

BOSTON MEDICAL CENTER

Politique maternité et manuel de procédure.

ALLAITEMENT

OBJECTIF

Etablir et promouvoir une philosophie et une politique d'allaitement qui soit conforme aux «Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement»¹ de l'UNICEF/OMS. Cette politique s'appuie également 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 Humains², de l'Académie Américaine de Pédiatrie³, du Collège Américain d'Obstétrique et de Gynécologie⁴, de l'Académie Américaine des Médecins Généralistes⁵ et de l'Académie de Médecine de l'Allaitement⁶.

ARTICLES DE LA POLITIQUE DE SERVICE

1. Toutes les femmes enceintes recevront des informations et des conseils sur les avantages de l'allaitement.
2. Le souhait d'allaiter de la mère sera inscrit dans son dossier médical.
3. Le mode d'alimentation sera inscrit dans le dossier médical de chaque enfant. Les mères seront encouragées à allaiter exclusivement, sauf contre-indication médicale.
4. Tous les nourrissons, si l'état du bébé et de la mère est stable, seront placés en peau à peau contre leur mère et l'allaitement sera débuté dans l'heure qui suit la naissance.
5. 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.
6. 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. Les mères seront encouragées à assister aux réunions d'allaitement qui ont lieu dans le service. En cas d'indication clinique, le médecin ou l'infirmière pourra en

référer à un(e) consultant(e) ou à un spécialiste en lactation.

7. 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 accompagnée de déglutitions
 - c. la production de 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 ;
 - g. les circonstances nécessitant de contacter un médecin.

Ces points seront discutés avec les primipares et les multipares et revus avant la sortie de la mère.

8. L'installation du bébé et la prise du sein seront évaluées à chaque changement d'équipe.
9. 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 seront utilisés comme indicateurs du fait que le bébé est prêt à téter. Les bébés allaités seront aussi mis au sein la nuit.
10. 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.
11. 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 l'aide.

- de techniques alternatives d'alimentation (par exemple : alimentation à la tasse, biberon Haberman, alimentation au doigt, à la seringue). On ne mettra pas de biberons dans le berceau d'un bébé allaité. Cet établissement ne donne pas d'informations sur l'alimentation au lait industriel lors des réunions d'information.
12. Des sucettes ne seront pas données aux nourrissons allaités. Les enfants prématurés, admis en service de 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. La maternité du Boston Medical Center 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.
 13. Les nourrissons ayant des difficultés à réguler leur température (température axillaire <36,4° C) peuvent être amenés à leur mère pour téter (voir protocole sur la thermorégulation).
 14. Les nourrissons qui remplissent les critères indiqués dans la politique sur l'hypoglycémie néonatale se verront pratiquer des tests sanguins comme indiqué dans cette politique. 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 effectué⁷.
 15. Aucune mère en post-partum ne recevra de médicament destiné à couper le lait.
 16. 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.
 17. On n'utilisera pas en routine de bouts de sein ou de 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.
 18. 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, le tirage du lait avec un tire-lait électrique automatique, équipé d'un double kit de tirage, sera débuté et poursuivi toutes les 3 heures. Tout colostrum ou 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, le(a) consultant(e) en lactation du service sera consulté(e)⁸.
 19. 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. Un suivi, incluant une vérification du poids, sera prévu dans les 48-72 heures après le retour à domicile.
 20. Les mères qui sont séparées de leur bébé prématuré ou malade devraient :
 - a. être informées sur la façon d'utiliser un tire-lait électrique permettant un double tirage ; ces informations incluront la nécessité de tirer le lait toutes les 3 heures, pendant 15 minutes 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 d'étiqueter correctement le lait humain (se référer à la politique sur le contrôle des infections et sur la conservation du lait humain) et

- d. être aidées à se procurer un tire-lait électrique permettant un double tirage avant le retour à la maison.
21. Avant de quitter l'établissement⁸, les mères qui allaitent devraient savoir :
- h. installer le bébé au sein dans une position adéquate et ne pas éprouver de douleur pendant la tétée.
 - i. mettre le bébé correctement au sein
 - j. indiquer quand leur bébé avale du lait
 - k. indiquer combien de fois en 24 heures le bébé devrait téter
 - l. indiquer le nombre de selles que l'enfant devrait avoir chaque jour durant les deux premières semaines après le retour à la maison et
 - m. les circonstances nécessitant de contacter un médecin.
22. Avant de rentrer chez elles, on donnera aux mères les noms et les numéros de téléphone des ressources locales qu'elles peuvent contacter pour de l'aide en matière d'allaitement, incluant le BMC Breastfeeding Center Telephone Support Line (617-414-MILK) (Numéro de téléphone de l'hôpital où les mères peuvent recevoir des conseils)
23. Cette institution 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 bons pour du lait industriel, de matériel ou de documentation portant le logo d'un fabricant de lait industriel.
24. Les professionnels de santé du Boston Medical Center 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 ;
- Mères utilisatrices de drogues illicites (par exemple cocaïne, héroïne) ;

- 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 au Boston Medical Center sont *Medication and mothers' milk*, de Thomas Hale¹⁰,
- Mères souffrant d'une tuberculose active non traitée ;
- Bébé souffrant de galactosémie ;
- Mère présentant des lésions d'herpès évolutives sur le(s) sein(s). 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 la 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 :

Politique maternité et manuel de procédure.

Politique n° : 2.14 Titre : Hypoglycémie néonatale

Politique n° : 2.23 Titre : Régulation thermique du nouveau-né

Politique n° : 3.23 Titre : Conservation du lait maternel

Politique n° : 2.065 Titre : Allaitement des mères sous méthadone

Autres références/ressources : ¹⁰⁻¹⁴

Mise en place par : Le comité de politiques et de procédures de la maternité

Participants :

1. Personnel soignant
2. Personnel référent allaitement
3. Pédiatres
4. CLIN

RÉFÉRENCES

1. World Health Organization, Family and Reproductive Health, Division of Child Health and Development. *Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding*, Revised Ed. WHO/CHD/98.9. Geneva: World Health Organization; 1998
2. US Department of Health and Human Services, Office on Women's Health. *HHS Blueprint for Action on Breastfeeding*. Washington, DC: Department of Health and Human Services; Office on Women's Health; 2000.
3. American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 1997;100(6):1035-39.
4. American College of Obstetrics and Gynecology. Breastfeeding: Maternal and Infant Aspects. *Educational Bulletin* 2000;258:1-16.
5. American Academy of Family Physicians. Family Physicians Supporting Breastfeeding. *Breastfeeding Position Paper* 2002; Available at:<http://www.aafp.org/policy/x1641.xml>.
6. Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Mission Statement. 191 Clarksville Road, Princeton Junction, NJ 08550(abm@bfmed.org):877-836-9947.
7. Academy of Breastfeeding Medicine. Clinical Protocol Number 1: Guidelines for Glucose Monitoring and Treatment of Hypoglycemia in Term Breastfed Neonates. *ABM News and Views* 1999;5(2):12-13.
8. Academy of Breastfeeding Medicine. Clinical Protocol Number 3: Hospital Guidelines for the Use of Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate. *ABM News and Views* 2002;8(2):10-11.
9. Academy of Breastfeeding Medicine. Clinical Protocol Number 2: Guidelines for Hospital Discharge of the Breastfeeding Term Newborn and Mother. *ABM News and Views* 2002;8(1):2-5.
10. Hale T. *Medication and Mothers' Milk*. 9th ed. Amarillo: Pharmasoft Publishing; 2000.
11. American Academy of Pediatrics, Pickering LK ed. *Redbook: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 26th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2003.
12. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*. 5th ed. St. Louis: Mosby; 1999.
13. Merewood A, Philipp BL. *Breastfeeding: Conditions and Diseases*. 1st ed. Amarillo: Pharmasoft Publishers; 2001.
14. Riordan J, Auerbach KG. *Breastfeeding and Human Lactation*. 2nd ed. Sudbury: Jones and Bartlett; 1999.
15. Academy of Breastfeeding Medicine. Clinical Protocol Number 5: Peripartum Breastfeeding Management for the Healthy Mother and Infant at Term. *ABM News and Views* 2003;9(1):2, 6-7. Section 2.0