

Prématurité et allaitement

26 Pourquoi l'allaitement maternel est-il important pour le prématuré ?

28 Le chemin vers le sein d'un prématuré

30 Nourrir un bébé prématuré : avec quel lait, comment, quand ?

33 Accompagner le prématuré et sa famille

35 Pour aller plus loin

■ ■ ■ Allaiter un prématuré, quel que soit son terme de naissance, c'est possible, et c'est bon pour lui et sa maman. Le chemin vers le sein sera plus ou moins rapide, et passera par beaucoup de contact et de patience.

Les bénéfices de l'allaitement maternel pour le bébé et sa mère sont bien établis et connus. Ils sont valables pour un bébé né à terme, et le sont encore plus pour un bébé né prématurément ou avec un petit poids de naissance.

De manière générale, et encore plus en cas de prématurité, les idées reçues ont la vie dure quand on parle d'allaitement maternel. Pourtant, depuis longtemps, plusieurs équipes de par le monde ont réalisé des études scientifiques et ont

montré qu'un bébé prématuré pouvait être allaité dès sa naissance, en adaptant les pratiques à ses possibilités et à son état de santé. D'autres pratiques comme le portage et les soins de développement apportent, avec l'allaitement maternel, toutes les chances au bébé prématuré de se développer le mieux possible et de créer un lien d'attachement avec ses parents. ■

DOSSIER RÉALISÉ PAR MARTINE VERGNOL,
CONSULTANTE EN LACTATION IBCLC

Avertissement :

Ce dossier décrit des pratiques nouvelles, mises en place par de nombreuses équipes soignantes. Plusieurs équipes de recherche publient depuis de nombreuses années sur le sujet, par exemple l'équipe de Kerstin Hedberg Nyqvist (Suède), de Paola Meyers (Etats-Unis) et Nils Bergman (Afrique du Sud). Les âges proposés sont à titre indicatif, pour donner un ordre de grandeur. Il convient de déterminer en partenariat avec l'équipe soignante, la meilleure conduite à tenir, en fonction des données individuelles du bébé et de sa mère, et des désirs de sa famille.

■ ■ ■ QUELS BÉNÉFICES ?

Pourquoi l'allaitement mater pour le prématuré ?

De part sa naissance prématurée, le bébé n'a pas encore atteint le niveau de maturité d'un bébé né à terme. Le lait maternel, et le fait de le proposer au sein, jouent un rôle important pour accompagner le bébé dans son développement, au jour le jour et à plus long terme. Le contact avec sa mère et son père (s'il pratique aussi le peau à peau) aide également le bébé à tisser un lien d'attachement fort avec ses parents.

Le métabolisme du prématuré n'est pas mature. Il possède par exemple moins d'enzymes digestives et a plus de mal à digérer les composants complexes comme les lipides. Le lait maternel contient, lui, beaucoup d'enzymes, par exemple des lipases, qui vont aider le bébé à digérer les graisses.

Le prématuré est plein de ressources, et n'attend que l'occasion d'apprendre à têter et de s'entraîner au sein.

Le fonctionnement de certains organes n'est pas encore optimal. Le foie et les reins, par exemple, sont immatures. Le lait maternel génère peu de déchets, ce qui évitera de surcharger foie et reins. L'estomac est aussi moins réactif et ses sphincters (les muscles du haut et le bas de l'estomac) se ferment moins hermétiquement. Ceci provoque souvent des remontées acides dans l'œsophage (ou RGO, reflux gastro-œsophagien). Le lait maternel, de par sa digestibilité, reste peu de temps dans l'estomac, et a donc moins d'occasions de remonter vers l'œsophage. Et quand c'est le cas, il est peu irritant.

Au sein, le prématuré maîtrise facilement la séquence succion/déglutition/respiration et le flot de lait. Ceci permet de limiter le stress et la fatigue du bébé, et de diminuer les variations néfastes de certains paramètres physiologiques (oxygénation du sang, rythme cardiaque, respiration).

Le prématuré n'a pas pu bénéficier du transfert d'anticorps provenant de sa mère dans les dernières semaines de grossesse. De plus, son système immunitaire n'a pas encore la maturité d'un bébé à terme. Le lait maternel



➤ Témoignage

"Juste après l'accouchement, la sage-femme est revenue avec mon bébé et l'a posé sur moi. Il s'est mis à têter tout de suite. Mais il ne tétait pas très efficacement, sa mâchoire semblait coincée. L'ostéopathe l'a vu et à la tétée suivante, je ne l'ai pas reconnu tant il tétait efficacement. À chaque tétée, une puéricultrice venait m'aider à le mettre au sein, jusqu'à ce que je me sente à l'aise toute seule. Dès que j'ai utilisé le tire-lait, il a été complété avec mon lait. Une semaine après sa naissance, il était allaité en exclusif. Depuis que je suis sortie de la maternité, je viens tous les jours passer la journée avec mon bébé, apporter le lait que j'ai tiré et du linge avec mon odeur."

Témoignage recueilli 17 jours après la naissance de Timothée, né à 34 SA + 5 jours.

nel est-il *important*

diminue le risque de maladie infectieuse de 43 % par rapport aux bébés nourris avec du lait artificiel (Hylander, Pediatric 1999). Il contient en effet de nombreux facteurs de défense et d'autres favorisant une colonisation bactérienne optimale du tube digestif. La présence de cette flore intestinale permet également de réduire les risques d'allergie (Lucas, BMJ 1990) et la prolifération de germes nocifs.

Le lait maternel, par exemple, diminue le risque d'entérococolite ulcéronécrosante (ECUN), affection grave du tube digestif touchant surtout les prématurés. L'ECUN est 6 à 10 fois plus fréquente chez les prématurés nourris au lait artificiel (Lucas, Lancet 1990).

L'allaitement maternel permet également au bébé d'obtenir des anticorps, le défendant contre les microbes que sa mère rencontre. Les germes familiaux étant moins virulents que les microbes rencontrés à l'hôpital, le bénéfice est grand quand la mère allaite et est très souvent en contact avec son bébé hospitalisé.

Le lait maternel apporte au bébé prématuré des substances lui permettant de poursuivre son développement dans les meilleures conditions. Les acides gras à très longues chaînes, la taurine, des agents antioxydants par exemple, améliorent les fonctions neurologiques et visuelles du prématuré (Hylander, J. Perinatol 2001).

Le bébé doit également avoir une croissance corporelle importante. Il a besoin par exemple de beaucoup de protéines, de vitamine D, calcium, phosphore et fer. Le lait maternel apporte ces éléments en quantité limitée, mais ces derniers sont particulièrement bien assimilés. Selon son terme, il est parfois nécessaire de donner ces substances au prématuré en plus du lait maternel. ■

👉 **Témoignage**

"Le jour de sa naissance, Angelina a été transférée en soins intensifs. Elle y est restée 10 jours, nourrie par gavage. Elle est revenue à la maternité ensuite. Dans la demi-heure suivant son arrivée, elle était au sein et tétait très bien. Comme je ne pouvais pas la toucher les premiers jours, j'ai commencé à tirer mon lait pour lancer la lactation : avec un tire-lait électrique à l'hôpital et un tire-lait manuel à la maison, toutes les 4 h sauf la nuit. Elle a ainsi pu recevoir mon lait en gavage en soins intensifs après quelques jours, et à la maternité pour les compléments après les tétées. Depuis que je suis sortie de la maternité, elle boit la nuit à l'aide d'une seringue ou au DAL au doigt. Des biberons ont ensuite été essayés. Mais elle avalait de travers, régurgitait, on voyait bien qu'elle ne gérait pas du tout le flux de lait venant du biberon. Malheureusement, depuis ces essais, elle tète moins bien au sein. Elle est repassée au DAL au doigt et sa succion s'améliore peu à peu. Elle est encore complétée avec mon lait après les tétées en ce moment, mais je sens que sa succion s'améliore avec le temps. J'ai été très surprise des différences de discours entre les deux structures hospitalières. Lors des soins intensifs, on nous avait dit qu'elle devrait atteindre 36 SA pour pouvoir téter, sa succion/déglutition n'étant pas mature avant. Alors qu'en lui proposant le sein à la maternité, elle a su très bien téter à 10 jours de vie."

Témoignage recueilli 25 jours après la naissance d'Angelina, née à 33 SA + 1.



Polémique autour du QI

Deux sujets sont souvent débattus autour du développement cognitif (souvent appelé rapidement QI).

L'allaitement maternel a-t-il un impact sur le QI des enfants ?

De nombreuses équipes ont étudié le développement cognitif de bébés, de la naissance à plusieurs années. Les résultats montrent un impact positif du lait maternel sur les bébés. Cet effet est d'autant plus marqué que le bébé est né avant terme. Pour un bébé né à terme, une augmentation de 3 points de QI pourra être quasiment invisible. Pour un bébé né prématurément, une augmentation de 8 points de QI pourra se faire sentir dans la vie de cet enfant.

L'effet vient-il du contact avec sa mère ou du lait maternel ?

Il est certain que le contact engendré par l'allaitement maternel améliore les compétences du bébé. Toutefois, des études ont clairement montré que le lait maternel de la mère a un effet positif à lui seul, indépendamment d'autres facteurs psycho-sociaux. L'équipe de Lucas par exemple (Lucas, Lancet 1992) a montré cet impact en nourrissant par gavage des prématurés avec du lait maternel ou du lait artificiel pour prématuré. De plus, cet effet est dose-dépendant, c'est-à-dire que plus le bébé reçoit de lait maternel en quantité et en durée, plus l'effet est important.

■ ■ ■ COMMENT Y PARVENIR ?

Le chemin **vers le sein** d'un **p**

Quand on évoque l'allaitement d'un bébé, on l'imagine sachant téter efficacement, et suffisamment pour subvenir à ses besoins vitaux de cette manière. Pour un bébé né prématurément, c'est l'objectif. Mais le chemin est plus ou moins long, plus ou moins direct. Par contre, ce chemin se fait avec le sein et le lait maternel, et non en attendant une soi-disante maturité de la succion pour autoriser les tétées au sein.

Quand on regarde la première tétée d'un bébé né à terme, en bonne santé, suite à un accouchement respectueux, voilà ce que l'on observe très souvent.

Le bébé posé sur sa mère observe attentivement et calmement. Il commence à faire de petits mouvements de succion, lèche et suce son poing. Il se met ensuite à ramper vers la zone sombre de l'aréole et atteint le sein. Une fois arrivé, il attrape le sein avec sa main et lèche son poing. Puis il pose sa bouche sur le sein et lèche le mamelon. Il attrape le sein, le relâche, tente quelques déglutitions, relâche le sein. Et puis finalement, prend le sein, déglutit et tète efficacement un moment.

Ce chemin se fait généralement dans les deux premières heures suivant la naissance, ou dans les heures qui suivent, dès que le bébé est prêt.

Dans le cas d'un prématuré, ce chemin vers le sein prend généralement plus de temps : de quelques jours à plusieurs semaines. L'état de santé contraint souvent à repousser cette première rencontre. Dès que le bébé est stabilisé, le chemin vers le sein peut commencer. Plusieurs équipes, en Suède et en Afrique du Sud, ont montré que le cap des 34 SA pour commencer les mises

au sein n'a aucun fondement. Au contraire, plus ce contact est précoce, et plus le bébé a l'occasion de s'entraîner au sein, plus il sera rapidement efficace. La maturité de la succion au sein dépend en fait de plusieurs critères : le terme à la naissance, l'âge de vie du bébé et son état de santé.

Le chemin vers le sein peut se décrire en trois étapes. L'âge proposé pour débiter ces différentes phases est indicatif. Un prématuré fait souvent aussi des retours en arrière, puis reprend sa progression. Au final, pour apprendre à téter efficacement au sein, il mettra plus ou moins de temps :

Terme du bébé	Temps pour apprendre à téter efficacement
À terme (40 SA)	1-2 jours
36-39 SA	5 jours
34-36 SA	1-2 semaines
33-35 SA	2-4 semaines
30-32 SA	6-8 semaines

Comment déterminer le moment où les compléments peuvent être diminués ?

L'observation attentive des tétées permet de déterminer si le bébé maîtrise la technique de succion au sein et si le transfert de lait se fait effectivement. Par contre, cela ne suffit pas pour évaluer les quantités de lait absorbées. Pour un bébé né à terme, l'observation des selles, des urines et de signes cliniques peut suffire. Chez un petit prématuré incapable de contrôler ses apports, le temps d'observer ces signes ou de voir l'évolution de son poids peut être trop long, son état de santé étant encore facilement perturbé. Il est alors possible de pratiquer une double pesée : le bébé est pesé sur une balance électronique de précision, avant et après la tétée, et ce pour toutes les tétées sur un laps de temps long (par exemple, 24 h). Le volume de lait global pris sur 24 h peut alors être connu précisément. Ceci per-

met d'ajuster au mieux le volume de complément, ce qui donne au bébé l'occasion de prendre le maximum de lait directement au sein, et aux parents d'apprécier les progrès de leur bébé.

Comment passer d'une alimentation contrôlée à une alimentation à la demande ?

Le prématuré devient peu à peu capable de contrôler ce dont il a besoin. On peut alors le laisser téter à la demande, en lui proposant le sein dès qu'il est réveillé. On surveille alors ce qu'il boit avec le système de double pesée, et un point est fait toutes les 8 h, puis 12 h et 24 h selon l'efficacité du bébé. Si les objectifs ne sont pas atteints, le prématuré est alors complété. Quand le bébé montre qu'il est capable de s'autoréguler efficacement, un allaitement à la demande sans autre vérification que son état général, l'évolution de son poids et le suivi de ses selles et urines peut être adopté.

rématuré



Aider le bébé à téter au sein

La position d'allaitement en ballon de rugby permet à la mère et au bébé d'être bien installés : le bébé est en flexion au niveau des hanches et bien positionné face au sein, la mère a une bonne vue pour observer et surveiller la bouche et la succion de son bébé. Pour aider certains bébés à téter, un bout de sein en silicone, fin et bien ajusté, peut être utilisé quelques jours. Le bout de sein stimule l'intérieur de la bouche du bébé et l'incite à téter, ce qui limite son endormissement et augmente la quantité de lait bue au sein. Selon les besoins du bébé et sa capacité à gérer la tétée, il peut être nécessaire d'éviter un fort flux de lait pour ne pas gêner le prématuré. Il est alors possible de proposer au bébé de téter sur un sein partiellement vidé. Quand la succion du bébé est faible, on peut l'aider à obtenir davantage de lait en utilisant la technique de compression du sein et d'hyper-alternance.

1

Des tétées d'apprivoisement

Le bébé est très souvent en contact peau à peau avec sa mère, puis pose sa bouche contre le sein. La mère peut exprimer quelques gouttes de lait et le bébé peut lécher le sein, voire faire quelques mouvements de succion. La langue est alors une zone de plaisir. À ce stade, le lait maternel pris directement au sein ne nourrit pas le bébé. Ce dernier est nourri par d'autres moyens. Cette étape peut se faire entre 30 et 32 SA, voire même dès 26-27 SA si la méthode kangourou (voir page 34) est appliquée.

2

Des tétées d'apprentissage

En plus du comportement décrit pour la première étape, le bébé commence à chercher le sein activement. Quand il tète, il arrive à déglutir et maintient la séquence succion/déglutition/respiration 1 à 2 minutes. Puis il fait une pause et recommence un peu plus tard. La bouche devient une zone de plaisir. Le lait maternel pris au sein entre dans la ration nécessaire journalièrement, mais reste minoritaire et ne suffit pas. Le bébé continue à être nourri par d'autres moyens. Cette étape peut se faire entre 32 et 34 SA, voire entre 27 et 30/31 SA.

3

Des tétées nutritionnelles

Arrivé à ce stade, le bébé tète efficacement et suffisamment longtemps pour que le lait pris directement au sein représente une partie importante, voire l'intégralité de sa ration journalière. Des compléments peuvent être nécessaires, puis être réduits peu à peu jusqu'à arriver à un allaitement exclusif à la demande. La bouche est alors une zone de nutrition. Cette étape peut se faire à partir de 34 SA, voire 30/31 SA.

■ ■ ■ VOUS AVEZ DIT COMPLÉMENTS ?

Nourrir un bébé prématuré : ave

Quand il n'est pas encore possible d'allaiter exclusivement son bébé, d'autres méthodes d'alimentation sont mises en place. L'objectif est de répondre aux besoins du bébé sans mettre en péril le futur allaitement.

LE DÉVELOPPEMENT, DU COTÉ DU BÉBÉ

À partir de 15 semaines de grossesse (SA), le fœtus commence à faire des mouvements de succion et de déglutition. La motricité intestinale se met en place à partir de 24 SA, la coordination succion/déglutition à partir de 32 SA, et la mobilité œsophagique à partir de 34 SA. Si le bébé naît avant terme, il suit globalement cette évolution. Toutefois, comme il est soumis à d'autres stimuli que ceux in utero, l'évolution sera plus rapide. La capacité du bébé à téter au sein ne peut se déterminer qu'en l'observant au sein. Aucun autre moyen comme sa capacité à boire au biberon, sa manière de téter un doigt ou son poids corporel n'est indicatif.

Avant 28 SA, les intestins du bébé né prématurément ne sont pas immédiatement prêts à recevoir et digérer des aliments. Le bébé est nourri pendant quelques jours par l'intermédiaire d'une perfusion sanguine. Toutefois, proposer au bébé quelques millilitres de lait maternel chaque jour permet de stimuler les sécrétions digestives et la croissance/maturation des cellules intestinales, ainsi que de favoriser la mise en place d'une flore intestinale optimale. Quand le bébé peut se passer de perfusion, il n'est pas encore assez efficace pour avaler seul. Une sonde est généralement placée pour amener le lait directement dans l'estomac (voire les intestins chez les tout-petits prématurés). En permettant au bébé d'apprivoiser le sein et de s'entraîner à téter (même avec une sonde en place), quand son état de santé le lui permet, il acquiert peu à peu le réflexe de succion et la coordination de la séquence succion/déglutition/respiration.

LE DÉVELOPPEMENT, DU COTÉ DE LA MÈRE

Les seins se préparent à produire du lait pendant la grossesse, et ils sont prêts dès 17 SA. La fabrication du lait est alors simplement inhibée par la grossesse. La naissance et la sortie du placenta lèvent cette inhibition, et le lait est fabriqué, quel que soit le terme de naissance du bébé. Le lait produit à la naissance est du colostrum, puis il change de composition avec la montée laiteuse. Par contre, le lait produit par une mère ayant accouché avant 33 SA est légèrement différent de celui d'une mère ayant accouché à terme. Un peu comme si la phase initiale du colostrum se prolongeait au-delà des quelques jours habituels. Ce lait maternel "pré-terme"

est particulièrement adapté aux besoins du prématuré, de par ses composants et la concentration de ces éléments (le bébé buvant des volumes moindres au début). Après 3-4 semaines, le lait pré-terme évolue peu à peu pour reprendre, 60 jours après la naissance, une composition similaire à celui d'une mère ayant accouché à terme. Ce lait pré-terme est par exemple plus riche en protéines, lipides (donc en calories), en vitamine A, E et D, en calcium, cuivre et zinc. Par contre, comme le bébé tète moins efficacement et de plus faibles volumes, il est essentiel que la mère lance sa production en exprimant elle-même son lait. Le surplus de

Pour donner des compléments au bébé, d'autres moyens sont efficaces et évitent de perturber la succion au sein.



C quel lait, comment, quand ?

lait peut être conservé plus ou moins longtemps selon la méthode de conservation.

QUEL LAIT CHOISIR ?

Le lait maternel de sa mère, par sa composition, est le plus approprié pour le prématuré. Une liste a été établie donnant un ordre de choix du lait utilisé pour un prématuré quand il doit être donné autrement qu'au sein (échelle ci-contre).

Selon son terme, il arrive que le prématuré ait besoin pendant quelques semaines d'un lait plus riche, en un volume minimum. Certaines équipes choisissent de proposer au bébé un lait maternel enrichi artificiellement en protéines, graisses, vitamines et minéraux, ou donnent ces suppléments indépendamment du lait. D'autres équipes (Griffin, J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2000) préfèrent enrichir le lait maternel en graisse en utilisant le lait de fin de tétée (de fin de vidange alvéolaire plus pré-cisément), plus riche en

graisses, ou en donnant en priorité au bébé la partie du lait maternel qui surnage dans le flacon après un moment de repos (contenant davantage de graisses). Il n'y a ainsi qu'à compléter le bébé en vitamines et minéraux si nécessaire.

Suite page 32 ➔

- +
- Lait maternel frais de la mère, exprimé depuis moins de 4 h
- Lait maternel frais de la mère, exprimé depuis moins de 24 h
- Lait maternel de la mère congelé
- Lait maternel de la mère pasteurisé
- Lait maternel pasteurisé d'une autre mère, ayant accouché avant 33 SA, et 10 à 23 jours après l'accouchement
- Lait maternel pasteurisé d'une autre mère, ayant accouché avant 33 SA, et 24 à 60 jours après l'accouchement
- Lait maternel pasteurisé de lactarium (mélange de laits maternels provenant de mères ayant accouché à terme ou prématurément)
- Lait maternel lyophilisé de lactarium (mélange de laits maternels provenant de mères ayant accouché à terme ou prématurément)
-
- Lait artificiel pour prématuré

Comment lancer la lactation et l'entretenir ?

Le bébé prématuré, même mis au sein rapidement, n'est souvent pas capable de téter efficacement, et, s'il l'est, ne boit pas des volumes importants de lait au sein. Or, une fois la lactation activée par la naissance, ce sont la succion efficace et le lait prélevé dans les seins qui lancent et entretiennent la lactation. Il est alors essentiel de prendre le relais en exprimant son lait. De plus, une production de lait importante aidera le bébé à prendre du poids, car sa succion est souvent plus faible.

Des équipes ont montré que l'idéal est que la mère arrive à exprimer au moins 500 à 750 ml de lait par 24 h après les 2 semaines suivant la naissance (comprenant le lait que son bébé boit directement du sein si c'est le cas). Pour ce faire, les tirages doivent commencer le plus tôt possible (dans les 12 h suivant la naissance, ou dès que l'état de santé de la mère le permet). La mère devrait exprimer son lait sur les 2 seins au moins 6 fois par jour, voire même 8-10 fois si elle y arrive, dont une fois la nuit au moins pendant les 2 à 4 premières semaines. La production étant bien au-delà des besoins du bébé à ce moment-là, le lait peut être conservé de différentes manières. Ces réserves permettent également de faire face aux éventuelles baisses de lait ponctuelles.

Si ces objectifs ne sont pas atteints, il est toujours possible d'augmenter la production ultérieurement, mais l'effort à fournir sera probablement plus important.

De bonnes conditions pour exprimer son lait aideront la mère (son bébé contre elle ou à proximité, des photos et du linge du bébé, une atmosphère calme et non stressante) ainsi qu'un matériel adapté. Un tire-lait électrique professionnel, double pompage, avec des têtes adaptées à la taille des mamelons, permet une efficacité maximale en un temps minimum et un bon confort. Une expression manuelle peut aussi être utilisée en association avec le tire-lait, surtout dans les premiers jours.

→ Suite de la page 31

COMMENT DONNER LE COMPLÉMENT DE LAIT ?

Quand le bébé ne prend pas l'intégralité de sa ration directement au sein, les autres moyens utilisés pour le nourrir doivent perturber le moins possible sa succion et la lactation. Les sensations que le bébé a au niveau de sa bouche peuvent avoir un impact sur sa manière d'accepter le sein. Quand le bébé est nourri par sonde, certaines équipes préfèrent la faire passer par le nez plutôt que par la bouche. Cela ne gêne pas le bébé, ni pour respirer, ni pour téter, et lui permet de conserver des sensations agréables au niveau de la bouche.

Quand la mère est présente, il est possible de proposer le complément de lait directement au sein quand le bébé tète, avec un système d'aide à la lactation (DAL, voir encadré).

Les avantages sont multiples :

- le bébé au sein s'exerce à téter, boit du lait maternel provenant directement du sein, puis via le DAL si nécessaire
- le contact, la succion et le lait bu par le bébé stimulent la lactation.

Quand la mère n'est pas présente ou que le DAL n'est pas utilisable, le bébé peut boire du lait grâce à d'autres systèmes :

- à la tasse : le bébé lape le lait dans un petit récipient, en position semi-assise. Cette technique peut être difficile à maîtriser et longue pour des volumes de lait plus importants.
- au doigt : le fin tuyau du DAL est posé sur un doigt qui est donné à téter au bébé.
- d'autres systèmes comme une pipette, une seringue (sans aiguille), voire même une cuillère (pour de faibles volumes) peuvent être utilisés.

Dans de nombreuses études, l'utilisation du biberon est liée à des taux d'allaitement plus faibles et à un pourcentage d'allaitement exclusif moindre.

Parmi les causes, on cite un impact sur la succion du bébé au sein, ainsi qu'une perte de la confiance en elle de la mère. ■



Le DAL (dispositif d'aide à la lactation) est composé d'un flacon permettant de réguler le débit où l'on place le lait et d'un très fin tuyau, une extrémité dans le lait, l'autre fixée sur le mamelon de la mère ou sur le doigt.

Sur ce principe, Medela vend un "Set de Nutrition Supplémentaire" (<http://www.medela.ch> puis sélectionner votre pays. Pour la France, tél : 01 69 16 10 30).

Un autre système appelé Lact-aid est également disponible (<http://www.lact-aid.com>).

Un système "maison" peut aussi être fabriqué pour une utilisation plus ponctuelle, avec un fin tuyau (une sonde) et un flacon ouvert. Le débit de lait est alors modifié en levant ou baissant le flacon de lait par rapport au bébé.

Accompagner le prématuré et *sa famille*

Devant cette naissance avant l'heure et l'hospitalisation de leur bébé, les parents sont assaillis d'émotions diverses, parfois même opposées. Créer un lien d'attachement avec leur bébé peut être plus difficile et long. Le contact peau à peau et les soins kangourou, l'allaitement maternel, l'utilisation des soins de développement (NIDCAP) permettent aux parents de s'investir et de s'attacher à leur bébé, même au sein de la structure hospitalière. L'équipe soignante joue alors un rôle important, pour accompagner cette famille et permettre aux parents de prendre une part active aux soins et à l'alimentation de leur bébé.

Entretien avec le Dr Leyronnas, pédiatre néonatalogiste et réanimateur. Maternité de l'Hôpital Privé d'Antony (92), maternité niveau II A

Comment avez-vous aménagé l'environnement de votre service de néonatalogie pour le rendre accueillant ?

Nos chambres mère-enfant sont des chambres individuelles. Un incubateur est également placé dans la chambre de la mère, ce qui permet à celle-ci de rester près de son bébé, et d'utiliser l'incubateur selon ses souhaits. Si la mère a des difficultés pour se déplacer (en cas de césarienne, par exemple), l'équipe est disponible pour l'aider à s'occuper elle-même de son bébé au maximum. Malheureusement, il est difficile pour les mères de rester hospitalisées avec leur bébé plus des 7-8 jours pris en charge. Leurs visites sont alors facilitées : le service est ouvert aux mères et pères 24h/24, ainsi qu'aux frères et sœurs du bébé. Une salle est aménagée agréablement pour per-

mettre aux familles de rester avec leur bébé et de le nourrir.

Quelles pratiques avez-vous mises en place pour aider la mère et son bébé à se rencontrer ?

Nous mettons tout en œuvre pour limiter les séparations mère/enfant, afin de respecter le désir des mères, d'autant plus que les bébés qui restent chez nous n'ont pas besoin d'être transférés dans une autre structure à cause de leur état de santé. Le bébé reste dans la chambre de la mère, même la nuit. Si la mère en fait la demande, le bébé peut être pris en charge une partie de la nuit (sans manquer plus d'une tétée). Du peau à peau est proposé le plus tôt possible après la naissance à la mère et au père. Les parents s'occupent de leur bébé au maximum dès qu'ils sont présents (change, alimentation, bain, participation aux soins).

Comment favorisez-vous l'allaitement maternel ?

Nous proposons à la mère de mettre son bébé au sein dès la naissance pour un bébé né à 33-34 SA, ou dès que l'état de santé du bébé le permet. Les compléments ne sont pas systématiques, même s'ils sont souvent nécessaires le temps que le bébé sache téter efficacement. L'équipe est présente pour aider les mises au sein, jusqu'à ce que la mère se sente en confiance. Pour compléter, et selon les désirs des parents, le lait est donné à la seringue ou au DAL au doigt, ceci afin d'éviter de perturber l'allaitement et la succion au sein. La mère est encouragée à exprimer son lait pour le donner à son bébé après les tétées quand c'est nécessaire, ou pour qu'il soit donné par l'équipe soignante quand la mère est absente.



→ Suite de la page 33

Entretien avec Isabelle Petit, infirmière puéricultrice - consultante en lactation IBCLC. Centre Hospitalier de Valenciennes (59) - Service de Néonatalogie - Pôle mère-enfant - Maternité de niveau III.

Vous avez mis en place le système de Soins kangourou (KMC). En quoi cela consiste-t-il ?

Notre unité Kangourou a vu le jour en février 2005. Globalement, elle concerne les enfants nés à un terme compris entre 33 et 35 SA qui ne nécessitent ni oxygénothérapie, ni surveillance par monitoring cardio-respiratoire. La particularité de cette unité est qu'elle s'inspire de la méthode colombienne et utilise ainsi le portage peau à peau comme technique de soins. Bébé est posé nu (il a juste une couche et un bonnet) contre la peau nue de sa maman, les jambes écartées sous les seins maternels, les joues et les bras reposent sur le thorax. Il est maintenu tout contre sa mère à l'aide d'un bandeau de portage, ce qui permet sécurité et liberté de mouvement. Il est ainsi porté au moins 12h/24. Le portage s'adresse aussi au papa qui apprécie de relayer sa compagne. Il est tout à fait possible (et même encouragé) de porter bébé 24h/24 ; toutefois, la personne qui s'endort avec bébé doit être en position semi-assise (jamais à plat). Nous encourageons les parents à se rencontrer pour discuter de leur vécu (une tisanerie et un salon sont à leur disposition). Cela prévient l'isolement, en particulier des mamans qui passent parfois plusieurs semaines en unité kangourou. Ces rencontres sont autant d'occasions de rappeler les bénéfices de la méthode.

Quels en sont les bénéfices ?

L'observation d'un bébé en peau à peau permet de constater combien sont importants les bénéfices que chaque membre de la triade mère-enfant-père en tire. Outre le fait que bébé maintient sa température (d'autant plus que les seins d'une femme allaitante ont un rôle de "thermostat"), il passe de longues périodes à dormir paisiblement, avec une respiration calme, bercé par les mouvements de celui qui porte. Les pleurs sont rares : bébé se sent en sécurité. L'absence de stress et le maintien de sa température lui permettent d'utiliser son énergie pour se développer. Aucune infection nosocomiale n'a été observée depuis la création de l'unité.

Du côté des parents, ils sont eux aussi moins stressés, se sentent très investis. Cela favorise l'attachement. Ils prennent soin de leur bébé jour après jour, avec rapidement beaucoup d'aisance, et n'appréhendent pas le retour à la maison, même si bébé est encore très petit. Certaines mamans témoignent d'une impression de "poursuivre et d'achever leur grossesse". Pour beaucoup, cette méthode permet de panser les blessures liées à la culpabilité d'avoir accouché prématurément. À plus long terme, les parents restent très à l'écoute des besoins de



Âgé de 9 jours, Loïc est porté par sa maman et son papa dans un bandeau en peau à peau depuis sa naissance. Il fait quelques mouvements de succion au sein malgré la sonde de gavage. (Né à 31 SA à 1,640 kg).

leur enfant et sont aussi moins anxieux à la maison. D'ailleurs, ils ne téléphonent dans le service que rarement. Le portage se prolonge souvent et beaucoup de mamans apprécient ensuite l'écharpe quand elles ont été rassurées sur le fait que le portage répondait à un besoin du bébé et non à un caprice ! Une information ("mini-atelier") leur est donnée sur le sujet au cours de leur séjour.

Quels sont les avantages du KMC pour l'allaitement ?

Bébé est en permanence près du sein, il peut donc téter très souvent. Plus il tète, mieux il sait téter. De plus, un bébé beaucoup porté en peau à peau est vigoureux dans ses phases d'éveil parce qu'il a un sommeil réparateur. L'éjection du lait est facilitée par le contact qui favorise la lactation : les mamans sentent les "montées de lait", et dès que bébé commence à bouger, le lait se met à couler. Les hormones de la lactation jouent leur rôle ! Bébé va progressivement se réveiller pour téter en fonction de ses besoins (environ 10 à 12 tétées/24 h). Bien toléré, le lait maternel entraîne peu de régurgitations et la courbe de poids prend très vite une allure ascendante, ce qui amène à un retour plus rapide à la maison.

L'un de nos objectifs en créant cette unité était de favoriser l'allaitement. Beaucoup de mamans allaitent à la sortie parce que le peau à peau est un véritable passeport pour l'allaitement maternel.

L'accompagnement des professionnels est important tout au long du séjour : information et soutien, aide aux positions d'allaitement et autres stratégies, expression du lait, tenue d'un journal de bord, etc.

Ce qui nous a le plus surpris, c'est l'augmentation de la durée de l'allaitement à la sortie du service : 3, 4, voire 6 mois d'allaitement exclusif - même pour des jumeaux - chez des parents qui au départ n'avaient envisagé d'allaiter leur bébé que quelques temps, juste parce qu'il était né prématurément. D'après leur témoignage, il semble que tous en tirent une grande satisfaction. ■

Pour aller plus loin

PEAU À PEAU ET LES SOINS KANGOUROU (KMC)

Association Sparadrap

48 rue de la Plaine 75020 Paris.

<http://www.sparadrap.org>.

Cette association propose un livret "Peau à peau avec votre bébé prématuré" et une vidéo "La méthode kangourou".

Association Mères-kangourou

(<http://meres-kangourous.ifrance.com>)

Vend des bandeaux de portage.

"La méthode "Mère-kangourou" - Guide pratique (KMC)"

Livret réalisé par l'OMS (2004), disponible sur leur site web à la vente, ou téléchargeable sur :

<http://www.who.int/reproductive-health/publications/fr/kmc>

Bébés kangourous : Materner autrement

De Nathalie Charpak, Georges Charpak. Éditions Odile Jacob (2005)

La méthode kangourou

De Nathalie Charpak, Zita de Calume, Annick Hamel. EME Éditions Sociales Françaises (1996)

PRÉMATURITÉ ET ALLAITEMENT

L'enfant prématuré

de Henriette Bloch, Pierre Lequien, Joëlle Provasi. Éditions Armand Colin (2003)

Le grand livre du bébé prématuré

Tomes 1 et 2, ouvrage collectif. L'Hôpital Sainte-Justine (2002)

Adrien ou la Colère des bébés

De Jean-Pierre Relier. Éditions Robert Laffont (2002)

Cahier de l'allaitement n°3 - En néonatalogie.

La Leche League France (2002)

L'allaitement de l'enfant prématuré

Du Dr Gisèle Gremmo-Feger. Article publié dans "Allaiter Aujourd'hui" (juin 2002). Disponible sur <http://www.connaître.net>

De nombreux articles disponibles en ligne sur le site de La Leche League France : <http://www.llf.fr>, mot clé "bébé prématuré".

ASSOCIATIONS DE SOUTIENS

Belgique : Centre d'Information, de Prévention et d'Accompagnement de la Prématurité (CIPAP)

Rue de la Genette 11, 5570 Beauraing.

<http://www.cipap.net>.

Canada : Association des parents d'enfants prématurés (APEP)

<http://www.colba.net/~apep>.

France : Association Bébés Avant Terme

Tél. : 01 55 04 76 83.

<http://bebe.avant.terme.free.fr>.

Sos Préma

Maison des associations 2 bis, rue du château 92200 Neuilly-sur-Seine. <http://www.sosprema.com>.

QUELQUES DÉFINITIONS

Niveau de prématurité :

- prématuré : bébé né avant 37 semaines d'aménorrhée (SA) révolues
 - grand prématuré : bébé né avant 32 SA révolues
 - très grand prématuré : bébé né avant 27 SA révolues
 - prématurissime : bébé né entre 23 et 24 SA révolues
- Remarque : dans ce dossier, le terme "prématuré" est utilisé indifféremment quel que soit le terme de naissance. Un bébé de petit poids de naissance (ou hypotrophe) a un poids de naissance inférieur à la courbe du 10^e percentile.

Structures accueillant les prématurés :

- maternité de niveau I : bébés bien portant
- maternité de niveau II : les bébés peuvent recevoir des soins de néonatalogie, mais pas de soins intensifs (IIA), ou certains soins intensifs (IIB)
- maternité de niveau III : les bébés peuvent recevoir des soins de néonatalogie, des soins intensifs, et des soins de réanimation néonatale.

Semaine d'aménorrhée (SA) : la grossesse se mesure en semaines. La première semaine de grossesse commence avec le premier jour des dernières règles.

Soins de développement (NIDCAP) : ces soins ont pour objectif d'améliorer le bien-être du prématuré et de considérer les parents comme des partenaires. Les moyens mis en œuvre sont déterminés pour chaque bébé. Par exemple : modifier l'environnement du bébé, adapter les pratiques hospitalières, respecter les rythmes du bébé, proposer du peau à peau avec les parents et soutenir l'allaitement maternel.