque sein. On pourra leur proposer les deux seins à chaque tétée, mais il est possible qu'ils ne soient intéressés que par un seul sein par tétée pendant les premiers jours.
 13. On ne donnera aucun supplément d'eau, d'eau sucrée ou de lait industriel sauf indication spécifique du médecin ou de la puéricultrice, ou en cas de souhait de la mère qui aura été informée. Son souhait sera noté dans le dossier. Avant tout don de supplément non nécessité par une raison médicale, la mère sera informée des risques liés à cette supplémentation. Le supplément devrait être donné au bébé à la tasse si possible, et la quantité donnée ne devrait pas dépasser 10 à 15 cc chez un bébé né à terme^{11,13}. Des techniques alternatives d'alimentation telles que l'alimentation à la seringue ou à la cuillère peuvent aussi être utilisées, toutefois ces méthodes n'ont pas fait la preuve de leur efficacité pour préserver l'allaitement. On ne mettra pas de biberons dans le berceau d'un bébé allaité.
 14. Cet établissement ne donne pas d'informations sur l'alimentation au lait industriel à l'occasion de sessions d'informations de groupe. Les parents qui, après avoir été informés de façon appropriée, décident que leur enfant sera nourri au lait industriel, recevront sur le sujet des informations données à titre individuel.

15. Les bébés nés à terme et en bonne santé ne devraient pas recevoir de sucette. La politique de service de «*Nom de l'établissement*» sur la sucette précise que les enfants prématurés admis en néonatalogie ou en soins intensifs pédiatriques ou les enfants présentant un problème médical spécifique, pourront se voir donner une sucette pour la succion non-nutritive. Les nourrissons qui doivent subir une pratique douloureuse (circoncision par exemple) peuvent se voir donner une sucette comme méthode de gestion de la douleur pendant le soin. L'enfant ne sera pas rendu à sa mère avec la sucette. «*Nom de l'établissement*» favorise «les soins non douloureux aux nourrissons», ce qui peut inclure la mise au sein de l'enfant pendant un prélèvement sanguin pour les tests de dépistage des maladies métaboliques effectués en routine chez les nouveau-nés.
16. Le suivi en routine de la glycémie des enfants nés à terme et en bonne santé, avec un poids normal pour leur âge gestationnel, n'est pas indiqué. Un suivi clinique des signes d'hypoglycémie et de déshydratation sera effectué¹⁴.
17. Aucune mère en post-partum ne recevra de médicament destiné à couper le lait.
18. L'utilisation en routine de crèmes, pommades et autres produits locaux sur les mamelons sera évitée, sauf si un tel traitement est nécessaire pour un problème dermatologique. Chez les mères qui ont les mamelons douloureux, la mise au sein sera observée, et on conseillera à la mère d'appliquer du colostrum ou du lait sur l'aréole après chaque tétée.
19. On n'utilisera pas en routine de bouts de sein ou des tétines de biberon sur les mamelons pour traiter des problèmes de mise au sein, pour prévenir ou guérir des mamelons douloureux ou crevassés, ou si la mère a des mamelons plats ou rétractés. Les bouts de sein seront utilisés uniquement en conjonction avec une consultation de lactation.
20. Si un bébé n'a pas pris le sein correctement ou tété efficacement au bout de 24 heures, on conseillera à la mère de commencer le massage des seins et l'expression manuelle du colostrum dans la bouche du bébé pendant les tentatives de mise au sein. On encouragera le contact peau à peau. On recommandera aux parents de surveiller étroitement les signes de faim de l'enfant, et de réveiller le bébé pour le mettre au sein dès que ces signes sont constatés. Si le bébé continue à ne pas téter correctement, la mère commencera à tirer son lait à la main selon une technique appropriée, ou avec un tire-lait électrique automatique à double pompage, et ce environ toutes les 3 heures, ou au minimum 8 fois par jour. Tout le colostrum ou le lait tiré par la mère sera donné au bébé par une méthode alternative. La mère sera avertie qu'elle pourra n'obtenir que peu de lait, voire pas de lait du tout, les premières fois où elle tirera son lait. Jusqu'à ce que du lait maternel soit disponible, la nécessité de compléter le bébé fera l'objet d'une décision prise en commun par la mère, l'infirmière et le médecin. Tous les jours, les médecins seront consultés au sujet du volume et de la nature des suppléments. Les sucettes seront évitées. En cas de problème d'allaitement, on s'adressera à un consultant ou un spécialiste en lactation¹⁰.
21. Si le bébé ne prend toujours pas correctement le sein ou ne tète pas bien au moment de la sortie de maternité, le plan d'alimentation/d'expression/de supplémentation sera revu avec la mère en plus des informations de routine sur l'allaitement. Une visite de suivi ou un contact avec la mère sera planifié dans les 24 heures. En fonction de la situation clinique, il pourra être approprié de retarder le retour au domicile de la mère et de l'enfant afin de permettre la mise en œuvre d'autres interventions, d'un soutien et d'informations sur l'allaitement.
22. Tous les bébés devraient être vus pour un suivi pendant les premiers jours post-partum. Cette visite devrait être effectuée par un pédiatre ou par un autre professionnel de santé compétent, pour évaluation du déroulement de l'allaitement, de la prise de poids, de l'ictère et des sorties de l'enfant (urines et selles)
- Pour les enfants sortis moins de 48 heures après la naissance : suivi à J2-J4
 - Pour les enfants sortis plus de 48 heures après la naissance : suivi à J4-J5
 - Tous les bébés devraient être vus à 1 mois.
23. Les mères qui sont séparées de leur bébé prématuré ou malade devraient :
- a. être informées sur une méthode efficace d'expression manuelle ou sur l'utilisation d'un tire-lait électrique permettant un double tirage ; ces informations incluront la nécessité de tirer son lait au moins 8 fois par jour, ou environ toutes les 3 heures, pendant 15 minutes (ou jusqu'à ce que le lait cesse de couler, ce qui est préférable) sur toute la journée, et sur l'importance de ne pas sauter les séances d'expression du lait la nuit.

- b. être encouragées à allaiter à la demande dès que l'état de leur bébé le permet.
 - c. être informées sur les moyens de stocker et étiqueter correctement le lait humain, et
 - d. être observées par une personne compétente pendant qu'elles tirent leur lait à la main ou avec un tire-lait électrique permettant le tirage des deux seins en même temps, avant la sortie du service.
24. Avant de quitter l'hôpital¹⁵, les mères qui allaitent devraient être capables :
- e. d'installer le bébé au sein dans une position adéquate et ne pas éprouver de douleur pendant la tétée.
 - f. de mettre le bébé correctement au sein
 - g. d'indiquer quand leur bébé avale du lait
 - h. de mentionner que le bébé doit téter approximativement 8 à 12 fois par jour jusqu'à satiété.
 - i. d'indiquer ce que le bébé produira comme selles et urines en fonction de son âge (au moins 6 mictions par jour et 3 à 4 selles par jour à partir de J4).
 - j. d'énoncer les circonstances nécessitant d'appeler un médecin, et
 - k. de tirer manuellement leur lait.
25. Avant de rentrer chez elles, on donnera aux mères les noms et les numéros de téléphones des ressources locales qu'elles peuvent contacter pour de l'aide en matière d'allaitement, incluant (le groupe de soutien ou la ressource recommandée par «*Nom de l'établissement*»).
26. «*Nom de l'établissement*» n'accepte pas de recevoir gratuitement du lait industriel ou des substituts du lait maternel. Les paquets cadeaux offerts à toutes les mères par les services de maternité ou de néonatalogie ne contiendront pas de lait industriel, de biberon de lait industriel, de matériel ou de documentation portant le logo d'un fabricant de lait industriel.
27. Les professionnels de santé de «*Nom de l'établissement*» assisteront à des sessions de formation sur la conduite de la lactation et la promotion de l'allaitement, afin de s'assurer que toutes les mères qui souhaitent allaiter bénéficient d'informations correctes, actualisées, et cohérentes.

S'applique à

Toutes les mères allaitantes.

Exceptions

L'allaitement est contre-indiqué dans les situations suivantes :

- Mères séropositives pour le VIH dans les pays industrialisés (USA, Europe...);
- Mères utilisatrices de drogues illicites (par exemple cocaïne, héroïne), sauf accord formel du professionnel de santé qui suit l'enfant, donné au cas par cas ;
- Mères prenant certains médicaments. Bien que la plupart des médicaments qui sont en vente libre ou qui sont prescrits soient sans danger pour l'enfant allaité, certains médicaments pourront nécessiter une interruption de l'allaitement. Cela comprend les radio-isotopes, les antimétabolites, les chimiothérapies anticancéreuses et un petit nombre d'autres médicaments. Les références utilisées par «*Nom de l'établissement*» sont *Medication and mothers' milk*, de Thomas Hale¹⁶, *Breastfeeding: a guide for the medical profession* de RA Lawrence et RM Lawrence¹⁷, et la Déclaration de l'Académie Américaine de Pédiatrie sur l'excrétion lactée des médicaments¹⁸ ;
- Mères souffrant d'une tuberculose active non traitée ;
- Bébé souffrant de galactosémie ;
- Mère présentant des lésions d'herpès évolutives sur le ou les seins. L'allaitement pourra être poursuivi avec le sein non touché (le Service des Pathologies Infectieuses sera consulté en cas de pathologies infectieuses posant des problèmes particuliers) ;
- Mère souffrant de varicelle susceptible d'être infectieuse pour l'enfant, et
- Mères séropositives pour le HTLV-1.

Personnel concerné :

Médecins, puéricultrices, sages-femmes, auxiliaires de puériculture, aide-soignante, etc.

Documents utilisés :

Feuille de suivi du nourrisson

Feuille de suivi de la mère

Autres politiques de service autour de ce thème :

Politique n°

Autres références/ressources^{17,19-22}

Mise en place par :

Services ayant participé :

RÉFÉRENCES

1. U.S. Department of Health and Human Services. HHS Blueprint for Action on Breastfeeding. 1-31. 2000. Washington, DC, U.S. Department of Health and Human Services, Office on Women's Health.
2. The American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 1997;100:1035-39.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists and Committees on Health Care for Underserved Women and Obstetric Practice. Breastfeeding: Maternal and Infant Aspects. Queenan, J. T. 258, 1-15. 2000. Washington, DC, The American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Educational Bulletin.
4. The American Academy of Family Physicians. Family Physicians Supporting Breastfeeding: Breastfeeding Position Paper 2002. The American Academy of Family Physicians. Compendium of AAFP positions on selected health issues. At <http://www.aafp.org/policy/x1641.xml> . 2002. Kansas City, MO, The American Academy of Family Physicians.
5. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services (A joint WHO/UNICEF statement). *Int J Gynecol Obstet*. 1990;31:171-83.
6. Position of the American Dietetic Association: breaking the barriers to breastfeeding. *J Am Diet Assoc*. 2001;101:1213-20.
7. Academy of Breastfeeding Medicine Board of Directors. ABM Mission Statement. www.bfmed.org . 2003.
8. World Health Assembly. WHO/UNICEF Joint Statement. Meeting on Infant and Young Child Feeding. *Journal of Nurse-Midwifery*. 1980;25:31-38.
9. World Health Organization and United Nations Children's Fund. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. 1990. New York, NY, UNICEF.
10. Protocol Committee Academy of Breastfeeding Medicine, Cordes, R., and Howard, C. R. Clinical Protocol #3: Hospital Guidelines for the Use of Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Newborn. www.bfmed.org . 2002. Academy of Breastfeeding Medicine.
11. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, deBlicke EA, Oakes D et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cup feeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics*. 2003;111:511-18.
12. Howard CR, de Blicke EA, ten Hoopen CB, Howard FM, Lanphear BP, Lawrence RA. Physiologic stability of newborns during cup- and bottle-feeding. *Pediatrics*. 1999;104:t-7.
13. Marinelli KA, Burke G.S., Dodd V.L. A comparison of the safety of cup feedings and bottle feedings in premature infants whose mothers intend to breastfeed. *Journal of Perinatology*. 2001;21:350-355.
14. Protocol Committee Academy of Breastfeeding Medicine, Eidelman AI, Howard CR, Schanler RJ, Wight NE. Clinical Protocol Number 1: Guidelines for Glucose Monitoring and Treatment of Hypoglycemia in Breastfed Neonates. *ABM News and Views*. 1999;5:insert.
15. Protocol Committee Academy of Breastfeeding Medicine, Gartner, L., and Howard, C. R. Clinical Protocol #2: Guidelines for Hospital Discharge of the Breastfeeding Term Infant and Mother, 'The Going Home Protocol'.
16. www.bfmed.org . 2002. Academy of Breastfeeding Medicine.
17. Hale TW. Medications and Mothers' Milk. 10th ed. Amarillo, Tx: Pharmasoft Medical Publishing; 2002.
18. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: A guide for the medical profession. 5th ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 1999.
19. Committee on Drugs, The American Academy of Pediatrics. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*. 2001;108:776-89.
20. Protocol Committee Academy of Breastfeeding Medicine, Chantry, C., Howard, C. R., and McCoy, R. C. Clinical Protocol #5: Peripartum Breastfeeding Management for the Healthy Mother and Infant at Term. www.bfmed.org . 11-16-2002. Academy of Breastfeeding Medicine.
21. 2002. Academy of Breastfeeding Medicine.
22. Riordan JM, Auerbach KG. Breastfeeding and Human lactation. 1 ed. Boston, MA: Jones and Bartlett Publishers; 1993.
23. American Academy of Pediatrics. Redbook: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases. 26th ed. Elk Grove, IL: American Academy of Pediatrics; 2003.
24. Merewood A, Philipp BL. Breastfeeding: Conditions and Diseases. 1st ed. Amarillo: Pharmasoft Publishers; 2001.

Comité du Protocole

Caroline J Chantry, MD, Co-Chairperson. Cynthia R Howanrd, MD, MPH, Co-Chairperson. *Barbara L Philipp, MD

*Auteur principal.

Copyright 2003 de l'Academy of Breastfeeding Medicine, Inc.

Le développement de ce protocole a été financé en partie par une subvention du Maternal and Child Health Bureau, Department of Health and Human Services.