



Dossier

# Allaitement maternel et prématurité : intérêts des soins de développement centrés sur l'enfant et sa famille

J. Sizun, Nathalie Ratynski, N. Jay, Gisèle Gremmo-Féger

DANS **SPIRALE - LA GRANDE AVENTURE DE BÉBÉ** 2003/3 n<sup>o</sup> 27, PAGES 15 À 22  
ÉDITIONS ÉRÈS

ISSN 1278-4699

ISBN 2749201969

DOI 10.3917/spi.027.0015

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-spirale-2003-3-page-15?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour érès.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://shs.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# Allaitement maternel et prématurité : intérêts des soins de développement centrés sur l'enfant et sa famille



J. Sizun, N. Ratynski, N. Jay et G. Gremmo-Feger

L'amélioration des techniques et de l'organisation des soins en médecine périnatale permet actuellement la survie de nouveau-nés extrêmement prématurés. Outre le soutien ventilatoire et hémodynamique, ces enfants nécessitent un support nutritionnel important. En raison de leur immaturité digestive, ce support est basé initialement sur la nutrition parentérale, relayée ensuite par la nutrition entérale. La supériorité du lait maternel est affirmée dans tous les ouvrages de référence. La réussite de l'allaitement maternel devient alors un enjeu important pour les mères et pour les équipes de néonatalogie.

## Importance d'un allaitement maternel en cas de prématurité

L'allaitement maternel présente de nombreux avantages pour le nouveau-né prématuré. Ces avantages sont liés à la composition du lait de mère mais aussi à la physiologie de la succion au sein :

– le lait maternel : outre ses composants lipidiques, protidiques et glucidiques, le lait maternel apporte des facteurs antimicrobiens (IgA sécrétoire, complément, lactoferrine, lysozyme, leucocytes...) ainsi que des



facteurs de croissance (prolactine, TRH, insulin-like growth factor...) (Anderson *et al.*, 2002). Cette composition explique l'incidence réduite des infections nosocomiales et des entérocrites chez les prématurés nourris au lait de mère. Par ailleurs, la composition du lait de mère varie en fonction de l'âge gestationnel, ce qui témoigne d'une adaptation au besoin de l'enfant (tableau 1) ;

Tableau 1. Composition du lait humain au 14<sup>e</sup> jour en fonction du terme (d'après Anderson *et al.*)

Nutriment	Lait « prématuré »	Lait « à terme »
Calories (kcal/dl)	74,59 ± 1,96	71,81 ± 3,57
Azote protidique (g/L)	2,39 ± 0,16	1,97 ± 0,14
Sodium (mEq/l)	12,36 ± 1,42	9,37 ± 1,95
Lipides (g/dl)	3,42 ± 0,18	3 ± 0,26

– la succion au sein : les différentes études comparatives publiées démontrent que pendant la mise au sein, les prématurés présentent une meilleure stabilité physiologique par rapport à l'utilisation du biberon, évaluée sur la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, l'oxygénation et le nombre d'apnées (Meier, 2001).

En raison des besoins nutritionnels importants de l'enfant né avant terme, il est possible que le lait maternel nécessite une supplémentation, en particulier en protéines, lipides et phosphore. Cependant, le recours *systématique* à la supplémentation du lait maternel est discuté (Kuschel, 2000a, 2000b, 2001).

## Obstacles à l'allaitement maternel des nouveau-nés prématurés

Les obstacles, nombreux, sont d'ordre émotionnel, physiologique et institutionnel.

### *Obstacles émotionnels*

La naissance prématurée entraîne un stress maternel et familial non négligeable. On estime qu'un tiers des mères d'enfant né avant

*Le stress est un  
facteur limitant pour  
l'allaitement.*

32 semaines présentent une situation de stress psychologique. Ce stress est bien sûr lié au risque vital couru par l'enfant mais également à la perte du rôle parental et au comportement particulier de cet enfant, très différent de celui d'un enfant à terme. Le stress est un facteur limitant pour l'allaitement (Lau, 2001). Parfois, les soignants préfèrent ne pas recommander l'allaitement maternel dans la crainte d'une aggravation du stress maternel.

### *Obstacles physiologiques*

L'alimentation autonome, au sein ou au biberon, nécessite que l'enfant soit capable de maintenir un stade d'éveil et de coordonner la séquence succion-déglutition-respiration. En raison de son immaturité, l'enfant né avant terme ne peut en général atteindre ces objectifs avant l'âge post-conceptionnel de 35-36 semaines.

### *Obstacles institutionnels*

L'absence de formation spécifique, l'existence de connaissances erronées (« l'alimentation au sein est plus difficile pour l'enfant prématuré », « le lait maternel n'est pas assez riche pour l'enfant prématuré »...), la séparation mère-enfant, les horaires de visite trop stricts dans l'unité de soins intensifs néonataux ne peuvent que contrarier l'allaitement maternel.

## Stratégies

Les traitements médicamenteux sont limités. Les stratégies doivent être centrées sur l'enfant et sa famille :

- information prénatale des parents dès l'apparition d'une menace d'accouchement prématuré ;
- expression et recueil du lait au chevet de l'enfant ;
- séances de peau-à-peau ;
- succion non nutritive et succion du sein après expression du lait ;
- transition gavage-sein réalisée en fonction des compétences individuelles de chaque enfant ;
- soutien maternel par le personnel et relais par les associations avant la sortie.



Plus qu'une action isolée ou l'accumulation de « recettes », une stratégie globale semble préférable. L'initiative « Hôpital ami des bébés » (IHAB) soutenue par l'OMS et l'UNICEF est la stratégie ayant entraîné le plus de succès à l'échelon international, quel que soit le niveau de l'infrastructure sanitaire du pays concerné. Cette initiative est basée sur dix étapes, intégrant formation des personnels, organisation des soins et soutien parental. Ces étapes ne sont malheureusement pas adaptées aux enfants nés avant terme, en particulier l'étape 4 : « Aider les mères à débiter l'allaitement dans les trente premières minutes de vie. »

Dans un objectif d'humanisation des soins, A. Levin a proposé en 1999 une adaptation de ces étapes pour l'enfant né avant terme et a décrit onze étapes spécifiques (Levin, 1999) :

- accès au chevet de son enfant possible vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour chaque mère ;
- prise en charge de la mère et de son enfant par chaque membre du personnel et intégration des besoins psychologiques ;
- promotion de l'allaitement et aide à l'apprentissage de l'expression du lait ;
- prise en charge du stress maternel ;
- sauf contre-indication, pas d'autre nutriment que le lait maternel ;
- en cas d'impossibilité de téter, gavage de lait maternel, réalisé si possible par la mère ;
- réduction des examens et bilans inutiles ;
- réduction des traitements agressifs ;
- périodes de peau-à-peau encouragées ;
- considération du couple mère-enfant comme un « système ». Ne pas se focaliser uniquement sur les aspects médicaux de l'enfant mais envisager également les besoins de la famille ;
- visite de la famille et des proches encouragée.

Selon J.H. Kennell, le programme NIDCAP apporte la trame théorique nécessaire pour instaurer ces onze étapes, ce qui a été également proposé par des équipes suédoise et française (Kennell, 1999 ; Sizun *et al.*, 1999a ; Westrup *et al.*, 1999).

À partir de l'observation du comportement de l'enfant, un programme individualisé de soins est établi par l'équipe soignante en collaboration avec les parents.

## NIDCAP et soins de développement

Les « soins de développement » ont pour objectif de favoriser le développement harmonieux du nouveau-né prématuré dans ses composantes physiologique et neurologique, mais aussi comportementale et relationnelle (Sizun *et al.*, 1999b, 2002). Ces soins visent à :

- diminuer le stress lié à l'environnement (bruit, lumière, activités...) ;
- favoriser les comportements de bien-être (ou d'approche) au détriment des comportements de stress (ou de retrait) par l'utilisation de techniques spécifiques : succion non nutritive, enveloppement, agrippement, respect du sommeil ;
- soutenir les parents dans leur compréhension du comportement de leur enfant, permettant ainsi d'acquérir progressivement une autonomie.

Le NIDCAP, ou programme néonatal individualisé d'évaluation et de soins de développement, a été mis au point par H. Als, élève de T.B. Brazelton. À partir de l'observation du comportement de l'enfant, un programme individualisé de soins est établi par l'équipe soignante en collaboration avec les parents : adaptation de l'environnement immédiat de l'enfant, organisation des séquences de soin en fonction des phases de sommeil et de la tolérance de l'enfant, utilisation des pratiques de soins de développement (grasping, succion, emmaillotage), intégration des parents considérés comme des partenaires et non des visiteurs (Als, 1997). Comme l'IHAB, ce programme repose sur une réflexion des personnels (toutes spécialités et grades confondus), sur la nature et les objectifs de soins ainsi que sur une formation spécifique.

Le NIDCAP est donc un programme de soins de développement *précoces* (dès la naissance), *individualisés* (selon le comportement spécifique de chaque enfant) et *intégrés* dans la globalité des soins.

L'implantation de ce programme au CHU de Brest associé au soutien d'un pédiatre IBCLC a entraîné une modification sensible des pratiques d'allaitement maternel : le pourcentage d'enfants nés avant 32 semaines ayant reçu du lait de leur mère a progressé de 40 % en 1998 à 60 % en 1999. Ce pourcentage a atteint 95 % en 2002. En parallèle, la consommation annuelle de lait industriel pour prématuré est passée de



3 000 litres en 1997 à moins de 1 500 litres en 2001, malgré une augmentation du nombre d'enfants prématurés hospitalisés (Jay, 2003).

Ces résultats confirment les travaux de I. Warren à Londres qui notaient la convergence entre le NIDCAP et les stratégies de soutien à l'allaitement maternel par des professionnels spécifiquement formés (Warren *et al.*, 1999). Cela peut être expliqué par la place privilégiée de la mère dans la vie quotidienne de son enfant hospitalisé, une meilleure connaissance des comportements du nouveau-né prématuré (Ratynski *et al.*, 2002) et par une meilleure formation et coordination des différents professionnels. Ces trois axes permettent d'atténuer les obstacles psychologiques, physiologiques et institutionnels précédemment décrits.

## Soins centrés sur la famille

Outre l'aspect « soins de développement », le NIDCAP est un exemple réussi de « soins centrés sur la famille ». En effet, les parents, considérés comme les « corégulateurs » essentiels de l'enfant, deviennent des partenaires de l'équipe hospitalière et non plus de simples visiteurs.

Les soins centrés sur la famille peuvent être définis comme « des soins répondant en toute sécurité aux besoins physiques, psychologiques et culturels de l'enfant et de la famille » (Harrison, 1993 ; Sizun *et al.*, 2000). Les soins centrés sur la famille ne consistent pas uniquement en une adaptation architecturale facilitant l'accueil des parents mais nécessitent des modifications importantes de l'organisation des soins. En effet, ces derniers sont classiquement centrés sur les soignants et non sur les particularités de chaque famille. Cette nouvelle organisation est basée sur la compréhension des besoins individuels des familles, l'acceptation de l'importance de la relation entre les soignants et les parents et le développement de la cohérence entre professionnels afin d'assurer la continuité des soins. Les relations et les échanges d'information entre parents sont encouragés, dans le cadre de groupes de discussion ou d'association.

*Réussir l'allaitement  
maternel d'un enfant  
né avant terme n'est  
pas simple.*

## Conclusion

Réussir l'allaitement maternel d'un enfant né avant terme n'est pas simple. Une convergence des professionnels et une alliance avec les parents sont des préalables indispensables. Comme tout changement de procédures et d'habitudes professionnelles, l'implantation d'une politique de soins centrés sur la famille et axés sur le développement est un processus de longue haleine qui repose sur la réflexion, la concertation, la formation et nécessite un leadership clairement défini (Mambrini, 2001, 2002).

## Biblio

- ALS, H. ; GILKERSON, L. 1997. « The role of relationship-based developmentally supportive newborn intensive care in strengthening outcome of preterm infants », *Semin Perinatol*, 21, 178-89.
- ANDERSON, M.S. ; JOHNSON, C.B. ; TOWNSEND, S.F. ; HAY, W.H. 2002. « Enteral nutrition », dans GB Merenstein & SL Gardner (sous la direction de), *Handbook of Neonatal Intensive Care* (5th edition), Mosby St Louis, p. 314-40.
- HARRISON, H. 1993. « The principles for family-centered neonatal care », *Pediatrics*, 92, 643-50.
- JAY, N. 2003. *Impact de l'implantation du NIDCAP sur l'allaitement maternel de l'enfant prématuré au CHU de Brest*, thèse de médecine, faculté de médecine, université de Bretagne occidentale, mai.
- KENNEL, J.H. 1999. « The humane neonatal care initiative », *Acta Paediatr*, 88, 367-70.
- KUSCHEL, C.A. ; HARDING, J.E. 2000a. « Protein supplementation of human milk for promoting growth in preterm infants », *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD000433.
- KUSCHEL, C.A. ; HARDING, J.E. 2000b. « Fat supplementation of human milk for promoting growth in preterm infants », *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD000341.
- KUSCHEL, C.A. ; HARDING, J.E. 2001. « Calcium and phosphorus supplementation of human milk for preterm infants », *Cochrane Database Syst Rev*, 4, CD003310.
- LAU, C. 2001. « Effect of stress on lactation », *Pediatr Clin North Am.*, 48, 221-234.
- LEVIN, A. 1999. « Humane neonatal care initiative », *Acta Paediatr* 1999, 88, 353-5.
- MAMBRINI, C. 2001. « Implanter le NIDCAP en réanimation néonatale : une démarche cohérente centrée sur l'enfant », *Médecine périnatale*, Arnette, p. 349-354.
- MAMBRINI, C. ; DOBRZYNSKI, M. ; RATYNSKI, N. ; SIZUN, J. ; de PARSCAU, L. 2002. « Implantation des soins de développement et comportement des soignants », *Arch Pediatr*, 9, suppl. 2, 104s-106s.
- MEIER, P.P. 2001. « Breastfeeding in the special care nursery : prematures and infants with special problems », *Pediatr Clin North Am.*, 48, 425-452.



- RATYNSKI, N. ; CIONI, G. ; FRANCK, L. ; BLANCHARD, Y. ; SIZUN, J. 2002. « L'observation du comportement du nouveau-né : une source pertinente d'informations médicales », *Arch Pédiatr.*, 9, 1274-9.
- SIZUN, J. ; RATYNSKI, N. ; BOUSSARD, C. 1999a. « The humane neonatal care initiative, the NIDCAP and the family-centred neonatal intensive care », *Acta Paediatr.*, 88, 1172.
- SIZUN, J. ; RATYNSKI, N. ; MAMBRINI, C. 1999b. « Implanter un programme individualisé de soutien du développement en réanimation néonatale : pourquoi, comment ? », *Arch Pédiatr.*, 6, 434-9.
- SIZUN, J. ; RATYNSKI, N. ; GREMMO-FEGER, G. 2000. « Soins de développement, soins centrés sur la famille : nouveaux concepts, nouvelles pratiques en médecine néonatale », *Le pédiatre*, 179, p. 7-10.
- SIZUN, J. ; RATYNSKI, N. ; GAGNEUR, A. ; DE PARSCAU, L. 2002. « Évaluation de l'impact médical des soins de développement », *Arch Pédiatr.*, 9, suppl. 2, 109s-111s.
- WARREN, I. ; CHOO TAN, G. ; DIXON, P.D. ; GHAUS, K. 1999. « Breast feeding success and early discharge for preterm infants : The result of a dedicated breast feeding programme », *Journal of Neonatal Nursing*, 6, 46-48.
- WESTRUP, B. ; KLEBERG, A. ; STJERNQVIST, K. 1999. « The humane neonatal care initiative and family-centred developmentally supportive care », *Acta Paediatr.*, 88, 1051-2.
-