

UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage

**Formation à la technique d'Expression
Manuelle : soutien à l'allaitement chez les mères
de nouveau-nés prématurés**

Laetitia BOUTONNET

Née le 16 Mai 1989

Directeur de mémoire : Madame le Docteur GODON Nathalie

Année universitaire 2012-2013

REMERCIEMENTS

Je remercie le Docteur Nathalie Godon pour son soutien tout au long de ce travail, pour son aide, et sa disponibilité.

Je remercie Madame Collin, sage-femme enseignante pour son soutien, sa disponibilité et ses corrections apportées.

A Monsieur Branger, pour ses explications et son aide.

A Madame Lanet, puéricultrice référente du Lactarium du CHU de Nantes.

A tous les professionnels de santé ayant participé à ce projet.

A ma famille.

A mes amis.

GLOSSAIRE

SA : Semaine d'Aménorrhée

NIDCAP: Neonatal Individualized Developmental Care and Assesment program

PN : Poids de Naissance

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

RSN : « Réseau Sécurité Naissance – Naître Ensemble » des Pays de la Loire

Ig : Immunoglobulines

NN : Nouveau-né

AM : Allaitement maternel

ASHQ : Agent des Services Hospitaliers Qualifiés

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : Généralités	3
1. La prématurité.....	3
1.1 Définitions.....	3
1.2 Epidémiologie.....	3
1.3 Principales conséquences de la prématurité.....	4
1.4 Admissions des prématurés dans les unités de soins.....	4
2. Allaitement maternel et la prématurité.....	5
2.1 Définitions.....	5
2.2 Enjeux spécifiques de l'allaitement maternel.....	5
2.3 Le colostrum : un lait à part, de l'« or liquide ».....	7
2.3.1 Production.....	7
2.3.2 Composition.....	8
2.4 Difficultés d'alimentation liées à la prématurité	10
2.4.1 Immaturité du réflexe de succion-déglutition.....	10
2.4.2 Nutrition parentérale et entérale	11
3. Initiation et conduite de l'allaitement maternel dans un contexte de prématurité...	12
3.1 Situation épidémiologique en France	12
3.2 Initiation de la lactation : intérêt de l'expression manuelle.....	12
3.2.1 Rappels sur la physiologie de la lactation	13
3.2.2 Extraction manuelle du lait maternel : la technique Marmet	14
4. Don dirigé de colostrum cru aux nouveau-nés prématurés hospitalisés.....	16
4.1 Conséquences de la pasteurisation.....	16
4.2 Réalisation pratique du don de colostrum cru	17
DEUXIEME PARTIE : L'étude (Population, méthode, résultats).....	19
1. Hypothèses.....	21
2. Objectifs.....	21
3. Présentation de l'étude	22
4. Matériels et méthode	23

5. Déroulement des séances de formation	24
6. Saisie et analyse des données	26
7. Résultats..	26
7.1 Etat des lieux des pratiques professionnelles.....	26
7.1.1 Au bloc obstétrical	27
7.1.2 Dans les services d'hospitalisations maternels : suites de couches et grossesses à haut risque	30
7.1.3 Dans les services de Néonatalogie : réanimation néonatale, soins intensifs et néonatalogie	35
7.2 Formation des soignants à la technique d'expression manuelle.....	40
7.3 Impact de la formation sur les pratiques professionnelles.....	41
8. Mères ayant fait l'expression manuelle en vue d'un don dirigé de colostrum	45
TROISIEME PARTIE : Discussion.....	46
1. Synthèse des résultats.....	46
2. Points faibles et points forts de notre étude.....	47
3. Importance de l'information et du soutien dans la réussite de l'allaitement.....	48
4. La formation initiale et continue des professionnels de santé	50
5. La première expression de lait, première stimulation mamelonnaire	51
6. Difficultés inhérentes à la mise en place de l'expression manuelle au sein des équipes.....	53
7. Le rôle de la sage-femme	55
CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

INTRODUCTION

Ces dernières années, les progrès de la médecine périnatale et les avancées scientifiques dans le domaine de la prématurité ont contribué à l'amélioration de la survie des nouveau-nés prématurés, même « prématurissimes ».

La corticothérapie anténatale, l'utilisation de surfactant et l'organisation régionale des soins périnataux ont considérablement amélioré la prise en charge de ces enfants [1], même si le risque de handicap ou de complication reste présent. Actuellement, les soins de développement, tel que le NIDCAP [2] ou les soins « Kangourou », améliorent la prise en charge de l'enfant né prématurément. Ces programmes ont une efficacité dans le soutien de l'allaitement, en intégrant les parents en ce qui concerne l'alimentation de leur enfant né prématurément.

La qualité de la nutrition du prématuré est essentielle, car elle influence sa croissance et son développement à court et long terme. Les autorités de santé [3] reconnaissent le lait maternel comme l'aliment de référence pour le nouveau-né, prématuré ou non.

La promotion de l'allaitement maternel et son soutien font parti des objectifs du PNNS 2011-2015 [4,5]. Malgré ces recommandations, la mise en route et la conduite de l'allaitement maternel chez l'enfant prématuré sont plus difficiles que chez l'enfant à terme. Les taux d'allaitement maternel à la sortie des services de néonatalogie sont faibles [6].

Le délai entre la naissance et la première expression du lait est un des facteurs clés dans le succès de la mise en route de la lactation. D'une façon optimale, les mères souhaitant allaiter leur bébé prématuré hospitalisé, devraient exprimer leur colostrum dans les 6 heures qui suivent la naissance [7]. Cependant, ce délai est bien souvent dépassé. En effet, le caractère parfois ressenti comme « non urgent » de tirer le lait par la mère ou par les soignants, ainsi que la mise en place tardive du tire-lait, voire son indisponibilité, et les contraintes liées à son utilisation, sont autant d'éléments pouvant expliquer le retard pris dans l'initiation de la lactation.

Ainsi, l'objectif de ce mémoire était d'améliorer la mise en route de la lactation chez les mères de nouveau-né prématurés souhaitant allaiter, en proposant une nouvelle stratégie de soutien à l'allaitement grâce à la mise en place de l'expression manuelle.

Cette technique manuelle d'expression du lait, pourrait alors être mise à profit rapidement après la naissance, sans nécessité immédiate du tire-lait électrique.

En plus de stimuler la production lactée, elle permet aux prématurés de pouvoir être alimentés plus rapidement avec le lait de leur propre mère. Il s'agit là de favoriser le don dirigé de colostrum cru, évitant alors le délai d'attente lié à la pasteurisation et son effet délétère sur les propriétés nutritionnelles et anti-infectieuses du colostrum.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons souhaité sensibiliser et former les professionnels du CHU de Nantes à la technique d'expression manuelle (*Technique Marmet*). Une fois cette formation acquise, les professionnels nouvellement formés seront en mesure de l'enseigner aux mères pour que les nouveau-nés prématurés en soient les premiers bénéficiaires.

PREMIERE PARTIE : Généralités

1. La Prématurité

1.1 Définitions

Une naissance prématurée se définit comme une naissance survenant avant le terme de 37 semaines d'aménorrhée (SA) révolues, soit avant le 259^{ème} jour suivant le premier jour des dernières règles. On distingue trois niveaux de prématurité [8] :

- La « moyenne » prématurité : entre 33 – 36 SA+6 jours ;
- La « grande » prématurité : entre 28 – 32 SA+6 jours ;
- L'« extrême » prématurité : avant 28 SA ;

Concernant la croissance fœtale, on peut distinguer trois catégories de poids [8] :

- Le « faible » poids de naissance (PN) : < 2500 grammes ;
- Le « très faible » PN : < 1500 grammes ;
- L'« extrêmement faible » PN : < 1000 grammes ;

L'hypotrophie aggrave la prématurité [9].

Il convient de distinguer la prématurité « spontanée » qui résulte d'une mise en travail spontanée sans intervention médicale, de la prématurité « induite » ou « consentie », faisant suite à une décision médicale collégiale ayant pour objectif de faire naître l'enfant prématurément. La prématurité médicalement consentie est en augmentation et concerne actuellement, 35% à 40% des naissances prématurées dans les pays industrialisés [8].

1.2 Epidémiologie

Chaque année dans le monde, 15 millions d'enfants naissent prématurément et 1,1 million d'entre eux décèdent des complications liées à la prématurité [10]. En France en 2010, un peu plus de 60 000 enfants sont nés prématurément [11].

L'Enquête Nationale Périnatale réalisée en 2010 montre une augmentation constante et régulière de la prématurité au cours des dernières années.

En effet, sur la totalité des naissances, le taux de prématurité est passé de 5,9% en 1995 à 7,4% en 2010. Rapportée au nombre de naissances vivantes, la prématurité concernait 6,6% des naissances en 2010 contre 5,4% en 1995 [12].

En 2011, au sein des Pays de la Loire, le taux de prématurité s'élevait à 6,1%. Pour cette même année, 16,4% de naissances prématurées ont été recensé au CHU de Nantes, soit 634 enfants [13].

L'organisation en réseaux des soins périnataux (décrets de 1998) permet le transfert in utero des couples mère-enfant(s) vers des maternités de niveau adapté aux soins que va requérir le nouveau-né en cas de grossesse pathologique. Cette organisation efficace contribue à la sécurité maternelle et fœtale en diminuant la mortalité et morbidité post-natale [14, 15].

1.3 Principales conséquences de la prématurité

Les complications de la prématurité sont d'autant plus fréquentes et graves que la prématurité est importante [16]. Elle altère de nombreuses fonctions telles que la fonction respiratoire, digestive, neurologique, cognitive, visuelle, ou encore auditive.

Outre ces principales complications, le prématuré présente une absence de réserves énergétiques, en oligo-éléments et en vitamines. Son immaturité biologique altère ses fonctions immunitaires, physiologiques et métaboliques. Sur le plan immunitaire, c'est au cours du dernier trimestre que se fait le passage transplacentaire des immunoglobulines de la mère à l'enfant [17].

L'enfant né prématurément ne dispose donc pas d'un système de défense fonctionnel, ce qui le rend particulièrement vulnérable aux infections virales et bactériennes. Le faible poids de naissance, la ventilation mécanique, ou la présence d'un cathéter sont des causes d'infections supplémentaires.

1.4 Admission des prématurés dans les unités de soins

Les prématurés nés avant 30 SA et/ou de poids de naissance inférieur à 1200 grammes sont systématiquement admis en réanimation néonatale. De même que les bébés intubés ou nécessitant une ventilation artificielle.

Les soins intensifs accueillent les nouveau-nés d'âge gestationnel inférieur ou égal à 32 semaines et de poids de naissance inférieur ou égal à 1500 grammes dont l'état est « stable » (après la naissance ou à l'issue d'une hospitalisation en réanimation néonatale).

Le service de néonatalogie [9] accueille les prématurés de plus de 32 semaines, sans pathologie respiratoire et pesant plus de 1500 grammes, à l'issue de leur séjour aux soins intensifs. Une hospitalisation en unité Kangourou est possible après 34 SA afin de favoriser l'autonomie et l'établissement du lien entre les parents et leur enfant ainsi que la mise en place de l'allaitement maternel.

2. Allaitement maternel et la prématurité

2.1 Définitions

Le lait maternel est l'aliment de référence pour tous les nourrissons durant les six premiers mois de vie. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'allaitement maternel est le moyen idéal d'apporter tous les nutriments nécessaires à la croissance et au développement de l'enfant, qu'il soit né à terme ou prématurément. Le colostrum, est l'aliment parfait pour le nouveau-né qui doit commencer à s'alimenter dès la première heure de vie [18].

Le terme d'« allaitement maternel » est réservé à l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère. La réception passive du lait maternel exprimé est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein. L'allaitement est dit « exclusif » lorsque l'enfant reçoit uniquement du lait maternel et est « partiel » lorsque ce dernier est associé à une autre alimentation. L'allaitement maternel est recommandé jusqu'à l'âge de six mois [19], parallèlement à la mise en place de la diversification alimentaire (entre 4 et 8 mois).

2.2 Enjeux spécifiques de l'allaitement maternel

Les bénéfices de l'allaitement maternel en cas de naissance prématurée sont nombreux et documentés. Sur le plan psychologique et émotionnel, la naissance prématurée et la séparation précoce fragilisent la mise en place du lien mère-enfant. Elles sont sources

d'angoisse, de stress et de culpabilité. La préoccupation des parents concernant l'état de santé et le devenir de leur enfant est majeure. Ainsi, pour la mère, l'allaitement va lui permettre de se sentir « utile », en donnant à son enfant ce que personne ne peut faire à sa place. Ce « lien du lait » signe sa capacité à être mère et la valorise dans ses compétences. L'allaitement renforce son rôle et l'encourage en tant qu'acteur essentiel pour la santé et le devenir de son enfant. Il est primordial que tout soit mis en œuvre pour faciliter sa mise en place et que sa réussite soit un enjeu pour les équipes soignantes. A chaque étape, la mère doit pouvoir bénéficier d'un soutien et d'un accompagnement individualisé.

Favoriser le contact mère-bébé en peau à peau le plus tôt possible et sans restriction est un soutien spécifique à l'allaitement maternel [20].

Sa pratique est à la fois bénéfique pour l'enfant et sa mère. Il est un prélude aux premières tétées permettant au prématuré de manifester son comportement inné de recherche du sein. Les prématurés ayant fait de nombreuses séances de peau à peau rapidement après la naissance et relativement longues, tètent plus tôt avec un allaitement plus efficace [20,21]. Par ailleurs, le prématuré alimenté au sein fait moins de bradycardies et d'apnées qu'au biberon car il maîtrise mieux la coordination succion-déglutition-respiration [22].

Le peau à peau, quelque soit le moment où il est pratiqué, est associé à une augmentation de la production lactée ainsi qu'à une augmentation de la durée de l'allaitement [23].

La précocité de la nutrition a une influence directe sur le devenir du prématuré en modulant d'une part sa croissance et d'autre part son développement cérébral, sensoriel, pulmonaire, digestif ou encore métabolique [24].

Le lait maternel permet la maturation du tractus gastro-intestinal, favorise l'implantation d'une flore riche en lactobacilles et bifidobactéries, augmente la motricité et l'absorption intestinale réduisant alors le risque d'entérocolite ulcéro-nécrosante [25]. Ce risque est six à dix fois plus fréquent chez les prématurés nourris au lait artificiel [22].

Il accélère la vidange gastrique et l'élimination du méconium [26]. Sa teneur en acides gras à longue chaîne, en molécules anti-oxydantes et taurine réduit le risque de rétinopathie et a un impact positif sur le développement intellectuel. Une étude portant sur 300 prématurés nourris par sonde et suivis jusqu'à l'âge de 7½ - 8 ans montre des performances

intellectuelles plus élevées chez les prématurés nourris avec du lait maternel avec un QI global de plus 8,3 points [20].

Le lait maternel de la propre mère est à privilégier par rapport à l'utilisation de lait provenant de dons ou de lait artificiel. Contrairement aux préparations artificielles, la composition du lait humain varie avec les besoins du bébé. Le lait d'une mère ayant accouché prématurément, y compris son colostrum, est différent de celui d'une mère ayant accouché à terme [27,28]. Cependant, dans un contexte de grande prématurité ou bien de faible poids de naissance, il sera nécessaire d'enrichir le lait maternel pour apporter de façon optimale tous les composants indispensables à une bonne croissance extra-utérine [9].

2.3 Le colostrum : un lait à part, de l'« or liquide » [29]

2.3.1 Production

Le colostrum, est le premier lait sécrété par la glande mammaire lorsque les jonctions de l'épithélium mammaire sont perméables. Sa production débute pendant la grossesse et prend fin 2 à 3 jours après la naissance lorsque la montée laiteuse laisse place au lait mature ; c'est ce qu'on appelle la « lactogénèse primaire » ou « phase colostrale ». Le lait colostrale dure plus longtemps en cas de naissance prématurée [30].

La progestérone maintient les jonctions de l'épithélium mammaire ouvertes, ce qui permet le phénomène de transcytose. Ce mécanisme permet à de nombreuses protéines du sang maternel de traverser directement le tissu glandulaire. Cela explique la présence en grande quantité de facteurs immunologiques et hormonaux sous forme active [31] dans le colostrum. Il est produit naturellement en faible quantité (< 100 ml/jr), soit 2 à 20 ml [27] à chaque expression, ce qui correspond à la capacité gastrique réduite du nouveau-né.

Même si ses vertus sont reconnues, certaines cultures et croyances (Afrique, Asie, Amérique latine) considèrent le colostrum non pas comme du lait mais comme un liquide « sale » et « inutile » dont elles doivent se « débarrasser » [32]. Il est considéré comme « impur » et « dangereux » car il serait à l'origine de diarrhées, de vomissements ou capable de tuer l'enfant. Il est alors jeté en attendant la montée laiteuse et l'enfant reçoit

d'autres liquides comme du lait animal, des tisanes, de la bouillie de céréales voire du vin ou de l'huile [29].

2.3.2 Composition

Le colostrum a une composition différente de celle du lait mature. Sa densité énergétique est plus faible que le lait mature (58-67 Kcal/100 ml contre 70-75 Kcal/100 ml) car il contient moins de lipides et de lactose [29]. Mais il est plus riche en cellules immunocompétentes (10 fois plus), en oligosaccharides (22 à 24 g/l contre 12-13g/l dans le lait mature) et en protéines (22 contre 11 g/l). Il contient davantage de cholestérol, d'acides gras à longue chaîne et polyinsaturés, nécessaires à la maturation cérébrale du prématuré [4,29]. Le colostrum est riche en acides aminés libres.

En cas de naissance avant terme, il détient significativement plus d'immunoglobulines A (IgA), de lysozyme et de lactoferrine : protéines à activité protectrice et anti-infectieuse. Il s'agit d'une véritable « bombe vaccinale ». On y trouve aussi davantage de macrophages, lymphocytes et neutrophiles. Le colostrum d'une mère ayant accouché prématurément détient un plus grand potentiel pour prévenir les infections [27] que le colostrum « à terme ». Cette abondance en facteurs de protection confère une protection immunitaire remarquable. Ils s'organisent en trois catégories :

- *Les facteurs immunologiques*

- Les immunoglobulines, sont des glycoprotéines douées d'une fonction d'anticorps. Les immunoglobulines de type A sécrétoires sont les plus abondantes du colostrum. Elles peuvent représenter jusqu'à 80% des protéines totales [33]. Elles sont fabriquées par les lymphocytes de la glande mammaire, et leur concentration peut atteindre 50 mg/ml le premier jour [34]. Pendant les premières 48 heures, la concentration en IgA reste élevée avant de décroître du fait de la dilution liée à l'augmentation du volume du lait [27].

Elles représentent le développement d'anticorps spécifiques dans le lait maternel en rapport avec les infections contre lesquelles la mère s'est immunisée ou a été vaccinée, protégeant ainsi son bébé : cycle entéro-mammaire [35]. En tapissant la muqueuse digestive du

prématuré, elles empêchent l'adhésion des agents pathogènes à la surface de l'épithélium intestinal.

- La lactoferrine, est une glycoprotéine importante du colostrum ayant la capacité de fixer 2 atomes de fer et de traverser la muqueuse de l'intestin. Le fer est nécessaire à la croissance bactérienne mais en le capturant, elle le rend indisponible (activité bactériostatique). Elle est également antivirale, antibactérienne et anti-inflammatoire (inhibe la sécrétion de prostaglandines et d'interleukines) [33].

-Le lysozyme, est une glycoprotéine à activité antibactérienne car elle permet la lyse de la paroi bactérienne [33].

-La caséine, est une protéine azotée à la fois nutritionnelle et antibactérienne. En favorisant la croissance du *Bifidobacterium bifidum* au niveau de la flore digestive, elle réduit la prolifération des pathogènes [33].

- ***Les facteurs cellulaires***

Durant la première semaine, le colostrum contient une quantité importante de cellules bactériostatiques et antimicrobiennes (10^5 à 10^7 / ml [33]).

-Les macrophages traversent librement les cellules glandulaires. Leur activité phagocytaire permet l'élimination des bactéries. Ils sont un moyen de transport pour les Ig. Ils permettent la sécrétion de lysozyme, de transferrine, et certaines fractions du complément [33].

- Les lymphocytes (10 à 15 % des cellules du colostrum) sont de deux types : B et T.

Les lymphocytes T ont un rôle dans le transfert passif de l'immunité cellulaire au cours de l'allaitement [33]. Les lymphocytes B transportent les IgA fabriquées par la mère.

- Les neutrophiles du colostrum sont doués de phagocytose [29].

- ***Autres composants***

- Les oligosaccharides et glycoconjugués du colostrum inhibent l'adhésion des bactéries, virus et toxines sur leurs cellules cibles [36]. Ils favorisent le développement cérébral en apportant de l'acide sialique.

- Les facteurs de croissance et de régulation tels que l'insuline, l'IGF1 (Insulin-like Growth Factor) et l'EGF (Epidermal Growth Factor) [29] ont une action sur le cerveau, les muscles et le système digestif en activant la synthèse de protéines.

- Les nucléotides et les nucléosides, dont les taux sont élevés dans le colostrum augmentent la production d'anticorps, l'absorption du fer et la synthèse des acides gras poly insaturés à chaîne longue et des lipoprotéines de haute densité (HDL) [29].
 - Les cytokines du colostrum ont une activité anti-inflammatoire et antibactérienne [36].
 - Le colostrum est riche en vitamines A, E, et en caroténoïdes (ce qui explique sa couleur jaune-orangée). Ces deux dernières améliorent la fonction neurologique et visuelle [22].
- Il contient de la vitamine B12, nécessaire au développement du système nerveux [29].

Passant du milieu intra-utérin à la vie extra-utérine et à la colonisation microbienne, le prématuré a d'abord besoin d'acquérir des défenses immunitaires pour se protéger. Ce système de défense peut lui être apporté précocement par le colostrum de sa propre mère, parfaitement adapté à ses besoins. De part sa composition, il peut-être qualifié « d'or liquide » [29] et nous comprenons pourquoi il est important de récupérer ces précieuses gouttes de colostrum quand l'enfant ne peut pas être alimenté directement au sein.

2.4 Difficultés d'alimentation liées à la prématurité

2.4.1 Immaturité du réflexe de succion-déglutition

Malgré ses bénéfices, l'allaitement maternel au sein n'est pas toujours réalisable d'emblée. Avant 34 semaines, la coordination de la succion-déglutition avec la respiration est peu fonctionnelle [9] ce qui complique et retarde sa mise en place.

La succion-déglutition est la première fonction motrice à se mettre en place entre 13 et 15 semaines de gestation, mais sa coordination avec la respiration (indispensable au transfert de lait) n'est mature que vers 32-34 semaines de gestation. Le temps de maturation succion-déglutition est de 6 à 8 semaines en cas de naissance entre 32-34 semaines alors qu'il n'est que de 1 à 2 jours cas de naissance à terme [37].

Hormis l'immaturité orale et motrice dépendante de l'âge gestationnel, le prématuré est plus fatigable, moins éveillé, ses caractéristiques anatomiques, telles que sa tête proportionnellement plus grosse par rapport au reste de son corps, sa bouche plus petite par rapport à l'aréole et au mamelon, ainsi que le déséquilibre entre les muscles fléchisseurs et

extenseurs du cou sont des difficultés pour le positionnement, le maintien de la tête et la bonne prise du sein [26].

2.4.2 Nutrition parentérale et entérale

Dans un premier temps, en raison de leur immaturité oro-motrice et digestive mais aussi selon leur état clinique, le recours à la nutrition parentérale et/ou entérale peut-être nécessaire. L'objectif est d'assurer une croissance proche de celle normalement observée in utéro grâce à des apports hydriques et nutritionnels adaptés.

Chez les prématurés de moins de 32 SA et/ ou pesant moins de 1500 grammes, le recours à l'alimentation parentérale est quasiment systématique [15]. Mais son utilisation exclusive est responsable d'une réduction significative mais réversible des villosités intestinales, d'une diminution de la prolifération des cellules des cryptes et d'un retard dans la mise en route des fonctions intestinales [38]. Pour ces raisons, il existe actuellement un consensus en faveur d'un début très précoce de la nutrition, dès la naissance [24].

Il est donc indispensable de favoriser dès que possible la nutrition entérale, ou trophique. Le nutriment à utiliser pour débiter cette alimentation est idéalement le lait de femme, de préférence celui de la propre mère (ce qu'il y a de meilleur) ou de lactarium. La nutrition entérale stimule la motricité intestinale, le développement de la muqueuse gastro-intestinale et la sécrétion d'hormones digestives [38].

Elle est réalisée le plus souvent par une sonde gastrique positionnée dans le nez ou la bouche. Source d'une stimulation nociceptive au niveau de la sphère orale, elle peut induire des troubles de l'oralité, notamment chez les grands prématurés. Cette perturbation précoce de l'oralité se prolonge dans les premières années de vie avec des difficultés à s'alimenter et à s'exprimer [39]. La prévention de ces troubles fait partie intégrante des soins du prématuré grâce aux programmes de stimulations oro-faciales dont les objectifs sont de réduire l'hypersensibilité de la sphère oro-faciale, d'aider à la maturation du réflexe de succion et à la coordination succion-déglutition-respiration, ainsi que d'augmenter la force des muscles buccaux et faciaux.

3. Initiation et conduite de l'allaitement maternel dans un contexte de prématurité

3.1 Situation épidémiologique en France

Malgré les bénéfices de l'allaitement maternel, et en dépit des recommandations des agences de santé nationales et internationales, la prévalence et la durée de l'allaitement maternel sont inférieurs chez les prématurés par rapport aux nouveau-nés à terme.

Dans son plan d'action publié en 2010 destiné à promouvoir l'allaitement maternel, le Professeur Turck fait état de cette constatation. L'étude européenne MOSAIC (2003) conduite dans huit régions d'Europe chez des prématurés <32 semaines, révèle que les taux d'allaitement maternel à la sortie des services de néonatalogie sont les plus bas en France : 19% en Bourgogne et 26% en Ile de France contre 55% aux Pays Bas ,70% en Italie, et plus de 90% en Suède [6]. Les mères de nouveau-nés prématurés se heurtent à de nombreux obstacles et l'allaitement maternel s'apparente bien souvent à un « parcours du combattant ».

En 1989, l'OMS et l'UNICEF publient les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » [40] dans le cadre du rôle spécifique des services de soins aux nouveau-nés et des maternités dans la promotion, l'encouragement et le soutien de l'allaitement.

Parmi ces dix conditions, figurent l'intérêt :

- d'informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique (condition 3) ;
- d'indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson (condition 5) ;

3.2 Initiation de la lactation : intérêt de l'expression manuelle

En cas de naissance prématurée et si l'enfant ne peut pas téter, la mère va devoir exprimer son lait sur une période plus ou moins longue, en attendant que les tétés de son enfant soient efficaces et permettent un allaitement physiologique et exclusif au sein.

L'expression précoce, fréquente et efficace du lait [23] ainsi que la pratique du peau à peau, sont des éléments clés dans l'établissement et la réussite de l'allaitement maternel en cas de séparation mère-enfant. Ainsi, il est recommandé de débiter l'expression du lait le plus tôt possible après la naissance, idéalement dans les six premières heures [23, 26, 40] suivant l'accouchement (climat hormonal favorable avec la libération massive de prolactine). Cependant, ce délai est bien souvent dépassé. En effet, le caractère parfois ressenti comme « non urgent » de tirer le lait par la mère ou par les soignants, ainsi que la mise en place tardive, l'indisponibilité du tire-lait et les contraintes liées à son utilisation, sont autant d'éléments pouvant expliquer le retard pris dans l'initiation de la lactation.

Une aide doit être apportée aux femmes dont les nouveau-nés sont hospitalisés dans les unités de Néonatalogie, afin de leur montrer comment initier leur lactation. Le personnel soignant devrait monter aux mères comment exprimer le lait manuellement (condition 5).

3.2.1 Rappels sur la physiologie de la lactation

- ***La synthèse du lait***

La synthèse de lait par les lactocytes se fait sous l'action de la prolactine (hormone libérée par l'antéhypophyse). Elle va stimuler la production lactée et fait suite à la chute des œstrogènes et de la progestérone après l'accouchement [41].

- ***L'éjection du lait***

L'éjection du lait se fait grâce à l'ocytocine, hormone libérée par la posthypophyse. Sa libération est provoquée par la succion efficace du bébé, ou à défaut, par la stimulation aréolaire ou par l'usage du tire-lait [41]. La vue, l'odeur, ou les cris du bébé peuvent aussi provoquer sa libération [30]. La sécrétion d'ocytocine est en lien avec l'état émotionnel de la mère : le stress, ou la douleur peuvent inhiber sa sécrétion.

- ***La régulation du volume de lait***

Va dépendre de la capacité de stockage du sein et de sa vidange. Quand le lait n'est pas extrait, le facteur d'inhibition de la lactation (FIL) s'accumule dans le lait et freine voire

bloque sa production (feed-back négatif). Au cours des premières semaines, si le lait n'est pas extrait, la sécrétion de prolactine baisse et la lactation diminue.

La lactogénèse de stade II, correspond à la période de la montée laiteuse. A ce stade, le lait mature vient se substituer au colostrum. Généralement, elle a lieu entre J2 et J4, mais elle peut-être retardée si les premières stimulations du sein n'ont pas été suffisantes en quantité et en qualité. D'où la nécessité de stimuler rapidement la lactation.

- *Effet délétère du tabac sur la mise en route de l'allaitement maternel*

Le tabagisme maternel est un facteur de risque d'accouchement prématuré (risque relatif multiplié par 2) [42]. En plus de cela, il est un facteur négatif sur la mise en route de l'allaitement maternel. La nicotine diminue le taux de prolactine (effet dose dépendant) et a un effet inhibiteur sur l'ocytocine ce qui diminue le réflexe d'éjection du lait [41].

3.2.2 Extraction manuelle du lait maternel : la technique Marmet [43] [44]

L'expression manuelle, est un moyen simple et efficace pour initier la lactation. Cette technique naturelle et simple à réaliser, a été décrite par Chele Marmet.

Elle repose sur l'alternance entre expression du lait et massages, effleurements, secousses permettant de stimuler le réflexe d'éjection du lait. L'expression manuelle permet de mettre en route et d'entretenir la lactation ainsi que de fournir du lait au bébé séparé de sa mère ou qui ne peut pas téter lui-même.

Les gestes nécessaires à sa pratique sont présentés en annexe 3.

Elle consiste à reproduire les stimulations normalement produites au cours d'une tétée sans recours immédiat au tire-lait électrique (bien que ce dernier doit être mis en place rapidement car il sera indispensable à l'entretien de la lactation sur le long terme).

L'expression manuelle permet d'obtenir un taux de prolactine plus élevé qu'avec le tire-lait électrique [30] : le contact de la peau de la main sur la peau du sein est plus stimulant que le contact de la tétérille en plastique du tire-lait. En stimulant manuellement les récepteurs aréolaires, la mère reproduit les mouvements de tétée, et la répétition de ce geste déclenche la fabrication et l'éjection du lait. La mère réalise la technique sur chaque sein, en répétant

l'opération jusqu'à ce que l'écoulement diminue, signe que le drainage des canaux lactifères est terminé. La répétition de l'ensemble du processus stimule les flux d'ocytocine, multiples au cours d'une tétée (1 à 4 pics).

L'expression manuelle a une efficacité supérieure au tire-lait électrique pour extraire le colostrum : une étude japonaise a comparé l'efficacité de l'expression manuelle et de l'expression par tire-lait électrique pendant les 48 premières heures chez des mères séparées de leur bébé. Cette étude montre que la quantité moyenne de colostrum obtenue par expression manuelle est de 2 ml (0 à 12.6 ml) contre 0.6 ml (0 à 7.2 ml) avec tire-lait électrique [45].

L'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP) recommande que cette technique soit enseignée à toutes les nouvelles mères qui allaitent. En 2009, une étude [46] publiée dans le *Journal of Perinatology*, montre que la combinaison de techniques manuelles associées à l'utilisation du tire-lait électrique augmente la production de lait chez les mères de bébés prématurés. En effet, pour les mères séparées de leur bébé, il a été montré qu'en utilisant l'expression manuelle plus de 5 fois par 24 heures durant les trois premiers jours en plus de l'utilisation d'un tire-lait électrique, elles produisaient 80% de lait de plus que les mères qui ne le faisaient pas.

Pour certaines femmes, l'utilisation du tire-lait électrique peut-être inconfortable, douloureuse, et inefficace pour extraire le colostrum les premiers jours.

Cette technique d'expression permet à la mère de gérer elle-même la fréquence des stimulations et d'optimiser le recueil du colostrum, naturellement peu abondant. Avec le tire-lait, les gouttes de colostrum se retrouvant coincées dans la tubulure du tire-lait sont irrécupérables. Ainsi, l'expression manuelle permet un recueil « direct » des gouttes de colostrum, réduisant les pertes.

Cette technique ne demande que peu de moyens, hormis l'usage des mains et l'utilisation d'un récipient de recueil stérile. Elle peut donc être réalisée rapidement après la naissance sans contrainte. De cette façon, la mère va pouvoir mettre en route précocement sa lactation tout en faisant bénéficier son enfant des bienfaits de son colostrum.

Le lait recueilli manuellement peut-être directement administré au nouveau-né prématuré hospitalisé dans un délai de douze heures suivant son extraction (sous réserve de l'application des conditions relatives au « don de lait personnalisé d'une mère à son enfant hospitalisé » [47] et en dehors de contre-indication médicale).

4. Don dirigé de colostrum cru aux nouveau-nés prématurés hospitalisés

4.1 Conséquences de la pasteurisation

Le lait humain n'est pas stérile. Il se colonise au contact du mamelon, de la peau des canaux galactophores. Il peut être source d'une contamination bactérienne ou virale. La réglementation française recommande de pasteuriser les laits des mères d'enfants prématurés nés avant 32 SA, notamment en raison du risque de transmission du CMV.

La pasteurisation de Holder, consiste à faire chauffer le lait maternel à 62,5 °C pendant 30 minutes. Elle détruit la plupart des bactéries et virus (VIH et CMV) mais a des conséquences sur les facteurs immunitaires du colostrum. La pasteurisation altère sa composition et sa biodisponibilité en détruisant en grande majorité ses protéines à activité anti-infectieuse [48].

Une étude [28] réalisée sur 101 échantillons de colostrum de mères ayant accouché avant 32 SA, entre 32 et 36+6/7 jours, et à terme, a comparé les concentrations de protéines totales, de lysozyme et d'immunoglobulines (A, G, M) après pasteurisation. Les résultats montrent qu'elle est responsable d'une diminution significative de tous ces facteurs.

Après pasteurisation du colostrum cru, le lysozyme (facteur important de défense contre les infections) diminue au sein des trois groupes variant de 65 à 85%. Elle cause une perte quasi totale des macrophages, neutrophiles et lymphocytes [48] et l'inactivation de la lipase réduit l'absorption des lipides.

En altérant les propriétés anti-infectieuses et bactéricides du colostrum, la pasteurisation pourrait diminuer les défenses contre les infections normalement transmises aux prématurés par le lait maternel.

Or, le colostrum est plus faiblement contaminé que le lait mature [48] : la présence de bactéries pathogènes est significativement moindre dans le colostrum (38%) par rapport au lait mature (75%). Sa qualité bactériologique est significativement plus élevée que celle du

lait mature. Cela peut s'expliquer par la plus grande quantité d'agents de défenses contenus dans le colostrum, et aussi par les mesures d'hygiène, de recueil et de conservation plus réglementées à l'hôpital qu'au domicile de la mère.

4.2 Réalisation pratique du don de colostrum cru

De ce fait, favoriser le don dirigé du colostrum cru fraîchement exprimé (sans pasteurisation préalable) est envisageable et est même encouragé. En effet, la réglementation française prévoit et favorise le don direct de lait maternel dans les unités de Néonatalogie en encadrant sa pratique. Les principaux textes de référence sont la circulaire de la DGS du 16 décembre 1997 [47] et les recommandations de l'AFSSA [49].

- ***Pour pouvoir donner le lait cru de la mère à son propre enfant prématuré dans un délai de 12 heures suivant le recueil, il faut :***

- 1) L'autorisation d'utilisation du lait cru signée par un médecin pédiatre;
- 2) Vérifier le résultat et la négativité des sérologies suivantes : virus de l'immunodéficience humaine (VIH), hépatite B (HBS) et hépatite C (HBC). La sérologie Human T Cell Lymphoma Virus (HTLV) ne sera réalisée que pour les femmes originaires de certaines régions à risques : Caraïbes, Afrique Noire, Japon, Asie du sud-est. Si ces tests n'ont pas été effectués pendant la grossesse, ils doivent être réalisés avant toute administration de lait à l'enfant ;
- 3) Le personnel du service de néonatalogie ou de réanimation néonatale indique à la mère les précautions à prendre pour recueillir et transporter son lait dans les meilleures conditions (règles d'hygiène et de manipulation du matériel). Si ces conditions d'hygiène ont été parfaitement respectées lors du recueil et du transport éventuel (chaîne du froid), le lait peut être donné directement à l'enfant sans contrôle bactériologique et sans pasteurisation préalable.

- ***Si le délai est supérieur à 12 heures :*** le lait doit être envoyé au lactarium pour y être pasteurisé et fera l'objet de prélèvements bactériologiques.

Concernant le Cytomégalo­virus (CMV), l'AFSSA ajoute qu'en cas de grande prématurité (<32 SA) et/ ou de poids de naissance inférieur à 1500g, il n'est pas recommandé de donner directement le lait sans s'être assuré de l'absence de risque de transmission du CMV.

Le potentiel risque de transmission d'une mère séropositive pour le CMV restreint l'utilisation du lait cru en faveur d'un lait pasteurisé. Mais le délai de réactivation et de passage du CMV dans le lait est en moyenne de 4 semaines avec un minimum de 4 jours. Ainsi, pendant la phase colostrale, l'administration de colostrum cru aux nouveau-nés prématurés ne devrait constituer qu'un faible risque de transmission du virus. Après la première semaine, ce risque augmente justifiant alors la pasteurisation du lait mature [48].

DEUXIEME PARTIE : L'étude (Population, méthode, résultats)

L'objectif de ce mémoire était de mettre en place une stratégie de soutien à l'allaitement maternel en cas de naissance prématurée grâce à l'enseignement et la pratique de l'expression manuelle (*Technique Marmet*) au sein du Pôle Mère-Enfant du CHU de Nantes.

Le but était d'améliorer la mise en route de la lactation en réduisant le délai entre la naissance et la première expression de colostrum (bien souvent supérieur à 6 heures, délai maximal conseillé dans la littérature) grâce à la pratique de l'expression manuelle, sans recours immédiat au tire-lait électrique (pas toujours disponible rapidement, et dont l'efficacité pendant la phase colostrale n'est pas optimale).

Le deuxième objectif était de favoriser le don de colostrum cru (sans pasteurisation préalable) de la mère à son enfant prématuré hospitalisé pendant les 48 premières heures, quel que soit le terme de naissance.

L'expression manuelle du lait est un moyen simple et efficace pour initier la lactation rapidement après la naissance, sans nécessité immédiate du tire-lait électrique. Son apprentissage fait partie des « Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement » rédigées par l'OMS. La condition n°5 intitulée « Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson. » stipule que le personnel devrait montrer à ces mères comment exprimer le lait à la main. Cependant, cette technique est peu connue et rarement pratiquée.

L'expression manuelle présente de nombreux avantages, rendant sa pratique particulièrement intéressante en cas de naissance prématurée :

-D'après les données de la littérature, la mère devrait commencer à exprimer son lait dans les 6 heures qui suivent la naissance [7]. Or, le caractère parfois ressenti comme « non urgent » de tirer le lait par la mère ou les soignants, ainsi que la mise en place tardive du tire-lait ou son indisponibilité, retarde la première expression. Pourtant, la pratique de l'expression manuelle, qui ne nécessite aucun matériel en dehors d'un récipient de recueil

stérile, permettrait de réduire le délai entre la naissance et la première expression de colostrum. Il n'y a plus besoin d'attendre la mise en place du tire-lait.

-Contrairement au tire-lait électrique, dont l'utilisation peut-être inconfortable voire douloureuse surtout au départ, l'expression manuelle permet une expression douce, gérée par la mère elle-même. De plus, le contact de la peau de main sur le sein stimule davantage le réflexe d'éjection que le contact de la tétérelle en plastique sur le sein [43].

-Avant la montée de lait, le colostrum est naturellement produit en petites quantités. En utilisant un tire-lait électrique, une partie du colostrum exprimé reste coincée dans la tubulure du tire-lait, et est donc perdue. L'expression manuelle optimise le recueil des gouttes car ces dernières tombent alors directement dans le récipient.

-L'expression manuelle permet d'obtenir environ 2 fois plus de colostrum en comparaison avec l'utilisation du tire-lait électrique. Une étude [45] comparant l'efficacité de l'expression manuelle versus tire-lait électrique pendant les 48 premières heures chez des mamans séparées de leur bébé hospitalisé en néonatalogie, a montré que la quantité moyenne de colostrum obtenue manuellement était de 2 ml (0 à 12,6 ml) alors qu'elle n'était que de 0,6 ml (0 à 7,2 ml) avec le tire-lait électrique.

-Une autre étude menée par l'Université de Standford [46], a montré que la pratique de l'expression manuelle plus de 5 fois par 24 heures durant les 3 premiers jours en plus de l'utilisation d'un tire-lait électrique, permettait aux mères séparées de leur enfant de produire 80% de lait en plus que les mères ne le faisant pas.

1. Hypothèses

- L'expression manuelle du lait est une technique peu proposée par les soignants et peu pratiquée par les mères. Les causes possibles sont : le manque de connaissances des équipes sur la technique, les difficultés de contact avec les seins de la part des soignants ou des mères ;
- La mise en route de l'allaitement maternel en cas de naissance prématurée est retardée par rapport à celle en cas de naissance à terme (séparation mère-enfant, il y a d'« autres priorités » pour les équipes et en fonction du service) ;
- Le délai entre la naissance et la première expression pourrait être réduit grâce à la pratique de cette technique ;

2. Objectifs

Premier objectif : améliorer la mise en route de la lactation chez les mères de nouveau-nés prématurés souhaitant allaiter grâce à la pratique de l'expression manuelle rapidement après la naissance, sans utilisation immédiate du tire-lait (électrique ou manuel).

Deuxième objectif : favoriser le don dirigé de colostrum cru, pour que le nouveau-né prématuré puisse bénéficier plus rapidement du lait de sa propre mère ainsi exprimé (plutôt que de lait issu de don ou artificiel, moins adapté).

Pour atteindre ces objectifs, nous avons souhaité sensibiliser et former les professionnels de santé à l'expression manuelle du colostrum. Cette formation acquise, les professionnels seront alors en mesure de l'enseigner aux mamans pour que les nouveau-nés prématurés en soient les premiers bénéficiaires.

Il s'agissait avant tout de tenter de mettre en place une nouvelle stratégie de soutien à l'allaitement dans le cadre de la prématurité grâce à un changement des pratiques professionnelles et d'en évaluer l'impact.

3. Présentation de l'étude

Notre étude s'est déroulée du 30 Avril 2012 au 1^{er} Novembre 2012 au sein du Pôle Mère-Enfant du CHU de Nantes, centre périnatal de niveau III.

Les services de médecine néonatale ainsi que les services de suites de couches, grossesses à haut risque, gynécologie et le bloc obstétrical ont participé à cette étude.

Tableau I : Calendrier de réalisation de l'étude

Etapes	Période	Services concernés
<i>1^{ère} partie</i> : Etat des lieux des pratiques concernant l'initiation de la lactation en cas de naissance prématurée et des connaissances sur l'expression manuelle	Avril à Juin 2012	- Bloc obstétrical -Suites de couches -Grossesses à haut risque -Services de médecine néonatale
<i>2^{ème} partie</i> : Formation des professionnels de santé à la technique d'expression manuelle	Juin à Août 2012	-Suites de couches -Grossesses à haut risque -Gynécologie
<i>3^{ème} partie</i> : Evaluation de l'impact de notre action sur les pratiques des soignants ayant reçu la formation	Septembre à Novembre 2012	-Suites de couches -Grossesses à haut risque -Gynécologie

Parallèlement aux séances de formation, une modification des pratiques destinée à faciliter le don de lait dirigé de la mère à son enfant prématuré hospitalisé a eu lieu dans les services de médecine néonatale (annexe 1). Depuis le 1^{er} juillet 2012, pendant les 48 premières heures suivant la naissance, le colostrum exprimé par la mère peut-être administré cru à son

enfant prématuré, quel que soit son âge gestationnel (sauf contre-indication médicale-annexe 2). La réglementation impose de vérifier préalablement que les sérologies maternelles VIH-1, VIH-2, HTLV I et II (pour les populations à risques) ainsi que les sérologies hépatites B et C soient négatives. L'autorisation d'utilisation du lait cru doit être signée par un médecin. Si les conditions d'hygiène ont été respectées lors du recueil et du transport éventuel, le colostrum peut-être donné directement ou alors conservé au réfrigérateur à +4°C pendant 12 heures maximum. Passé ce délai, le colostrum sera envoyé au lactarium, pour y être pasteurisé et analysé (prélèvements bactériologiques) attestant de son innocuité pour l'enfant.

Avant le 1^{er} juillet 2012, au CHU de Nantes, l'administration de lait cru n'était autorisée que pour les prématurés au-delà de 30 semaines.

Cette nouvelle mesure permet donc aux prématurés d'être alimentés rapidement avec le lait de leur propre mère dès les premières heures suivant la naissance.

L'absence de pasteurisation préserve les qualités nutritionnelles et immunologiques du colostrum et supprime son délai de délivrance au nouveau-né prématuré hospitalisé.

Ainsi, dès les premières alimentations, le nouveau-né prématuré doit pouvoir bénéficier du colostrum exprimé par sa mère plutôt que de lait issu de don ou artificiel, moins adapté.

En plus d'être bénéfique pour l'enfant, le don de lait motive et encourage la mère dans son projet d'allaitement en voyant son lait utilisé immédiatement. Cela renforce son rôle car il s'agit du seul « soin » exclusif qu'elle peut faire au départ.

Désormais, le colostrum maternel cru fait partie des prescriptions médicales dans les services de Néonatalogie et son utilisation doit être privilégiée.

4. Matériels et méthode

Premièrement, nous avons souhaité réaliser un « état des lieux » des pratiques professionnelles, concernant l'initiation et la conduite de l'allaitement maternel chez les mères de nouveau-nés prématurés. Nous nous sommes intéressés entre autre, au délai entre

la naissance et la première expression du lait, ainsi qu'aux difficultés rencontrées par les équipes amenées à encadrer et soutenir l'allaitement maternel chez ces femmes.

Nous souhaitions aussi savoir si la technique d'expression manuelle du lait était connue des soignants, et si elle était pratiquée.

Cet « état des lieux » a été réalisé au moyen de questionnaires dont certains items différaient en fonction du service interrogé. Ils ont été remplis par les professionnels des services de médecine néonatale, du bloc obstétrical, des suites de couches et grossesses à haut risque, entre avril et juin 2012. Ces questionnaires sont présentés en annexe 4.

Puis, entre juin et août 2012, ont eu lieu les séances de formation à la technique d'expression manuelle. Elles se sont tenues dans les services susceptibles d'accueillir les mères ayant accouché prématurément et séparées de leur enfant en post-partum : services de suites de couches, grossesses à haut risque et gynécologie.

Au début de l'étude, nous ne pensions pas qu'un nombre aussi important de mères était hospitalisé ensuite en gynécologie, ce qui explique que le service n'a pas été sollicité pour l'état des lieux des pratiques. Cependant, en août, le service de gynécologie a souhaité pouvoir bénéficier de la formation et a ainsi intégré l'étude.

Enfin, pour pouvoir évaluer l'impact de notre formation sur les pratiques et l'initiation de l'allaitement maternel en cas de prématurité, nous avons adressé un questionnaire commun à tous les professionnels ayant reçu la formation.

5. Déroulement des séances de formation

La date de chaque séance était communiquée à l'avance à l'aide d'affiches disposées dans les salles de soins et salles de détente. Ces séances étaient réalisées après le temps de transmissions du midi, permettant de réunir à la fois les équipes du matin, d'après-midi, ainsi que les soignants travaillant en 12 heures.

Chaque séance durait en moyenne 20 minutes, et tout professionnel était libre d'y assister.

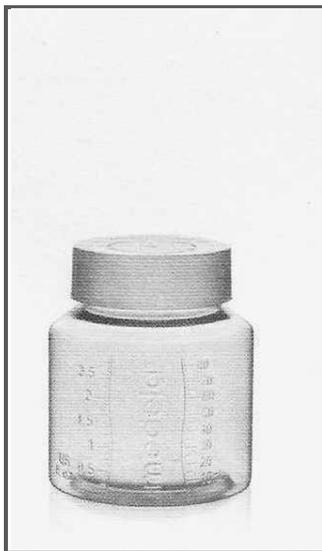
Pour notre formation, nous avons utilisé un diaporama Power Point qui expliquait :

- L'intérêt de l'allaitement maternel et ses bénéfices spécifiques pour les prématurés ;
- Les propriétés nutritionnelles, immunologiques, anti-infectieuses du colostrum permettant de le considérer comme un lait à part, si particulier pour ces enfants ;
- L'importance du soutien individualisé et du rôle essentiel des équipes pour initier et accompagner la mère dans son projet d'allaitement malgré les difficultés rencontrées ;
- Le délai de 6 heures, délai idéal cité dans la littérature pour initier la lactation ;
- La technique d'expression manuelle : ses intérêts, sa réalisation avec les différentes étapes ;
- Les conditions de recueil, et d'acheminement du colostrum en vue d'un don dirigé pendant les 48 premières heures qui suivent la naissance ;

Une démonstration de la technique sur des « seins artificiels » permettait d'en montrer les différentes étapes de façon plus concrète.

Une feuille récapitulative de la technique était distribuée, avec un lien vers le film de l'Université de Standford, dans lequel nous pouvons voir la pédiatre Jane Morton expliquer aux mères comment pratiquer ce geste.

Une commande de pots spécifiquement dédiés au recueil du colostrum par expression manuelle a été passée par le lactarium du CHU de Nantes. Ces derniers ont été mis à disposition dans les services concernés.



*Biberon à usage unique
de 80 ml*



*Contenant pour colostrum à
usage unique de 35 ml*

Ces récipients sont adaptés pour recueillir de petites quantités de colostrum. Le fond bombé réduit la perte de colostrum, et leur petite taille encourage les mères. Ces pots sont stériles, prêts à l'emploi.

6. Saisie et analyse des données

Le logiciel EPIDATA a été utilisé : EPIDATA ENTRY pour la saisie des questionnaires et EPIDATA ANALYSIS 2 pour l'exploitation des données.

7. Résultats

7.1 Etat des lieux des pratiques professionnelles

Préalablement à notre programme de formation dans les services d'hospitalisations maternels, nous avons souhaité réaliser un « état des lieux » des pratiques professionnelles en interrogeant les soignants travaillant auprès de la mère ou de l'enfant en cas de séparation liée à la prématurité, et potentiellement amenés à accompagner les débuts de l'allaitement chez ces femmes, au quotidien ou régulièrement.

Il s'agit d'un « état des lieux » descriptif rendant compte des modalités de démarrage de l'allaitement en cas de prématurité, des difficultés rencontrées en fonction du service interrogé. Nous souhaitons aussi savoir si la technique d'expression manuelle était connue et pratiquée par les soignants.

Les professionnels concernés par cet « état des lieux » étaient :

- *Au bloc obstétrical* : les sages-femmes, aides-soignantes et auxiliaires de puériculture ;
- *En suites de couches* : les sages-femmes, auxiliaires de périnatalité (auxiliaires de puériculture et aides-soignantes), les puéricultrices ;
- *En grossesses à haut risque* : les sages-femmes, aides-soignantes ;
- *Dans les services de Néonatalogie* : les puéricultrices, infirmières et auxiliaires de puériculture ;

7.1.1 Au bloc obstétrical

- Population interrogée

Parmi les 30 Sages-femmes, 18 ont répondu (60%).

Parmi les 19 Auxiliaires de puériculture – Aides-soignantes, 6 ont répondu (31,6%).

Au total, sur les 49 professionnels concernés, 24 ont répondu au questionnaire, soit un taux de participation de 49 %.

- Concernant le choix du mode d'alimentation

14 professionnels sur 24 (58,3%) déclarent demander systématiquement à la mère quel mode d'alimentation elle envisage pour son enfant prématuré, avant qu'elle ne quitte la salle de naissance. 9 professionnels sur 24 (37,5%) déclarent le demander le plus souvent.

Seule une professionnelle (4,2%) ne le demande jamais.

- Information sur les bénéfices de l'allaitement maternel pour l'enfant prématuré

Un professionnel /24 (4,2%) signale donner cette information de façon systématique.

19 /24 (79,2%) le font le plus souvent ou parfois, et 2/24 (8,3%) jamais.

Par ailleurs, la moitié des professionnels interrogés, soit 9 sages-femmes et 3 auxiliaires de puériculture déclarent n'avoir jamais reçu de formation spécifique sur l'allaitement maternel en cas de prématurité, que ce soit au cours de leurs études ou de leur carrière professionnelle.

- Connaissance et pratique de l'expression manuelle

13 professionnels /24 (54,2%) connaissent la technique d'expression manuelle, mais seuls 3 la mettent en application.

- Expression de colostrum dans les 2 heures de surveillance du post-partum

A la naissance, lorsque l'enfant est transféré immédiatement dans son service d'hospitalisation et que la mère désire allaiter, l'initiation de la lactation n'est pratiquement

jamais initiée en salle de naissance. En effet, 21 soignants /24 (87.5%) déclarent qu'elle n'est jamais débutée dans les 2 heures qui suivent la naissance.

Seule une auxiliaire de puériculture l'initie le plus souvent et deux sages-femmes l'initient parfois. L'expression manuelle est la méthode alors utilisée par ces 3 professionnelles pour recueillir le colostrum.

Plusieurs « contraintes », principalement matérielles, organisationnelles, ou liées à la mère sont citées par les professionnels du bloc obstétrical, expliquant le fait que l'expression de colostrum soit si rarement réalisée en salle de naissance. Ces contraintes sont exposées à la page suivante.

De plus, 12/24 (50%) estiment qu'il n'est pas pertinent de débiter cette expression de colostrum dès la salle de naissance, 7/24 (29,2%) y sont favorables, 3/24 (12,5%) sont à la fois pour et contre, et 2/24 (8,3%) ne savent pas. Les contraintes évoquées précédemment justifient cette opposition.

Parmi les soignants favorables, les motifs suivants sont avancés : « Bonne alternative au tire-lait électrique. Moins douloureux, plus efficace. Augmente la stimulation bien sûr et la confiance de la mère concernant sa production lactée. »

« Prise en charge et investissement de la mère pour son allaitement dès la naissance.

Augmente la production de lait. »

Tableau II : Raisons citées par les professionnels expliquant que la première expression de lait maternel ne soit pas réalisée dans les 2 heures de surveillance du post-partum

<p><i>Liées à la mère</i></p>	<p>« Patiente non disponible si anesthésie générale » « Fatigue, douleur maternelle » « Mères souvent sidérées par la naissance trop précoce, il est difficile de parler de l’après accouchement, et encore plus de pratiquer un acte peu naturel » « Besoin d’un petit temps de récupération, sans trop de sollicitations »</p>
<p><i>Matérielles</i></p>	<p>« Pas de tire-lait au bloc obstétrical » « Il n’y a pas de tire-lait électrique ou manuel au bloc » « Aucun matériel pour recueillir le colostrum » « Aucun matériel dédié en salle de naissance » « Problème de la conservation du lait exprimé en salle de naissance »</p>
<p><i>Organisationnelles</i></p>	<p>« Surcharge de travail en plus de la surveillance obstétricale classique : manque de temps » « Surcharge de travail, pratique non systématique pour le moment » « Pas d’« urgence » pour tirer le lait » « Nous ne prenons pas le temps de le faire en salle de naissance » « Ce n’est pas la priorité, il y a plus d’inquiétude sur l’état de santé de l’enfant si transfert immédiat » « Parfois activité intense au bloc ne le permet pas. Pas de connaissance sur l’expression manuelle » « On verra ça plus tard. Ce n’est pas la priorité » « Pas de caractère d’urgence. Cela est réalisé quand la patiente est installée dans sa chambre en suites de couches » « Pas mis en pratique, charge de travail la majorité du temps importante donc manque de temps, pas dans nos pratiques » « Je ne savais même pas que l’on pouvait le faire ! Aucun « protocole » de service à ce sujet : manque d’information »</p>

7.1.2 Dans les services d'hospitalisation maternels : suites de couches (SDC), grossesses à haut risque (GHR)

- Population interrogée

Au total, 41 professionnels sur 76 concernés (54%) ont répondu aux questionnaires.

En GHR : 13/ 21 soignants ont répondu (9/11 sages-femmes et 4/10 aides-soignantes).

En SDC : 28/55 soignants ont répondu (15/24 Sages-femmes, 1/8 puéricultrices, 12/23 Auxiliaires de périnatalité).

Les tableaux suivants présentent les réponses des soignants en fonction des items abordés dans le questionnaire, où N = 41 (nombre de professionnels ayant répondu).

Tableau III : Encadrement et soutien des mères de NN prématurés dans leur projet d'allaitement maternel (AM)

	Nombres	Fréquence (%)
Quotidiennement	10	24.4
Régulièrement	20	48.8
Parfois	9	21.9
Jamais	2	4.9
Non réponses	0	0
Total	41	100

Tableau IV: La mise en place de l'AM chez les mères de NN prématurés est-elle plus difficile que chez les mères de NN à terme ?

	Nombres	Fréquence (%)
Oui	23	56
Non	17	41.5
Non réponses	1	2.5
Total	41	100

Tableau V : Difficultés rencontrées par les soignants de SDC et GHR concernant l'allaitement maternel en cas de naissance prématurée

<p align="center"><i>Difficultés maternelles</i></p>	<p>« Montée de lait tardive ou discrète, décourageant certaines mères »</p> <p>« Montée de lait plus tardive car pas de mise au sein »</p> <p>« Préoccupations de la mère, difficulté d'investissement par rapport à l'état du bébé, manque de présence dans la chambre et d'horaires fixes pour la stimulation »</p> <p>« Besoin d'être rassurées sur leur capacité à être maman d'où l'importance de la réussite de l'allaitement »</p> <p>« Angoisse, stress liés à la séparation avec leur enfant »</p> <p>« Réticence des patientes au tire-lait électrique »</p> <p>« Focalisation des mères sur la quantité de lait, peu importante au départ »</p> <p>« Manque de motivation de la part de la maman »</p> <p>« Ne pas avoir leur bébé avec elle a un effet psychologique et donc il est plus difficile d'avoir du lait avec le tire-lait »</p> <p>« Très peu de colostrum, montée de lait tardive »</p> <p>« Manque de confiance »</p>
<p align="center"><i>Difficultés organisationnelles, matérielles ou du personnel</i></p>	<p>« Utilisation du tire-lait électrique parfois difficile et problème de régularité»</p> <p>« Retard au commencement de la stimulation »</p> <p>« Retard à la stimulation »</p> <p>« Tire-lait électrique parfois contraignant, retard dans la mise en place du tire-lait électrique > 24 heures »</p> <p>« Parfois manque de matériel »</p> <p>« Tire lait utilisé souvent trop tard »</p> <p>« Manque de conseils adaptés donnés aux mères (manque de formation du personnel) »</p>

Tableau VI : Moyens d'expression du colostrum utilisés durant les premiers jours
(plusieurs réponses étaient possibles)

	Nombres
Tire-lait électrique (TLE)	38
Tire-lait manuel	3
Expression Manuelle (Exp.M)	1
TLE + Exp.M	5

Tableau VII : Délai entre la naissance et la première expression de colostrum

	Nombres	Fréquence (%)
<6 heures	7	17
6 à 12 heures	17	41.5
12 à 24 heures	16	39
>24 heures	0	0
Non réponses	1	2.5
Total	41	100

Tableau VIII : Connaissez-vous la technique d'expression manuelle ?

	Nombres	Fréquence (%)
Oui	32	78
Non	9	22
Non réponses	0	0
Total	41	100

Sur les 32 soignants connaissant la technique d'expression manuelle, 12 (37.5%) mettent en pratique cette méthode.

Tableau IX : Avez-vous reçu une « formation » particulière concernant l'allaitement maternel dans le cadre de la prématurité ?

	Nombres	Fréquence (%)
Etudes	4	9.7
Carrière prof.	16	39
Jamais	20	48.8
Non réponses	1	2.5
Total	41	100

Tableau X : Existe-t-il un projet d'équipe ou une réflexion spécifique sur les particularités de l'allaitement maternel chez le nouveau-né prématuré ?

	SDC	GHR
Oui	0	4
Non	28	9
Non réponses	0	0
Total	28	13

Tableau XI : Travaillez-vous de façon conjointe avec le personnel soignant intervenant auprès de l'enfant afin d'individualiser la prise en charge ?

	Nombres	Fréquence (%)
Oui	10	24.4
Non	31	75.6
Non réponses	0	0
Total	41	100

Tableau XII : En cas d'hospitalisation en GHR pour menace d'accouchement prématuré, le mode d'alimentation est-il abordé avec la mère ?

	Nombres	Fréquence (%)
Systematiquement	3	23
Le plus souvent	8	61.5
Parfois	2	15.5
Non, jamais	0	0
Non réponses	0	0
Total	13	100

Tableau XIII : Comment l'information sur l'AM « spécifique » chez le prématuré est-elle délivrée aux mères ? (Plusieurs réponses étaient possibles)

	Nombres
Informations orales	41
Consultation spécialisée	5
Affiches	29
Dépliants Réseau Sécurité Naissance	32
Réunions d'informations	1
Consultante en lactation	6
Pas d'information	0

7.1.3 Dans les services de Néonatalogie : réanimation néonatale, soins intensifs et néonatalogie

Sur les 3 services, 52 questionnaires sur 85 distribués ont été renseignés (61.2 %).

Au total, 26 puéricultrices, 25 IDE, et 1 auxiliaire de puériculture ont répondu.

13 de ces professionnels travaillent en néonatalogie, 25 aux Soins intensifs et 14 en réanimation néonatale. Les tableaux suivants présentent les réponses des soignants en fonction des items abordés dans le questionnaire, où N = 52 (nombre de professionnels).

Tableau XIV : Encadrement et soutien des mères de NN prématurés dans leur projet d'allaitement maternel (AM)

	Nombres	Fréquence (%)
Quotidiennement	37	71.2
Régulièrement	12	23
Parfois	3	5.8
Jamais	0	0
Non réponses	0	0
Total	52	100

Tableau XV: Rencontrez-vous des difficultés dans la mise en place de l'AM chez les mères de NN prématurés ?

	Nombres	Fréquence (%)
Oui	48	92.2
Non	2	3.9
Non réponses	2	3.9
Total	52	100

Tableau XVI : Difficultés énoncées par les soignants des services de Néonatalogie concernant l'allaitement maternel en cas de naissance prématurée

<p align="center"><i>Difficultés maternelles</i></p>	<p>« Mamans viennent parfois à J2/J3 voir leur bébé pour la première fois » « Les mères ont du mal à tirer 8 fois par jour » « Mamans hospitalisées dans un autre établissement ou en réanimation » « Problème de manque de lait, maman ne tire pas assez, démotivation tout le long de l'hospitalisation » « Ne tire pas assez souvent, moral de la maman joue sur la quantité de lait » « Manque de présence des mamans »</p>
<p align="center"><i>Difficultés liées à l'enfant</i></p>	<p>« Contexte d'urgence vitale pour l'enfant » « Dégradation de l'enfant qui influe sur le volume de lait des mamans » « Peu de contact physique » « Bébés instables » « Difficultés d'éveil et de stimulation du fait de la prématurité, dans la mise au sein et efficacité de succion » « C'est au cas par cas. L'apprentissage des tétés peut être long car l'enfant est trop endormi ou la maman n'est pas souvent présente » « Difficultés de l'oralité liées aux gestes invasifs autour de la sphère buccale »</p>
<p align="center"><i>Difficultés organisationnelles, matérielles ou du personnel</i></p>	<p>« Mise en place difficile car la maman tire son lait 48h après avoir accouché » « Le temps pour en parler parfois » « Manque de connaissances pour accompagner les mamans » « Mise à disposition du tire-lait difficile dans les services de maternité, connaissances sur l'allaitement parfois insuffisantes » « Difficultés de suivi et de discours communs » « Temps de latence entre la naissance et la mise en route de l'allaitement » « Par manque d'informations » « Temps disponible. Pas toujours les mêmes discours »</p>

Tableau XVII : Avez-vous reçu une « formation » particulière concernant l'allaitement maternel dans le cadre de la prématurité ?

	Nombres	Fréquence (%)
Etudes	11	21,2
Carrière prof.	23	44,2
Jamais	18	34,6
Non réponses	0	0
Total	52	100

Tableau XVIII : Les mères de NN prématurés sont-elles en demande sur l'AM ?

	Nombres	Fréquence (%)
Oui	50	96.2
Non	0	0
Non réponses	2	3.8
Total	52	100

Tableau XIX : Délai de visite de la mère à son enfant en fonction du mode d'accouchement

	Voie basse		Césarienne	
	Nombres	Fréquence (%)	Nombres	Fréquence (%)
<6 heures	46	88.5	15	28.8
6 à 12 heures	5	9.6	14	26.9
12 à 24 heures	1	1.9	20	38.5
>24 heures	0	0	3	5.8
Non réponses	0	0	0	0
Total	52	100	52	100

Tableau XX : Moyens d'expression du colostrum durant les premiers jours (plusieurs réponses étaient possibles)

	Nombres
Tire-lait électrique	51
Tire-lait manuel	6
Exp. Manuelle	8
Autre(s) méthode(s)	0

Tableau XXI : Connaissez-vous la technique d'expression manuelle ?

	Nombres	Fréquence (%)
Oui	43	82.7
Non	9	17.3
Non réponses	0	0
Total	52	100

Sur les 43 soignants connaissant l'expression manuelle, 20 (46.5%) déclarent la mettre en pratique.

Tableau XXII: Existe-t-il un projet d'équipe ou une réflexion spécifique sur les particularités de l'allaitement maternel chez le nouveau-né prématuré ?

	Nombres	Fréquence (%)
Oui	48	92.3
Non	2	3.9
Non réponses	2	3.9
Total	52	100

Tableau XXIII : Comment l'information sur l'AM « spécifique » chez le prématuré est-elle délivrée aux mères ? (Plusieurs réponses étaient possibles)

	Nombres
Informations orales	52
Consultation spécialisée	19
Affiches	5
Dépliants Réseau Sécurité Naissance	35
Réunions d'informations	1
Consultante en lactation	23
Pas d'information	0

7.2 Formation des soignants à la technique d'expression manuelle

Au total, 14 séances de formation ont été dispensées entre Juin et Août 2012, permettant la formation de 63 professionnels de santé (tous temps de travail confondus) à la technique d'expression manuelle.

Tableau XXIV : Répartition des professionnels de santé formés à l'expression manuelle en fonction du service (Période de Juin à Août 2012)

	Suites de couches	Grossesses à haut risque	Gynécologie
<i>Nombre de séances dispensées</i>	6	5	3
<i>Nombre de professionnels formés / effectif du service</i>	32/ 74 (43,2)	16/ 21 (76,2)	15/ 31 (48,4)
<i>Nombre de professionnels formés / profession exercée</i>	15 Aux. de périnatalité/ 34 13 Sages-femmes/ 24 3 ASHQ/ 8 1 Puéricultrice/ 8	8 Aides-soignantes / 10 8 Sages-femmes / 11	10 AS – ASHQ /18 4 IDE / 13 1 Cadre de santé

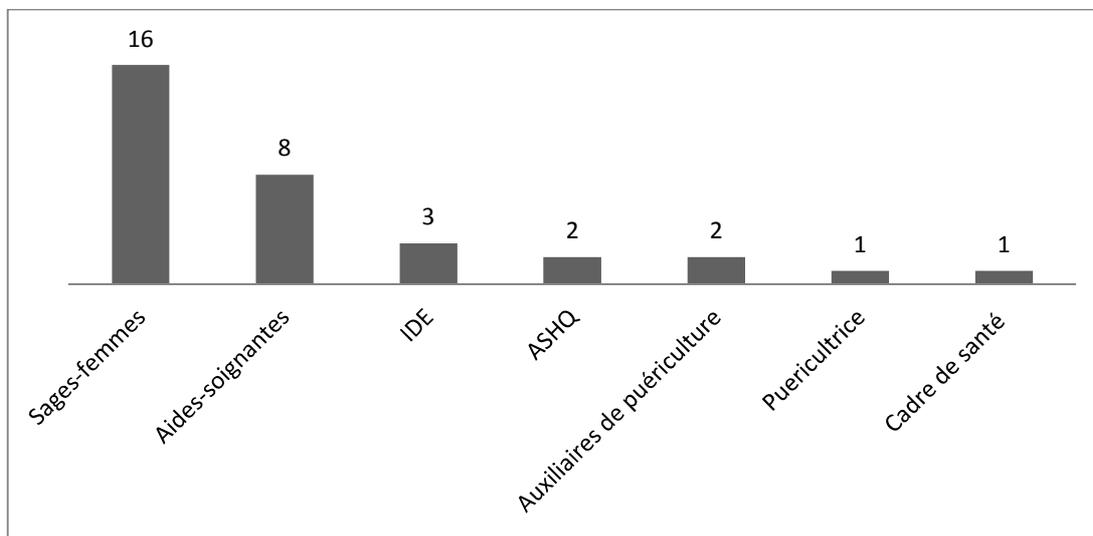
*Les parenthèses indiquent les pourcentages /IDE : Infirmière Diplômée d'Etat / ASHQ : Agent des Services Hospitaliers Qualifiés

Avant l'arrêt des interventions, et pour savoir si d'autres professionnels souhaitaient bénéficier de la formation, une feuille d'inscription avait été déposée dans chaque service. Aucune personne ne s'était inscrite.

7.3 Impact de la formation sur les pratiques professionnelles

Afin d'évaluer l'impact de notre action sur la pratique professionnelle, les 63 personnes ayant assisté à la formation ont toutes été sollicitées pour répondre au questionnaire post-intervention (annexe 5). Entre septembre et novembre 2012, nous en avons récupéré 33 sur 63 distribués (52.4 %), malgré plusieurs relances.

Figure 1 : Répartition des 33 professionnels ayant répondu au questionnaire post-intervention en fonction de la profession exercée



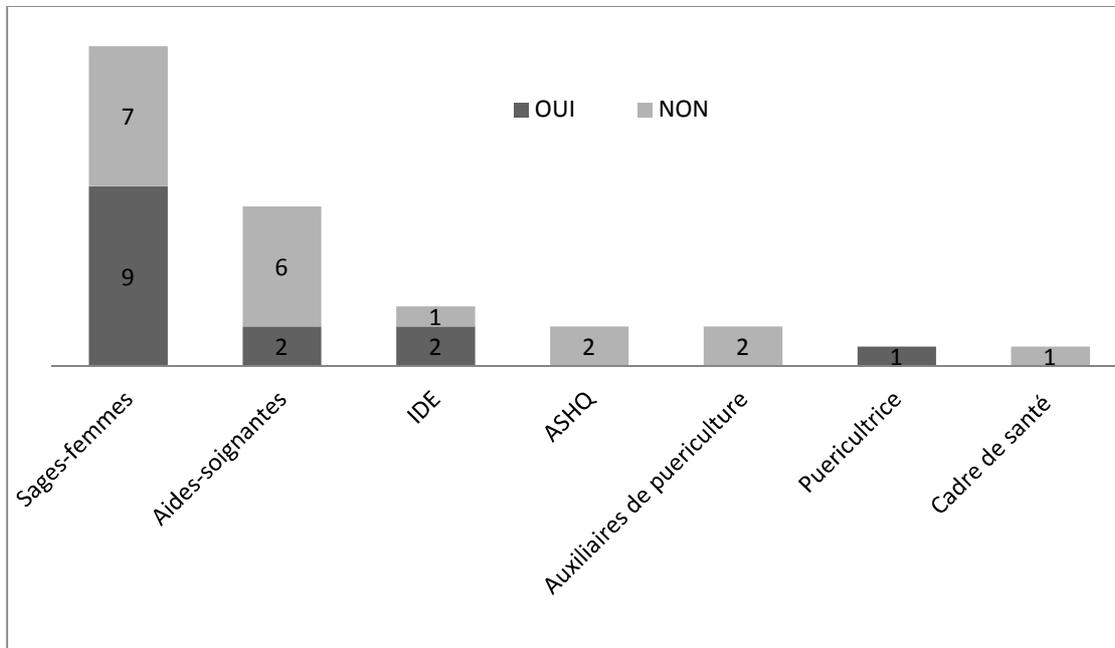
Avant d'assister à notre intervention

- Connaissance de la technique d'expression manuelle

Au total, avant d'assister à notre intervention, 14/33 (42.4%) connaissaient la technique d'expression manuelle et 19/33 (57.6%) ne la connaissait pas.

Parmi les 14 personnes la connaissant, 9 la mettait déjà en application (7 sages-femmes, 1 puéricultrice, et 1 IDE).

Figure 2 : Connaissance de l'expression manuelle avant formation selon la profession exercée (N= 33)



Après avoir assisté à notre intervention

- Modification des pratiques concernant l'initiation de la lactation en cas de naissance prématurée
 - **29 soignants/33** (87,9%) ayant reçu la formation, ont déclaré que la formation avait modifié leur pratique (12 totalement et 17 partiellement).
 - **4 soignants/33** (12,1%), à savoir 4 Sages-femmes, ont déclaré que cela n'avait pas modifié leur pratique. Parmi elles, 1 seule sage-femme mettait déjà en application cette technique.
- Professionnels ayant été amené à expliquer, à montrer l'expression manuelle à une mère ayant accouché prématurément et souhaitant allaiter

Entre le 1^{er} juillet (début de la pratique de l'expression manuelle en vue de recueillir le colostrum pour un don dirigé d'une mère à son enfant prématuré) et novembre 2012, **20/33** (60,6%) soignants ayant participé et répondu au questionnaire post-intervention ont été amené à enseigner l'expression manuelle.

Parmi lesquels : 9 sages-femmes, 5 aides-soignantes, 1 puéricultrice, 1 auxiliaire de puériculture, et 3 IDE.

Parmi ces 20 soignants, 16 d'entre eux ont montré la réalisation pratique des gestes nécessaires à la technique.

- Vous sentez-vous à l'aise avec la réalisation de l'expression manuelle ?

31 soignants ont répondu à cette question :

- **7/31** (22.6%) se sentent complètement à l'aise (6 sages-femmes et 1 IDE) ;
- **15/31** (48.4%) se sentent un peu à l'aise (5 sages-femmes, 4 aides-soignantes, 2 auxiliaires de puériculture, 2 IDE, 1 puéricultrice, 1 ASHQ)
- **9/31** (29%) ne sentent pas à l'aise (4 sages-femmes, 4 aides-soignantes, 1 ASHQ)

- Délai de réalisation de l'expression manuelle après la naissance

24 soignants ont répondu à cette question :

- **4/24** (16.7%) déclare que l'expression manuelle est réalisée dans les 6 heures suivant la naissance ;
- **12/24** (50%) déclare qu'elle est réalisée dans un délai de 6 à 12heures ;
- **8/24** (33.3 %) déclare qu'elle est réalisée dans un délai de 12 à 24 heures ;

- Le colostrum exprimé est-il acheminé dans le service d'hospitalisation de l'enfant ?

27 soignants ont répondu à cette question :

- Oui, systématiquement : **12/27** (44,4%)
- Oui, le plus souvent : **13/27** (48.2%)
- Oui, parfois : **1/27** (3.7%)
- Non, jamais : **1/27** (3.7%)

- La mise en place de cette technique et/ou sa réalisation par les mères pose t'elle des difficultés ?

Parmi les 27 soignants ayant répondu à cette question, **21/27** (77,8%) déclarent que la mise en application de l'expression manuelle pose des difficultés et **6/27** (22,2%) déclarent qu'elle n'en pose pas.

Tableau XXV : Difficultés citées par les soignants après mise en place de la technique

<p><i>Liées à la mère</i></p>	<p>« Problème des femmes peu à l’aise avec leur corps. »</p> <p>« Principalement chez les patientes pour qui l’allaitement n’était pas un choix premier mais motivé par la prématurité de leur enfant, l’expression manuelle est parfois moins bien accueillie que le tire-lait électrique. »</p> <p>« Certaines femmes peu à l’aise avec leur corps nécessitent une approche plus patiente, surtout si l’allaitement n’était pas forcément leur choix premier ou non certain. »</p> <p>« Pudeur »</p> <p>« Cela est variable selon le contexte de naissance, l’état général de la patiente. »</p> <p>« Gestion de la douleur et fatigue de la maman. Stress de l’allaitement lors d’un accouchement prématuré et démotivation si montée de lait pas installée. »</p> <p>« Parfois trop fatiguée après une césarienne, pas facile de rester en position assise. »</p> <p>« Difficile à mettre en pratique chez les primipares (peu à l’aise avec leurs seins). »</p>
<p><i>Matérielles, Organisationnelles</i></p>	<p>« Difficultés de mise en place de l’expression manuelle par habitude du tire-lait. Nécessité de ré informer régulièrement car turn-over important. »</p> <p>« Problème acheminement »</p> <p>« Juste acheminement pas toujours simple et problème de matériel de recueil du lait. »</p> <p>« Si mère césarisée, parfois il est difficile d’amener le colostrum par les soignants dans le service (problème de temps). »</p>
<p><i>Liées aux soignants</i></p>	<p>« Pas assez de pratique pour être à l’aise encore. »</p> <p>« Je n’ai pas eu encore l’occasion de mettre en pratique. J’ai aussi fait la formation Connaître ou j’ai eu les explications. »</p> <p>« Disponibilité et « bon vouloir » du personnel. »</p> <p>« Manque d’informations, de pratique et d’expérience. »</p> <p>« Le manque de pratique. Le voir sur un mannequin c’est très bien, mais j’aimerais le voir sur une mère pour vraiment visualiser. Les explications sont claires mais la pratique me rendra plus à l’aise face à cette technique. »</p>

- Avez-vous été amené à expliquer, ou à montrer cette technique à un(e) ou plusieurs de vos collègues ?

31 soignants ont répondu à cette question. **13/31** (42%) ont expliqué cette technique après avoir reçu la formation. **18/31** (58%) ont répondu non.

8. Mères ayant fait l'expression manuelle en vue d'un don dirigé de colostrum

Entre le 1er Juillet 2012 et le 10 Janvier 2013, 20 mères ayant accouché prématurément ont réalisé l'expression manuelle en vue d'un don de colostrum cru à leur(s) enfant(s) né(s) prématurément et hospitalisé(s) dans l'un des services de Néonatalogie du CHU de Nantes. Ce qui représente 24 enfants prématurés ayant pu potentiellement bénéficier du colostrum de leur mère (16 singletons et 8 jumeaux).

Cette technique a également été pratiquée par 2 mères ayant accouché à terme mais séparées de leur enfant hospitalisé en réanimation néonatale.

TROISIEME PARTIE : Discussion

8. Synthèse des résultats

L'« état des lieux » réalisé préalablement à notre programme de formation, nous a permis de constater que la mise en œuvre de l'allaitement dans un contexte de prématurité est une situation complexe. Les professionnels de santé, travaillant auprès de la mère ou de l'enfant font état de difficultés multifactorielles (liées à l'état de santé de l'enfant ou de la mère, ainsi qu'à la physiologie de la lactation et aux contraintes de l'extraction par tire-lait) qui rendent la mise en route et le succès de l'allaitement maternel plus difficile que chez les mères d'enfants nés à terme.

Le mode d'accouchement a aussi un impact sur la mise en route de la lactation. En cas de césarienne, le mode d'anesthésie, la rencontre entre la mère et son enfant plus tardive, parfois de 24 heures ou plus, auxquels s'ajoute la douleur, sont autant d'éléments retardant le démarrage de l'allaitement.

Or, pour la mère, l'allaitement peut-être un moyen d'offrir à son enfant ce que personne d'autre ne peut faire à sa place. Même si les parents sont amenés à participer rapidement aux soins de leur enfant, la plupart des soins sont assurés par le personnel soignant et le fait, de donner son lait pour nourrir son bébé, est pour la mère, une opportunité de s'impliquer encore plus avec des bénéfices certains pour la santé de son enfant.

Il est donc essentiel que ces mères souhaitant allaiter soient informées, encouragées et soutenues à chaque étape de leur allaitement. Toutes les facilités pour exprimer et recueillir leur lait doivent leur être apportées et cela dès la naissance.

L'initiation de la lactation dans un délai de 6 heures après la naissance est un facteur clé pour la réussite de l'allaitement. Durant les 48 premières heures (phase colostrale), l'objectif n'est pas de produire du lait en grande quantité mais de stimuler la montée laiteuse, ne pas la retarder. Or, nous constatons que ce délai est bien souvent dépassé. Le caractère « non urgent » pour tirer le lait ainsi que des difficultés liées à l'usage du tire-lait électrique (indisponibilité, contraintes mécaniques ...) sont citées par les soignants. Un manque de connaissance sur les spécificités de l'allaitement maternel dans le cadre de la

prématurité est aussi constaté. Notre démarche était donc d'améliorer l'initiation de la lactation grâce à la mise en pratique de l'expression manuelle. Une fois cette formation acquise, les professionnels nouvellement formés sont en mesure de l'enseigner aux mères pour que les nouveau-nés prématurés en soient les premiers bénéficiaires (don de colostrum cru).

La participation et l'investissement des équipes soignantes à notre projet, nous ont permis de remplir en parti nos objectifs. Grâce à la formation de 63 professionnels de santé à la technique d'expression manuelle, 20 mères de nouveau-nés prématurés ont réalisé cette technique et ce recueil entre le 1^{er} juillet 2012 et le 10 janvier 2013 en vue d'un don direct de colostrum cru. Il s'agit là d'un début, et même si les efforts restent à poursuivre, le dynamisme et l'implication des équipes ont permis cette avancée, à la fois bénéfique pour la mère et l'enfant. Cependant, le délai entre la naissance et la première expression manuelle reste trop important. Ce point, entre autres, peut-être amélioré.

9. Points faibles et points forts de notre étude

Points faibles

- La formulation, pas toujours assez précise, de certaines questions dans les formulaires distribués pour l'« état des lieux » laissent la possibilité d'une certaine subjectivité dans les réponses ;
- Le nombre de retours au questionnaire post-formation (52,4%) ;
- Les formations ont toutes été réalisées en journée, ne permettant pas de sensibiliser et de former les soignants ne travaillant que la nuit ;
- En raison de contraintes d'organisation, aucune formation n'a pu être dispensée au bloc obstétrical ;
- Le fait de ne pas avoir le ressenti des mères concernées. Ce point pourra faire l'objet d'une autre étude.

Points forts

- Mise en place d'une action spécifique en faveur des mères de nouveau-nés prématurés souhaitant allaiter ;
- Formation pluridisciplinaire, à la fois théorique et pratique, améliorant les connaissances sur les particularités de l'allaitement maternel du prématuré, et les modalités pratiques favorisant le succès de la lactation ;
- Uniformisation des pratiques, en vue d'améliorer la cohérence dans le discours et la pratique quotidienne auprès de ces mères et de ces enfants, plus fragiles ;
- Concernait l'ensemble des acteurs de santé exerçant auprès de la mère et son enfant, chacun pouvant apporter de part sa fonction, une aide précieuse et un accompagnement dans la mise en route de l'allaitement maternel ;

10. Importance de l'information et du soutien dans la réussite de l'allaitement

Bien que la lactation soit un processus biologique naturel, l'allaitement quant à lui, n'est pas instinctif. Parmi les facteurs de réussite, interviennent l'information et le soutien que reçoivent les mères de la part des équipes soignantes, et cela dès la naissance.

La période immédiate qui suit la naissance prématurée, est un moment d'anxiété, d'incertitudes, et de sidération pour les parents, pas « toujours préparés » en anténatal. Le pronostic vital de l'enfant et/ou de la mère peut-être menacé, et le problème de l'allaitement est donc bien souvent relayé au second plan. Même si cette période n'apparaît pas être le moment opportun pour initier de façon pratique la lactation chez ces mères, une information adaptée de la part des professionnels de santé est nécessaire, et cela dès la naissance.

Se montrer prévenant à l'égard de la mère et lui apporter un soutien est susceptible de renforcer sa confiance, d'autant plus fragilisée par la prématurité, et d'avoir un effet bénéfique sur l'allaitement à distance. Un simple contact même de courte durée dispensé individuellement et immédiatement après l'accouchement peut avoir des effets positifs [7] sur la réussite de l'allaitement à plus long terme.

Ainsi, au bloc obstétrical, même si la réalisation pratique de la première expression lactée est difficilement envisageable (raisons d'organisation, de temps, de priorités...), la mère souhaitant allaiter son enfant prématuré ou ne sachant pas quel mode d'alimentation choisir, doit pouvoir être informée, accompagnée rapidement après son accouchement, de façon systématique. Les soignants, chacun dans la fonction qu'ils occupent, ont un rôle important à jouer.

La connaissance du désir d'allaitement peut être anticipée par l'équipe du bloc obstétrical, qui peut alors relayer cette information aux équipes prenant en charge le couple mère-enfant. Ainsi, les intervenants ayant connaissance de ce désir, peuvent plus rapidement mettre en œuvre une prise en charge adaptée. Ce travail de transmissions et de communication entre les différentes équipes est important et à améliorer, pour harmoniser la prise en charge entre les services. Une feuille de transmission spécifique permettant de suivre le déroulement de l'allaitement en cas de prématurité pourrait être une piste intéressante. Elle permettrait aux soignants intervenants auprès de l'enfant et auprès de la mère d'avoir un suivi quotidien, et de communiquer sur les éventuelles difficultés rencontrées par la mère, l'état de santé de l'enfant pour ajuster la prise en charge. Malgré tout, il s'agit d'une feuille supplémentaire à remplir par les professionnels.

Même si un tiers voire la moitié des femmes décident de l'alimentation de leur enfant avant la grossesse [7], dans un contexte de naissance prématurée tout peut-être remis en cause. Certaines mères n'ont pas encore pris de décision en ce qui concerne l'alimentation de leur bébé, et l'allaitement est parfois ressenti comme incompatible avec la prématurité. De plus, beaucoup de mères n'ont qu'une connaissance partielle des bienfaits du lait maternel et n'ont pas forcément conscience de son intérêt majeur pour leur enfant né prématurément. Dans le respect des convictions de chaque femme et pour lui permettre de prendre sa décision dans les meilleures conditions possibles, il est de la responsabilité des professionnels de santé de donner une information claire, objective et loyale sur la pratique de l'allaitement et sur ses bénéfices [6].

Dans le cadre d'une hospitalisation en grossesses à haut risque, même si les femmes hospitalisées pour menace d'accouchement prématurée par exemple, peuvent s'entretenir avec un pédiatre-néonatalogiste, et que l'alimentation est un point abordé, il serait

intéressant et pertinent que ces femmes puissent participer à des réunions, des ateliers organisés par les sages-femmes et aides-soignantes au sein du service, sur l'allaitement et ses modalités pratiques en cas de prématurité. Cela serait une sorte de préparation avant la naissance, si cette dernière arrivait plus tôt que prévue. La littérature montre un impact positif des conseils et de l'accompagnement prodigué sur la conduite et la réussite de l'allaitement maternel en cas de prématurité, permettant de réduire l'anxiété maternelle et d'augmenter la production ainsi que la durée de l'allaitement dans cette population plus vulnérable [51].

11. La formation initiale et continue des professionnels de santé

Les parents doivent donc être informés des bénéfices du lait maternel mais encore faut-il que ces notions soient connues des soignants. En effet, l'état des lieux réalisé préalablement à notre action, montre un manque de connaissances concernant les spécificités de l'allaitement maternel dans le cadre de la prématurité, dans toutes les catégories professionnelles et dans l'ensemble des services interrogés.

Cette insuffisance de connaissances sur l'allaitement maternel peut s'expliquer par une formation initiale qui diffère en fonction de la profession.

Les programmes de formation initiale sur le thème de l'allaitement, tant sur le plan théorique que pratique, ne sont pas les mêmes entre les médecins généralistes, les gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, infirmiers, puéricultrices et auxiliaires de puériculture, aides-soignants ...

Par exemple, l'allaitement ne figure pas dans le programme récemment révisé des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier (Arrêté du 31 juillet 2009). En ce qui concerne les médecins généralistes, le nombre d'heures consacrées à l'alimentation des nourrissons est limité, de même que pour les gynécologues obstétriciens où l'allaitement est traité de façon succincte. Le programme des études de sages-femmes prévoit dans ses objectifs de « promouvoir l'allaitement et d'assurer son suivi » mais le volume d'enseignement est variable selon les écoles [6]. A l'école de sages-femmes du CHU de Nantes, 6 heures d'enseignement sont consacrées à l'allaitement maternel, sur les 4 années d'études. Ces

cours sont dispensés en L2. En L3, 8 étudiantes choisissent de réaliser l'unité d'enseignement librement choisi sur le même thème qui crédite 2 ECTS.

Les thèmes de l'alimentation sont aussi abordés en pédiatrie, sans que cela ne dépasse 2 heures. Bien souvent, il s'agit de données théoriques, davantage développées sur l'allaitement du nouveau-né à terme, et les spécificités de l'allaitement en cas de prématurité sont rarement abordées, à la fois en théorie et en pratique.

Ces différences de formation initiale et continue des professionnels de santé entraînent des incohérences voire des contradictions dans le discours donné aux femmes ainsi que dans la pratique courante.

La formation continue, dont l'objectif est d'améliorer et d'actualiser les connaissances est obligatoire pour tous les personnels de maternité ainsi que des services de néonatalogie et de pédiatrie [6]. Peitschnig et al. [52] ont montré que l'information des professionnels sur l'allaitement d'enfants grands prématurés permettait d'augmenter le taux d'allaitement maternel exclusif de 21,5 % à 62,5%.

Une amélioration des connaissances sur les spécificités de l'allaitement maternel chez l'enfant prématuré était donc indispensable en vue d'améliorer la pratique au quotidien. Ces spécificités étaient présentées en première partie lors de chaque intervention.

12. La première expression de lait, première stimulation mamelonnaire

L'état des lieux réalisé préalablement à notre intervention, nous a permis de constater que le délai d'initiation de l'allaitement maternel dans un contexte de prématurité n'est pas optimal. En effet, le délai entre la naissance et la première stimulation est trop long par rapport à celui suggéré dans la littérature qui est de 6 heures maximum. Au bloc obstétrical, la mise en route de l'allaitement n'est quasiment jamais initiée dans les 2 heures de surveillance du post-partum immédiat, de même que dans les services d'hospitalisation maternels (suites de couches et grossesses pathologiques), où 41.5% des soignants interrogés déclarent qu'elle est initiée dans un délai de 6 à 12 heures et 39% dans un délai de 12 à 24 heures.

Or ce délai est un des facteurs prédictifs de la réussite de l'allaitement maternel à court et long terme, d'autant plus en cas de naissance avant terme. Il intervient sur la quantité de lait

produite et sur la durée de l'allaitement. Un retard d'expression du lait peut avoir un impact négatif sur sa production à plus long terme, et l'expression précoce de colostrum est associée à une meilleure réussite de la lactation [50].

Une étude prospective observationnelle [23] menée sur 119 mères de nouveau-nés prématurés et de faible poids de naissance, ayant pour projet d'allaiter, montre que l'expression de lait dans les 6 heures qui suivent la naissance augmente significativement la durée de l'allaitement et est associée à une augmentation du volume de lait produit.

De plus, dans les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » rédigées par l'OMS, la condition n°5 stipule que : « Le personnel soignant devrait offrir d'aider les mères à allaiter dans les 6 heures suivant l'accouchement et leur montrer comment extraire leur lait [...] Une assistance devrait être apportée aux mères dont les bébés sont placés dans l'unité de soins spéciaux afin de leur montrer comment faire démarrer puis entretenir la lactation par l'expression fréquente de lait ».

Cette notion de délai est particulièrement intéressante lorsque l'on sait que l'insuffisance de lait dans les 6 premières semaines du post-partum est la raison la plus courante d'arrêt de l'allaitement. Cette insuffisance de lait est 2,8 fois plus fréquente chez les mères d'enfants prématurés [46].

Un des objectifs de notre travail, était de réduire le temps de latence entre la naissance et la première stimulation mamelonnaire grâce à la pratique de l'expression manuelle. Elle permet d'initier la lactation sans perdre de temps, et d'assurer un apport précoce de colostrum frais de la mère à son enfant prématuré hospitalisé. Notre formation s'est attachée à expliquer l'intérêt et l'importance de respecter ce délai dans la bonne mise en route de l'allaitement. Malgré notre intervention dans les services d'hospitalisation maternels, ce délai est encore trop long et des efforts restent à fournir. En effet, seuls 16,7% des soignants formés déclarent que lorsque l'expression manuelle est initiée, elle est réalisée dans ce délai optimal de 6 heures.

Le manque de matériel souligné par les soignants, et plus particulièrement le nombre limité de tire-laits électriques disponibles dans les services, a conduit le lactarium à passer une commande de 42 tire-laits pour répondre à ces besoins. Car même si le tire-lait électrique

n'est pas le moyen optimal pour le recueil du colostrum, il est indispensable par la suite pour permettre à la mère d'entretenir sa lactation, en attendant que son enfant puisse s'alimenter directement au sein. Grâce à l'enseignement de l'expression manuelle, nous pouvons passer outre ce manque de matériel, et proposer sa pratique rapidement à la mère sans aucune contrainte.

Certains soignants reconnaissent aussi un retard de stimulation avec une mise en place tardive et parfois contraignante du tire-lait électrique. En conséquence, la montée laiteuse est retardée, peu abondante, et il est alors difficile pour la mère de rester motivée en vue d'obtenir une production largement supérieure aux besoins de son enfant. Une production adéquate de lait facilitera la transition de l'alimentation par sonde à la tétée directe au sein, en réduisant l'effort demandé au prématuré pour le transfert de lait.

La mère doit prendre conscience et comprendre l'intérêt d'exprimer son lait aussi rapidement et souvent que possible (6 à 8 fois/24 heures y compris la nuit) [20].

Une production journalière de 500 ml de lait dès la deuxième semaine est garante d'une production adéquate les semaines suivantes. Les volumes de lait exprimés déterminent la durée et l'exclusivité de l'allaitement [53]. De plus, l'étude menée par l'équipe de Jane Morton [46], témoigne de l'importance l'expression fréquente de colostrum pendant les 3 premiers jours du post-partum permettant d'augmenter la production de lait dans les 2 semaines qui suivent. L'expression manuelle, est donc un moyen simple et efficace d'amorcer la lactation dans un contexte de naissance prématurée, et pouvant répondre à certaines des difficultés énoncées par les soignants.

13. Difficultés inhérentes à la mise en place de l'expression manuelle au sein des équipes

La modification des pratiques, voire l'initiation à une nouvelle pratique, au sein d'une équipe est un travail complexe, ne résultant pas uniquement de l'amélioration des connaissances, mais bel et bien, d'un changement d'attitude à la fois dans la dynamique d'équipe et sur le plan personnel.

Notre travail pour ce mémoire, en plus d'apporter des connaissances nouvelles ou peu connues, voulait uniformiser la pratique courante et se voulait être une « aide » aussi bien pour les professionnels que pour les femmes. Le dynamisme des équipes ainsi que le nombre de femmes ayant réalisé l'expression manuelle depuis le changement de pratique, témoignent de l'intérêt et de l'adhésion des soignants à notre projet. Cependant, les efforts restent à poursuivre car il est difficile de faire changer la pratique courante de façon durable. Il est toujours difficile d'actualiser les connaissances acquises par la formation initiale et de modifier les pratiques avec lesquelles nous sommes le plus à l'aise, ce qui constituent des obstacles au changement.

Tout cela demande du temps, et un investissement constant. La formation en équipe permet un échange entre les soignants et favorise la cohérence des pratiques en vue d'améliorer la qualité des soins [54].

Désormais, il serait intéressant de favoriser davantage la communication entre les équipes s'occupant de la mère et celles s'occupant de l'enfant, afin d'avoir une uniformité globale, avec un même fil conducteur, pour le plus grand bénéfice du couple mère-enfant.

Une autre difficulté est celle de la confusion possible entre sein érotique et sein nourricier aussi bien du côté des mères, que du côté des soignants expliquant que la technique d'expression manuelle ne soit pas toujours facile à proposer. L'allaitement, c'est aussi une histoire de sensualité, d'émotions, et d'ambivalences. Les représentations que peuvent en avoir certains soignants peuvent expliquer le fait qu'ils ne se sentent pas à l'aise avec cette technique bien qu'elle n'implique pas nécessairement de toucher le sein maternel. En effet, l'apprentissage de la technique d'extraction du lait par massage du soignant à la mère n'implique pas nécessairement le toucher. Bien au contraire, il est important pour la mère qu'elle puisse faire le geste elle-même tout en étant guidée par le professionnel qui peut faire le modèle en montrant les gestes sur lui-même. C'est ce qu'on appelle l'approche de type « Hands off » [55].

Enfin, l'acheminement du colostrum dans le service d'hospitalisation de l'enfant pose parfois problème, notamment en cas de césarienne lorsque la mère ne peut pas se

déplacer ou lorsque la charge de travail ne permet pas au soignant de conduire le prélèvement.

14. Le rôle de la sage-femme

L'allaitement maternel est un enjeu de santé publique, et son soutien implique tous les acteurs de la périnatalité, et en particulier les sages-femmes.

Cependant, il est indispensable de faire la différence entre les enjeux de santé publique concernant des populations entières, et l'accompagnement personnalisé, centré sur des besoins uniques comme par exemple dans le cadre de la naissance prématurée.

La sage-femme, en tant qu'interlocutrice principale du couple et de la femme pendant la grossesse, l'accouchement et dans le post-partum, a un rôle majeur dans ce soutien, et la promotion de l'allaitement.

Intervention de la sage-femme dans l'allaitement en cas de prématurité

La mère accouchant prématurément et ayant pour projet d'allaiter, méritera d'autant plus d'attention et d'accompagnement, notamment si des facteurs ayant une association négative avec l'initiation et/ou la durée de l'allaitement sont présents, comme par exemple : la primiparité, le très jeune âge maternel, le niveau socio-économique précaire, expérience d'allaitement négative, le tabagisme ou encore l'obésité [6].

Nous avons vu que le démarrage de l'allaitement maternel est une étape importante, prédictive de son succès et de sa durée à plus long terme. Mais son accompagnement est compliqué par la durée de plus en plus courte du séjour des mères à la maternité (sauf hospitalisation en unité Kangourou) et aux obstacles liés à la prématurité. Le séjour de la mère est donc un moment clé et déterminant pour aider ces femmes à débiter leur allaitement. Le soutien, la position de l'équipe soignante, l'écoute empathique et l'encouragement doivent améliorer le sentiment de compétence de la mère, souvent fragilisé et une aide pratique sur les techniques d'allaitement est indispensable.

Avant la sortie, la sage-femme doit s'assurer du bon déroulement de la lactation et que la mère est acquies les moyens nécessaires à sa poursuite. La mère doit avoir connaissance des ressources à sa disposition une fois rentrée chez elle.

Le suivi de l'allaitement peut-être pris en charge par une sage-femme libérale.

Le Réseau Sécurité Naissance des pays de la Loire a édité des plaquettes regroupant les coordonnées du lactarium, PMI, ainsi que des associations de soutien.

L'allaitement dans les compétences de la sage-femme

Le code de déontologie qui régit la profession de sage-femme stipule à l'article R4127-325 que « dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques que requièrent la patiente et le nouveau-né » [56].

L'article R4127-304, modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012, déclare que « la sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu » [56], ce qui peut-être appliquer au thème de l'allaitement. Elle doit également savoir développer des actions en partenariat avec d'autres professionnels de santé et acteurs sociaux pour une meilleure prise en charge des personnes soignées [57].

La sage-femme, dans le cadre de son exercice, doit donc permettre aux mères de nouveau-nés prématurés de mettre en route leur lactation et de l'entretenir, grâce à une prise en charge adaptée et individualisée à chaque situation, à chaque histoire.

CONCLUSION

Le lait maternel est l'aliment optimal pour tous les nourrissons, particulièrement pour le nouveau-né prématuré, plus vulnérable. Cependant, la mise en œuvre et la poursuite de l'allaitement maternel sont plus complexes chez les mères ayant accouché prématurément. Notre étude a mis en évidence de nombreuses difficultés dues principalement au retard pris dans l'initiation de la lactation.

Le délai entre la naissance et la première expression de colostrum est un facteur prédictif de la réussite et de la poursuite de l'allaitement. Or, le délai de 6 heures recommandé dans la littérature pour débiter cette initiation est rarement respecté.

L'objectif essentiel de notre travail était d'améliorer l'initiation de l'allaitement grâce à l'enseignement et la mise en pratique de la technique Marmet, permettant l'expression manuelle du lait rapidement après la naissance, sans recours immédiat au tire-lait électrique.

La formation des professionnels de santé au CHU de Nantes à cette technique entre Juin et Août 2012, a permis à 20 mères ayant accouché prématurément de mettre à profit cette pratique pour stimuler leur lactation. Leur enfant a ainsi pu bénéficier du colostrum exprimé.

Bien qu'il ne s'agisse que d'un début, il est encourageant et les efforts restent à maintenir pour le plus grand bénéfice des prématurés.

Afin de prolonger ce travail, il serait intéressant d'évaluer l'impact de cette pratique auprès des mères concernées, ainsi que les bénéfices de l'administration du colostrum cru sur la santé du nouveau-né prématuré.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ZUPAN SIMUNEK V., RAZAFIMAHEFA H., CHABERNAUD J.-L., et al. Avancées médicales et progrès techniques en réanimation néonatale. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Obstétrique, 5-114-K-60,2007, 21 p.
- [2] SIZUN J., RATYNSKI N., JAY N., et al. Allaitement maternel et prématurité : intérêts des soins de développement centrés sur l'enfant et sa famille. Spirale, 2003/3, no 27, p. 15-22. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-spirale-2003-3-page-15.htm> (consulté le 20/10/2012)
- [3] OMS. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève, 2003. Bibliothèque de l'OMS. Disponible sur : http://www.who.int/nutrition/publications/g_s_infant_feeding_text_fre.pdf (consulté le 20/10/2012)
- [4] Programme National Nutrition Santé. Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Paris : PNNS, février 2005. Disponible sur : <http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/SyntheseAllaitement.pdf> (consulté le 17/04/2012)
- [5] Programme National Nutrition Santé 2011-2015. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Juillet 2011 [en ligne] Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf (consulté le 30/10/2012)
- [6] TURCK D. Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel. Plan d'action : allaitement maternel. Paris, 2010, 39 p. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf (consulté le 14/05/2012)
- [7] OMS, Département santé et développement de l'enfant et de l'adolescent. Données scientifiques relatives aux Dix conditions pour le Succès de l'Allaitement. Genève, 1999.
- [8] LACROZE V. Prématurité : définitions, épidémiologie, étiopathogénie, organisation des soins. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Pédiatrie, 4-002-N-10,2011.
- [9] LAUGIER J., ROZE J.-C. Soins aux nouveau-nés. Avant, pendant et après la naissance. Paris : Masson, 2002, 739p.
- [10] OMS, Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, Aide à l'enfance, March of Dimes. Arrivés trop tôt : rapport des efforts mondiaux portant sur les naissances prématurées-Sommaire exécutif.2012, 10 p.

Disponible sur :

http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon_execsum_fr.pdf (consulté le 21/05/2012)

[11] L'état de santé de la population en France. Rapport des objectifs de la loi de Santé Publique de 2011. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er805.pdf> (consulté le 30.10.2012).

[12] DREES. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale. Etudes et résultats. N° 775.octobre 2011.

Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er775-2.pdf> (consulté le 25/07/2012)

[13] Données BRANGER Bernard ; Réseau Sécurité Naissance – Naitre Ensemble des Pays de la Loire. Données non publiées. Année 2011.

[14] CHABERNAUD J.-L. Les indications fœtales du transfert in utero. La revue des SAMU, 2001, p.392 à 394. Disponible sur :

http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/documentation/theme_transfert/02.pdf (consulté le 18/10/2012)

[15] GOLD F., AUJARD Y., DEHAN M., et al. Soins intensifs et réanimation du nouveau-né. 2^e édition. Masson, 2006, (Collection de périnatalité), 597p.

[16] LARROQUE B., BREART G., KAMINSKI M., et al. Survival of very preterm infants: Epipage, a population based cohort study. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 2004 Mar; 89(2): F 139-44.

[17] LIEOU A.-E., JABAUD-GAZIN G., PATKAI J. et al. Prise en charge nutritionnelle des nouveau-nés prématurés. Journal de Pharmacie Clinique, 2008, vol.27, n°1. Disponible sur : <http://www.jle.com/e-docs/00/04/3B/8B/article.phtml> (consulté le 03/09/2012)

[18] OMS. Thèmes de santé. Allaitement. Disponible sur :

<http://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/> (consulté le 08/01/2013).

[19] HAS-ANAES. Service recommandations et références professionnelles. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Mai 2002. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr> (consulté le 08/01/2013)

- [20] GREMMO-FEGGER G. Dossier L'allaitement de l'enfant prématuré. Allaiter aujourd'hui, Jan/Fév/Mars 2011, 5p.
- [21] GIRARD L. Accueillir en maternité les nouveau-nés prématurés, 2^{ème} partie. Les Dossiers de l'Obstétrique, n°394, juin 2010, 6p.
- [22] La Leche League France. Allaitement des prématurés. Allaiter aujourd'hui, n°52, LLL France. Disponible sur : <http://www.lllfrance.org/Allaiter-Aujourd-hui/AA-52-Allaitement-des-prematures.html> (consulté le 22/10/2012)
- [23] FURMAN L., MINICH N., HACK M. Correlates of lactation in mothers of very low birth-weight infants. *Pediatrics* 2002 ; 109(4).
Disponible sur : <http://pediatrics.aappublications.org/content/109/4/e57.full.pdf+html> (consulté le 02/07/2012)
- [24] LAPILLONE A., RAZAFIMAHEFA H., RIGOURD V., et al. La nutrition du prématuré. *Archives de pédiatrie*, 2011, 18, p.313-323.
- [25] LAFEBER H.-N., WESTERBEEK E.A.M., VAN DEN BERG A., et al. Nutritional factors influencing infections in preterm infants. *J. Nutr.* 138: 1813S-1817S, 2008.
- [26] WALKER M. Breastfeeding the late preterm infant. *JOGG*, 2008, 37, p.697
- [27] BEAUDRY M, CHIASSEON S, LAUZIÈRE J. Biologie de l'allaitement. Le sein, le lait, le geste. Presses de l'Université du Québec, 2006, 570 p.
- [28] KOENIG A., DE ALBUQUERQUE DINIZ E., CORREIA BARBOSA S. et al. Immunologic factors in Human milk: the effects of gestational age and pasteurization. *J Hum Lact* 2005 21:439. Disponible sur : <http://jhl.sagepub.com/content/21/4/439> (consulté le 2.07.2012)
- [29] CHANTRY CJ. Colostrum: « liquid gold ». *ABM News and Views* 2002; 8(4): 29. Extrait des Dossiers de l'Allaitement n°57 (oct-nov-dec 2003) : Colostrum : l'or liquide. Disponible sur : <http://www.lllfrance.org/Dossiers-de-l-allaitement/DA-57-Colostrum-lor-liquide.html> (consulté le 01/05/2012)
- [30] ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. Pour un allaitement réussi. Physiologie de la lactation et soutien aux mères. Paris : Masson, 1998 pour la traduction française, 99 p.
- [31] UVMAF-Université Virtuelle de Maïeutique Francophone. Support de cours : Physiologie de la lactation, 01/03/2011. La transcytose, p.13 Disponible sur : <http://www.uvp5.univ-paris5.fr/mere-enfant/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-lactation.pdf> (consulté le 21/10/2012)

[32] IRIN-nouvelles et analyses humanitaires. Afrique de l'Ouest : une heure pour trouver le sein. Ouagadougou, 7 août 2009. Disponible sur :

<http://www.irinnews.org/fr/Report/85621/AFRIQUE-DE-L-OUEST-Une-heure-pour-trouver-le-sein> (consulté le 10/07/2012)

[33] DUBOS JP, DEPOORTERE MH, DJAVADZADEH AM, CODACCIONI X. Avantages de l'allaitement maternel. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Obstétrique, 5-108-M-20, 1999, 7p.

[34] THIRION M. L'allaitement. Paris : Ramsay, 1980, 336p p.62 /78

[35] LAURENT C. Le lait maternel, aspects pratiques. Institut Co-Naitre, 27/05/2002, 4p. Disponible sur : <http://www.co-naitre.net/articles/laitmaternelCL.pdf> (consulté le 06/06/2012)

[36] HAMOSH M. Bioactive factors in human milk. *Pediatr Clin North Am*, 2001, 48(1), p.69-86

[37] REGIMBALD D., ROY M-E. L'alimentation chez les prématurés de plus de 34 semaines. Réseau mère-enfant CHU Sainte Justine. 17 Avril 2012. Disponible sur : <http://www.chu-sainte-justine.org/documents/Pro/Visio%20RME-17%20avril%202012.pdf> (consulté le 21/10/2012)

[38] LAPILLONNE A., CAMPEOTTO F., DUPONT C. Nutrition trophique et maturation du tube digestif de l'enfant prématuré. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2004, 33 (suppl. au n°1), p. 1S127-1S128

[39] DELFOSSE M-J., SOULIGNAC B., DEPOORTERE M-H. et al. Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance. *Devenir*, 2006/1 Vol.18, p.23-35. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-devenir-2006-1-page-23.htm> (consulté le 21/10/2012)

[40] OMS, Département santé et développement de l'enfant et de l'adolescent : Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement, Genève, 1999.

[41] SOUBEIRAN-C M., GOMEZ C., DAZELLE C. et al. Prendre soin de l'allaitement maternel. *Profession Sage-femme*, novembre-décembre 2008.

[42] BURGUET A., KAMINSKI M., LARROQUE B. et al. Tabagisme maternel et prématurité (enquête Epipage, régions Nord-Est). *Journal de Gynécologie et Biologie de la Reproduction*, vol.31, n°2, Avril 2002, p.206-207

- [43] 5^{ème} Journée régionale « Allaitement maternel ».Réseau sécurité naissance. Nantes. 24/05/2012. Conférence Expression manuelle : indications et pratiques, BEAUDOIN N.
- [44] MOHRBACHER N., STOCK J. Traité de l'allaitement maternel. La Leche League International, édition révisée, 1999
- [45] OHYAMA M. et al. Efficacité de l'expression manuelle ou avec un tire-lait électrique pendant les premières 48 heures. Les dossiers de l'allaitement-La revue de LLL France pour les professionnels de santé, n°76, Juillet-Août-Septembre 2008, p.25.
- [46] MORTON J., HALL JY., WONG RJ. et al. Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers preterm infants. Journal of Perinatology, 2009, 29, p. 757-764. Disponible sur : <http://www.walc.net/wp-content/uploads/2010/05/Jane-Morton-Journal-Article1.pdf> (consulté le 10/07/2012)
- [47] Circulaire DGS/SP2 n° 97/785 du 16 décembre 1997 du ministre du travail et des affaires sociales, relative au don de lait personnalisé d'une mère à son enfant hospitalisé et rappel des dispositions en vigueur en matière d'allaitement maternel.
- [48] SIMON Laure. Qualité bactériologique du colostrum, comparaison avec le lait mature. Thèse de doctorat en médecine – DES de pédiatrie. Nantes: Université de Nantes, 2012, 40p.
- [49] AFSSA. Recommandations d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons. Juillet 2005.
- [50] NEVILLE M-C., MORTON J. Physiology and endocrine changes underlying human lactogenesis I. J.Nutr. November 2001, vol.131, n°11, 3005S-3008S.
- [51] SISK PM., LOVELADY CA., DILLARD RG. et al. Lactation counseling for mothers of very low-birth-weight infants: effect on maternal anxiety and infant intake of human milk. Pediatrics 2006; 117:e67-75.
- [52] PIETSCHNIG B., SIKLOSSY H., GOTTLING A. et al. Breastfeeding rates of VLBW infants – influence of professional breastfeeding support. Adv Exp Med Biol 2000; 478:429-30.
- [53] LAISNE C. Allaitement et prématurité : recommandations. Journée Interrégionale Allaitement et Pratiques-Actualités 2009. Montpellier, 20/11/2009.
- [54] COURSAGET C., FANCELLO G., GIRARD L. La formation des professionnels à l'accompagnement de l'allaitement maternel. Soins pédiatrie-puériculture, n°241, avril 2008.

[55] FORMATION DE BASE EN ALLAITEMENT MATERNEL. Santé et services sociaux Québec. Disponible sur : www.msss.gouv.qc.ca/allaitement (consulté le 19/1/2013)

[56] CODE DE DEONTOLOGIE DES SAGES-FEMMES. Version consolidée au 19 juillet 2012. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

[57] OBJECTIFS DE RÉFÉRENCE POUR LA FORMATION CLINIQUE, TECHNIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE. Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme. Journal officiel du 19 décembre 2001

Photographies de la page 25 : Magazine MEDELA-Produits pour l'allaitement maternel destinés aux hôpitaux et professionnels

ANNEXES

Annexe 1 : COLOSTRUM DANS LES 48 PREMIERES HEURES

A compter du 1^{er} juillet, tous les nouveau-nés hospitalisés, séparés de leur mère et pour lesquels un allaitement maternel est souhaité, doivent pouvoir bénéficier du colostrum dès les premières alimentations.

Pour cela, il est enseigné aux mères en maternité la technique d'expression manuelle qui permet d'obtenir du lait en petites quantités sans nécessité immédiate du tire-lait et sans risque de perte de ces petites quantités le long des parois.

Il est par ailleurs montré que les mères utilisant l'expression manuelle plus de 5 fois par 24 heures durant les 3 premiers jours en plus de l'utilisation du tire-lait électrique, produisent 80% de lait en plus que celles qui ne le font pas.

Lorsqu'un enfant allaité doit être alimenté dans les deux premiers jours, n'hésitez pas à téléphoner en maternité pour voir si la mère a stocké quelques prélèvements de colostrum qui pourrait être donnés au lieu de l'habituel « pré » ou « HA ».

Nathalie Godon – CHU de Nantes – Juillet 2012

Annexe 2 : Contre-indications à l'allaitement maternel

- **Chez l'enfant**

Anomalies congénitales du métabolisme comme par exemple, la galactosémie.

- **Chez la mère**

CI absolues : psychose, infection par le SIDA ou VIH, consommation de médicaments contre-indiqués avec l'allaitement comme les anti métabolites, utilisation de drogues illicites par voie intraveineuse ou inhalation, consommation chronique d'alcool ;

CI temporaires : lésions herpétiques sur le mamelon, médicaments ou substances radioactives ;

Annexe 3 : Technique d'Expression Manuelle

POUR EXTRAIRE LE LAIT

Comment drainer les réservoirs

1. **PLACER** le pouce le pouce l'index et le majeur à environ 1 ou 1-1/2 pouce du mamelon.

Utilisez cette mesure comme guide seulement car elle ne représente pas nécessairement le contour de l'aréole, le périmètre de celui-ci pouvant varier d'une femme à l'autre.

Placez le pouce au dessus du mamelon et les deux autres doigts en dessous pour former un C (voir illustration).

Remarquez que les doigts sont placés de manière à ce que les réservoirs se trouvent juste en dessous.

Évitez d'entourer tout le sein.

2. **APPUYEZ FERMEMENT** et directement les doigts contre la cage thoracique.

- Évitez d'écarter les doigts.
- Si vous avez de gros seins, soulevez le sein avant d'appuyer.

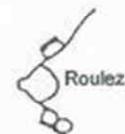
3. **ROULEZ** simultanément le pouce et les deux doigts vers l'avant comme pour prendre vos empreintes digitales.

- Ce **mouvement de rotation** du pouce et des doigts comprime et vide les réservoirs de lait sans abîmer les tissus délicats du sein.
- Observez bien dans l'illustration ci-contre la position des ongles du pouce et des deux doigts lors du mouvement.

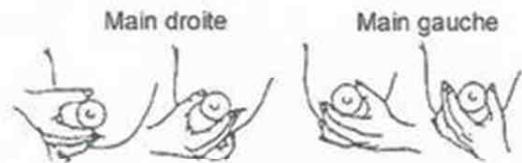
4. **RÉPÉTEZ EN CADENCE** pour bien vider les réservoirs.



- Placez les doigts, appuyez, roulez, placez les doigts, appuyez, roulez....



5. **DÉPLACEZ** le pouce et les doigts autour du mamelon de manière à vider les autres réservoirs. Utilisez les deux mains sur chaque sein. Les illustrations ci-contre indiquent la position des mains sur le sein droit.



A ÉVITER

- Évitez de presser le sein, car cela risque de causer des ecchymoses.
- Évitez de tirer sur le sein et le mamelon, car cela risque d'abîmer les tissus.
- Évitez de faire glisser la main sur le sein, car cela risque d'irriter la peau (brûlures de friction).



POUR FACILITER LE RÉFLEXE D'ÉJECTION Comment stimuler l'écoulement du lait

1. **MASSEZ** les alvéoles et les canaux lactifères.
 - Commencez par le haut du sein. Appuyez fermement contre la cage thoracique. Du bout des doigts, tracez sur la peau des cercles à un endroit précis du sein.
 - Après quelques secondes, déplacez les doigts vers un autre endroit.
 - Continuez de masser en décrivant une **spirale** jusqu'à ce que vous ayez atteint l'aréole.
 - Le mouvement est semblable à celui utilisé pour l'examen du sein.



2. **CARESSEZ** la surface du sein de haut en bas jusqu'au mamelon en un mouvement semblable à un léger chatouillement.

- Continuez ce mouvement de haut en bas jusqu'au mamelon en faisant le tour du sein. Ceci vous aidera à vous détendre et contribuera à stimuler le réflexe d'éjection.



3. **SECOUEZ** votre poitrine tout en vous penchant vers l'avant de manière à ce que la gravité aide au réflexe d'éjection.



MARCHE À SUIVRE

Les mères qui doivent extraire leur lait pour remplacer complètement une tétée et celles qui doivent établir, augmenter et maintenir leur production de lait quand le bébé ne peut téter devraient procéder ainsi :

- Extraire le lait de chaque sein jusqu'à ce que l'écoulement diminue.
- Faciliter le réflexe d'éjection des deux seins en massant, caressant et secouant. Ceci peut se faire simultanément.
- Recommencer à nouveau une ou deux fois toute l'opération : tirer chaque sein pour stimuler le réflexe d'éjection. L'écoulement diminue généralement plus tôt les deuxième et troisième fois, à mesure que les réservoirs se vident.

TOUTE L'OPÉRATION devrait durer de 20 à 30 minutes environ.

Extraire le lait de chaque sein pendant 5 à 7 minutes.

Masser, caresser, secouer.

Extraire le lait de chaque sein pendant 3 à 5 minutes.

Masser, caresser, secouer.

Extraire le lait de chaque sein pendant 2 à 3 minutes.

N.B. Si la production de lait est déjà bien établie, les durées indiquées vous serviront de guide.

Observez le jet et changez de sein lorsqu'il diminue.

S'il n'y a pas encore de lait ou s'il n'y en a que très peu, respectez scrupuleusement les durées suggérées ci-dessus.

Reproduction d'un feuillet d'information de LLL.

Annexe 4 : Questionnaires distribués pour « l'état des lieux » des pratiques

I. Questionnaire destiné au personnel du Bloc Obstétrical

1/ Quelle profession exercez-vous ?

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| 1-Aide-soignante | <input type="checkbox"/> | 2-Puéricultrice | <input type="checkbox"/> |
| 3-Auxiliaire de puériculture | <input type="checkbox"/> | 4-Sage-femme | <input type="checkbox"/> |

2/ Dans quel(s) service(s) exercez-vous ?

- | | | | |
|------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Bloc obstétrical | <input type="checkbox"/> | Suites de couches | <input type="checkbox"/> |
|------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|

Autre, précisez : _____

3/ Depuis combien d'années exercez-vous votre profession ? _____

Dans un contexte de naissance prématurée (< 37 SA), nécessitant le transfert immédiat du nouveau-né après la naissance et lorsque la mère peut recevoir une information :

4/ Le choix du mode d'alimentation est-il redemandé à la mère avant qu'elle ne quitte la salle de naissance ?

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| 1-Oui, systématiquement | <input type="checkbox"/> | 2-Oui, le plus souvent | <input type="checkbox"/> |
| 3-Oui, parfois | <input type="checkbox"/> | 4-Non, jamais | <input type="checkbox"/> |

5/ Lorsque la mère est indécise ou ne souhaite pas allaiter son enfant prématuré, lui donnez-vous une information éclairée afin d'exposer les bénéfices de l'allaitement maternel dans le cadre d'une naissance prématurée ?

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| 1-Oui, systématiquement | <input type="checkbox"/> | 2-Oui, le plus souvent | <input type="checkbox"/> |
| 3-Oui, parfois | <input type="checkbox"/> | 4-Non, jamais | <input type="checkbox"/> |

6/ Lorsque l'enfant est stable, et ne nécessite pas de transfert immédiat, est-il proposé à la mère ou au père une séance de peau à peau ?

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| 1-Oui, systématiquement | <input type="checkbox"/> | 2-Oui, le plus souvent | <input type="checkbox"/> |
| 3-Oui, parfois | <input type="checkbox"/> | 4-Non, jamais | <input type="checkbox"/> |

7/ Si oui, la durée moyenne du peau à peau est de :

- | | | |
|----|-----------------|--------------------------|
| 1- | 0 à 30 minutes | <input type="checkbox"/> |
| 2- | 30 à 60 minutes | <input type="checkbox"/> |
| 3- | >60 minutes | <input type="checkbox"/> |

8/ Si la mère souhaite allaiter et que son enfant est transféré immédiatement, la première expression de lait maternel est-elle réalisée dans les 2h de surveillance du post-partum immédiat ?

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| 1-Oui, systématiquement | <input type="checkbox"/> | 2-Oui, le plus souvent | <input type="checkbox"/> |
|-------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|

3-Oui, parfois 4-Non, jamais

9/ Si oui, par quel(s) moyen(s) ?

Tire-lait manuel

Tire-lait électrique

Technique d'expression manuelle Autre, précisez : _____

10/ Si non, pour quelle(s) raison(s) ? : _____

11/ Au cours de vos études, ou de votre exercice professionnel, avez-vous reçu une « formation » particulière concernant l'allaitement maternel dans le cadre de la prématurité ?

1-Oui, au cours des études

2-Oui, au cours de la carrière professionnelles (formation continue)

3-Non, jamais

12/ Il existe différents moyens pour exprimer le lait maternel. Connaissez-vous la technique d'expression manuelle, pouvant être initiée précocement chez les mères de nouveau-nés prématurés afin d'augmenter la production de lait ?

1-Oui

2-Non

13/ Si oui, est-ce une technique que vous mettez en application auprès de ces femmes ?

1-Oui

2-Non

3-Parfois

14/ Seriez-vous intéressé(e) pour recevoir une information et un apprentissage de cette technique ?

1-Oui

2-Non

15/ Il est préférable de débiter le plus tôt possible après la naissance l'expression lactée (délai de 6 heures maximum). Selon vous, est-il pertinent de débiter cette expression dès la salle de naissance :

1-Oui

2-Non

Pourquoi ? _____

II. Questionnaire destiné au personnel des Soins Intensifs, Réanimation Néonatale et Néonatalogie

1/ Quelle profession exercez-vous ?

1-Puéricultrice 2-Auxiliaire de puériculture 3-Infirmière

2/ Dans quel(s) service(s) exercez-vous ?

Néonatalogie Soins intensifs Réanimation néonatale Autre, précisez : _____

3/ Depuis combien d'années exercez-vous votre profession ? _____

4/ Dans l'exercice de votre profession, êtes-vous amené à « encadrer » et « soutenir » des mères de nouveau-né hospitalisé dans leur projet d'allaitement maternel ?

- 1-Oui, quotidiennement 2-Oui, régulièrement
3-Oui, parfois 4-Non, jamais

5/ Au cours de vos études, ou de votre exercice professionnel, avez-vous reçu une « formation » particulière concernant l'allaitement maternel dans le cadre de la prématurité ?

- 1-Oui, au cours des études
2-Oui, au cours de la carrière professionnelles (formation continue)
3-Non, jamais

6/ Les mères de nouveau-nés prématurés hospitalisés sont-elles en demande sur l'allaitement maternel ?

- 1-Oui 2-Non

7/ Lorsque la mère souhaite allaiter son enfant né prématurément, rencontrez-vous des difficultés dans la mise en place et l'accompagnement de l'allaitement maternel chez ces mères ?

- 1-Oui, systématiquement 2-Oui, le plus souvent
3-Oui, parfois 4-Non, jamais

Si oui, quelle(s) difficulté(s) ? _____

8/ Au sein du service, existe-t-il un projet d'équipe ou une réflexion spécifique sur les particularités de l'allaitement maternel chez le nouveau-né prématuré ?

- 1-Oui 2-Non

9/ Au sein du service, comment l'information sur l'allaitement maternel « spécifique » chez le prématuré est-elle délivrée aux mères ? (plusieurs réponses possibles)

- Informations orales
Consultation spécialisée
Affiches
Dépliants Réseau Sécurité Naissance
Réunions d'informations
Présence d'une consultante en lactation
Pas d'information « spécifique »

Autre, précisez : _____

10/ Dans un contexte de naissance prématurée, chez une mère ayant accouché par voie basse et sans autre complication, la première visite de la mère à son enfant se fait dans un délai :

- 1-Inférieur aux 6 premières heures qui suivent la naissance
2-De 6 à 12h après la naissance
3-De 12 à 24h après la naissance
4-Délai > 24 h après la naissance

11/ En cas de naissance prématurée par césarienne, la première visite de la mère à son enfant se fait dans un délai :

- 1-Inférieur aux 6 premières heures qui suivent la naissance
- 2-De 6 à 12h après la naissance
- 3-De 12 à 24h après la naissance
- 4-Délai > 24 h après la naissance

12/ Dans le service, quand la mère est au chevet de son enfant et qu'elle souhaite exprimer son lait en raison de l'incapacité du nouveau-né à téter, de quel(s) moyen(s) dispose t'elle ? (plusieurs réponses possibles)

- Tire-lait manuel
- Tire-lait électrique
- Technique d'expression manuelle
- Autre, précisez : _____

13/ Quand la mère recueille son lait auprès de son enfant, et si ce dernier est stable, une séance de peau à peau est-elle proposée ?

- 1-Oui, systématiquement
- 2-Oui, le plus souvent
- 3-Oui, parfois
- 4-Non, jamais

14/ Pendant la phase colostrale, les quantités de lait tirées peuvent être faibles (« quelques gouttes »).

Ce colostrum est : (plusieurs réponses possibles)

1-Apporté directement au chevet de l'enfant où il pourra être utilisé immédiatement

- 1-Le plus souvent
- 2-Parfois
- 3-Jamais

2-Envoyé au lactarium

- 1-Le plus souvent
- 2-Parfois
- 3- Jamais

3- Non utilisé car quantité trop faible

- 1-Le plus souvent
- 2-Parfois
- 3-Jamais

4-Autre, précisez : _____

15/ Lorsque que l'enfant ne présente pas de succion nutritive, l'administration du colostrum maternel tiré se fait par :

- 1-Sonde d'alimentation
- 2-Voie orale
- 3-Colostrum non administré
- 4-Autre, précisez : _____

16/ Il existe différents moyens pour exprimer le lait maternel. Parmi eux, connaissez-vous la technique d'expression manuelle ?

- 1- Oui
- 2-Non

17/ Si oui, êtes-vous amené(e) à la pratiquer et à l'enseigner à ces femmes ?

- 1- Oui
- 2-Non

18/ Seriez-vous intéressé(e) pour recevoir une information et un apprentissage de cette technique afin de pouvoir enseigner aux mères dans le but de faciliter et d'augmenter la production de lait maternel ?

1- Oui 2-Non 3-A déjà reçu une information

III. Questionnaire destiné au personnel de Suites de Couches et Grossesses à haut risque

1/ Quelle profession exercez-vous ?

Aide-soignante Puéricultrice
Auxiliaire de puériculture Sage-femme

2/ Dans quel(s) service(s) exercez-vous ?

Suites de couches GHR Autre, précisez : _____

3/Depuis combien d'années exercez-vous votre profession? _____

4/ Dans l'exercice de votre profession, êtes-vous amené à « encadrer » et « soutenir » des mères de nouveau-nés prématurés hospitalisés en Néonatalogie dans leur projet d'allaitement maternel ?

Oui, quotidiennement Oui, régulièrement
Oui, parfois Non, jamais

5/ Constatez-vous que la mise en place de l'allaitement maternel chez ces mères ayant accouché prématurément est plus difficile que chez les mères ayant accouché à terme ?

Oui Non

Si oui, quelles sont les difficultés rencontrées ? _____

6/ Lorsque la mère souhaite allaiter son enfant prématuré hospitalisé, l'expression du colostrum les premiers jours se fait par : (plusieurs réponses possibles)

Tire-lait manuel Technique d'expression manuelle
Tire-lait électrique Technique d'expression manuelle + Tire-lait électrique

Autre, précisez : _____

7/ La première expression du colostrum est réalisée dans un délai :

Inférieur aux 6 premières heures qui suivent la naissance
De 6 à 12h après la naissance
De 12 à 24h après la naissance
Délai > 24 h après la naissance

8/ Au cours de la phase colostrale, souvent prolongée en cas de naissance prématurée, les quantités de lait tirées peuvent être faibles (« quelques gouttes »). Cependant, ce colostrum, si « précieux » est : (plusieurs réponses possibles)

-Apporté directement au chevet de l'enfant où il pourra être utilisé immédiatement

Le plus souvent Parfois Jamais

-Envoyé au lactarium

Le plus souvent Parfois Jamais

- Non utilisé car quantité trop faible

Le plus souvent Parfois Jamais

-Autre, précisez : _____

9/ Il existe différents moyens pour exprimer le lait maternel. Parmi eux, connaissez-vous la technique d'expression manuelle ?

Oui Non

10/ Est-ce une technique que vous mettez en pratique et que vous « enseignez » aux femmes désireuses d'allaiter ?

Oui Non

11/ Au cours de vos études, ou de votre exercice professionnel, avez-vous reçu une « formation » particulière concernant l'allaitement maternel dans le cadre de la prématurité (mise en route de la lactation, suivi, accompagnement ...) ?

Oui, au cours des études

Oui, au cours de la carrière professionnelle (formation continue)

Non, jamais

12/ Seriez-vous intéressé(e) pour recevoir une information et un apprentissage de cette technique afin de pouvoir enseigner aux mères dans le but de faciliter et d'augmenter la production de lait maternel ?

Oui Non

13/ Au sein du service, comment l'information sur l'allaitement maternel « spécifique » chez le prématuré est-elle délivrée aux mères ? (plusieurs réponses possibles)

Informations orales

Consultation spécialisée

Affiches

Dépliants

Réunions d'informations

Présence d'une consultante en lactation

Pas d'information « spécifique »

Autre, précisez : _____

14/ Au sein du service, existe-t-il un projet d'équipe ou une réflexion spécifique sur les particularités de l'allaitement maternel chez le nouveau-né prématuré ?

Oui Non

15/ Afin d'optimiser la prise en charge de ces couples mère-enfant et de favoriser la réussite de l'allaitement maternel à long terme, travaillez-vous de façon conjointe avec le personnel soignant intervenant auprès de l'enfant afin d'individualiser la prise en charge ?

Oui Non

16/ Lorsque la mère sort de la maternité, et que son enfant reste hospitalisé, quel suivi est proposé à la femme afin de maintenir et de soutenir la lactation : (plusieurs réponses possibles)

PMI Médecin traitant
Sage-femme libérale Consultante en lactation
Lactarium Autre, précisez : _____

Commentaires : _____

***Question supplémentaire destinée au personnel de GHR :**

Lorsqu'une femme hospitalisée dans le service risque d'accoucher prématurément, le choix du mode d'alimentation est-il abordé avec la mère ?

1-Oui, systématiquement 2- Oui, le plus souvent
3-Oui, parfois 4-Non, jamais

Annexe 5 : Questionnaire « post-intervention » destiné aux soignants ayant assisté à la formation

1. Quelle profession exercez-vous ?
1. Aide-soignante 3. Auxiliaire de puériculture 5. Agent des services hospitaliers qualifié
2. Puéricultrice 4. Sage-femme 6. Infirmière 7. Autre profession : _____
2. Dans quel(s) service(s) exercez-vous ? 1. SDC 2. GHR 3. Gynécologie Autre : _____
3. Depuis combien de temps exercez-vous ? _____
4. Avez-vous assisté à une de mes interventions sur l'expression manuelle, ses indications et sa mise en pratique ?
1. Oui 2. Non

Avant d'assister à ma formation :

5. Connaissez-vous la technique d'expression manuelle ? 1. Oui 2. Non
6. Est-ce une technique que vous mettiez déjà en pratique auprès de ces mères ? 1. Oui 2. Non

Après avoir assisté à ma formation :

7. Cela a-t-il modifié vos pratiques ? 1. Oui 2. Partiellement 3. Non

8. Avez-vous été amené à expliquer et à montrer cette technique à une mère ayant accouchée prématurément et souhaitant allaiter ? 1. Oui 2. Non
9. Quand une mère est hospitalisée et qu'elle souhaite allaiter son enfant prématuré, lui parlez-vous de l'expression manuelle ? 1. Oui, systématiquement 2. Oui, le plus souvent
3. Oui, parfois 4. Non
10. Lui montrez-vous sa pratique, les gestes ? 1. Oui 2. Non
11. Vous sentez-vous à l'aise avec la réalisation de l'expression manuelle ?
1. Oui, complètement 2. Oui, un peu 3. Non
12. Si réalisée, combien de temps après la naissance ? 1. Délai <6h 2. Délai 6 à 12h 3. Délai 12 à 24h
4. Délai > 24h
13. Le colostrum exprimé est-il acheminé dans le service d'hospitalisation de l'enfant ?
1. Oui, systématiquement 2. Oui, le plus souvent 3. Oui, parfois 4. Non
14. La mise en application de cette technique et sa réalisation par les mères pose t'elle des difficultés ?
1. Oui 2. Non
15. Si oui, lesquelles ? _____
16. Avez-vous été amené à expliquer, ou montrer cette technique à une ou plusieurs de vos collègues ?
1. Oui 2. Non

Remarques / commentaires : _____

RESUME

L'allaitement du nouveau-né prématuré est une situation difficile dont la réussite est un enjeu pour les équipes médicales prenant en charge le couple mère-enfant.

Le délai entre la naissance et la première expression de lait est un facteur clé dans le succès de la lactation. Or, ce délai dépasse bien souvent les 6 heures recommandées dans la littérature et l'utilisation du tire-lait électrique pour extraire le colostrum n'est pas optimale.

L'objectif de ce mémoire était d'améliorer la mise en route de la lactation chez les mères de nouveau-né prématurés souhaitant allaiter, en formant les professionnels de santé à la technique d'expression manuelle du lait. Une fois cette formation acquise, les professionnels nouvellement formés seront en mesure de l'enseigner aux mères pour que les nouveau-nés prématurés en soient les premiers bénéficiaires.

Mots clés : prématurité, allaitement maternel, colostrum, formation, expression manuelle, initiation, lactation