

A close-up photograph of a newborn baby's feet sticking out from a hospital bed. The baby is lying on a white blanket, and the feet are positioned in the center-left of the frame. The background is softly blurred, showing medical equipment and a hospital room setting. The text is overlaid on the right side of the image.

**Administerer aux bébés  
prématurés le lait  
maternel de leur mère**

## **Discussion proactive à sujet du lait maternel de la mère du bébé lors de la consultation initiale anténatale ou postnatale (N'attendez pas que les mères posent des questions sur l'allaitement)**

- Nous avons évoqué les soins à attendre d'une unité de soins intensifs néonatale si votre bébé naît à 26 semaines. Prenons quelques instants pour voir ce que vous pouvez faire pour éviter certaines complications à votre bébé et qu'il reste en aussi bonne santé que possible pendant son hospitalisation en unité de soins intensifs néonatale.
- Votre bébé aura besoin de votre lait maternel dans son programme de soins global.
- Votre lait maternel nourrit votre bébé et l'aide à combattre nombre de problèmes courants liés à la naissance prématurée.
- Donner votre lait maternel à votre bébé diminue les risques de développer des complications courantes liées à la prématurité, comme les infections et les troubles digestifs.



## Pourquoi mon lait maternel est-il si important pour mon bébé ?

- Si le lait maternel de la propre mère est le meilleur aliment pour tous les bébés, il est encore plus important pour ceux qui naissent prématurément.
- Les bébés prématurés ayant passé moins de temps dans l'utérus de leur mère que les nourrissons nés à terme, certains de leurs organes et systèmes ne sont pas complètement développés. Ils n'ont pas non plus eu le temps de recevoir de leur mère les mêmes défenses contre les infections que les nourrissons nés à terme.
- Lorsque les mères accouchent prématurément, leur lait maternel est riche en substances qui contribuent à compenser le séjour plus court des nourrissons dans l'utérus. Le lait maternel de la mère aide les organes du nourrisson à se développer correctement et augmente leur protection contre les infections et d'autres complications.
- Une autre raison nous pousse à espérer que vous donnerez votre lait maternel : nous ne voulons pas donner de lait artificiel aux nourrissons prématurés pendant leurs premières semaines. Les recherches récentes nous laissent penser que le lait artificiel peut véritablement augmenter les risques de complications chez votre bébé, en particulier durant les jours qui suivent sa naissance.



**J'ai moi-même été très malade (ou j'ai une maladie chronique), ce qui signifie que je dois prendre des médicaments. Ils ne sont certainement pas sans danger pour un nourrisson prématuré.**

- La plupart des mères accouchant prématurément ont été, ou sont encore, malades elles-mêmes et prennent donc des médicaments, ce qui les inquiète par rapport à l'allaitement.
- Dans presque tous les cas, le lait maternel de la mère du nourrisson reste la meilleure solution pour les bébés prématurés.
- Les tout premiers jours après sa naissance, votre bébé reçoit de très faibles quantités de votre lait maternel, il est donc peu ou pas impacté par votre prise de médicaments. C'est précisément pendant ces tout premiers jours qu'il est important de ne pas lui donner de lait artificiel.
- À mesure que la quantité de lait maternel augmente au fil des jours, puis des semaines, de nombreuses mères se remettent des complications de leur grossesse et réduisent souvent leurs doses de médicaments, voire les arrêtent.

- 
- Cependant, nous vérifierons vos médicaments prescrits afin de nous assurer qu'ils ne posent aucun problème à votre bébé. Nous pouvons aussi appeler le médecin qui vous a prescrit ces médicaments pour lui faire comprendre notre décision.
  - Nous équilibrons toujours les inquiétudes au sujet des médicaments avec celles liées au fait de nourrir des bébés prématurés au lait artificiel. Beaucoup d'études démontrent que, même en cas de prise de médicaments, votre lait maternel est pratiquement toujours meilleur que le lait artificiel.



## **Je ne suis pas certaine de vouloir allaiter mon bébé. Je pensais lui donner le biberon.**

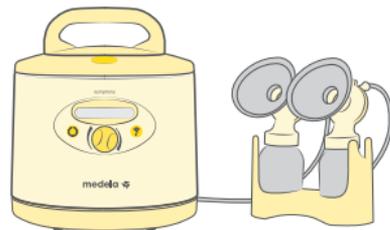
- Nombreuses sont les mères de bébés prématurés à ressentir la même chose. Lorsqu'un bébé naît prématurément, les mères n'ont souvent même pas pris leur décision en matière d'alimentation. Souvent aussi, une mère ayant décidé de donner du lait artificiel change d'avis lorsque le bébé naît prématurément.
- Votre bébé est encore trop petit pour boire directement au sein, vous commencerez donc par tirer votre lait maternel à l'aide d'un tire-lait. Nous donnerons votre lait maternel exprimé à votre bébé à l'aide d'une minuscule sonde d'alimentation.
- Pendant l'hospitalisation de votre bébé en unité de soins intensifs néonatale, vous pouvez discuter avec les médecins, le personnel infirmier et d'autres mères pour définir combien de temps vous allez exprimer votre lait maternel et si vous souhaitez continuer à allaiter votre bébé directement au sein.

- De nombreuses mères veulent, par exemple, que leur bébé ne boive que leur lait maternel, mais veulent le nourrir en alternant le sein et le biberon. D'autres veulent exprimer leur lait maternel et le donner uniquement au biberon.
- Ce qui compte, c'est que vous commenciez à exprimer votre lait maternel dès que possible et que vous recueilliez chaque précieuse goutte pour la donner à votre bébé. Vous pourrez décider du moyen de lui donner votre lait maternel quand votre bébé sera plus grand.



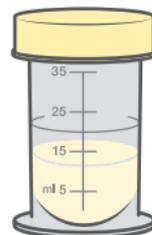
## **J'ai peur qu'exprimer mon lait ne soit douloureux. Mon amie utilisait un tire-lait et elle a arrêté à cause de la douleur.**

- De nombreuses mères ont entendu d'une amie ou d'un membre de leur famille que l'expression était douloureuse. Il est donc naturel de penser que tous les tire-lait sont douloureux.
- Ces récits de douleurs viennent presque toujours du fait que ces mères utilisaient un tire-lait de mauvaise qualité ou qu'elles l'utilisaient mal (p. ex. en réglant la succion trop fort). Sans soutien adéquat, exprimer son lait est difficile.
- Toutefois, nous veillerons à ce que vous utilisiez un tire-lait de qualité et nous vous montrerons exactement comment l'utiliser. L'une de nos expertes prendra le temps de s'asseoir à vos côtés pendant toute la première séance d'expression, afin de vous aider à utiliser le tire-lait confortablement.



## Combien de temps mon bébé aura-t-il besoin de mon lait ? Dois-je utiliser le tire-lait tant que mon bébé est hospitalisé ?

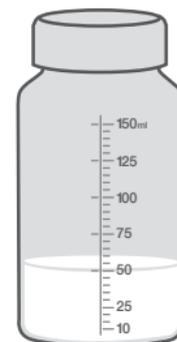
- Votre bébé doit recevoir votre lait maternel durant la période la plus importante, à savoir les tout premiers jours qui suivent sa naissance lorsqu'il reçoit sa première alimentation. Le lait maternel que produit votre organisme à cette période s'appelle le colostrum et s'apparente davantage à un médicament qu'à du lait maternel.
- Le colostrum apporte de nombreux éléments spécifiques dont ont besoin les intestins de votre bébé pour se développer sainement. Le colostrum possède également de nombreux éléments spécifiques qui aident votre bébé à développer ses propres défenses pour lutter contre les infections. Ces éléments ne sont pas présents dans le lait artificiel ni même dans le lait maternel de donneuses.
- Nous déposerons quelques gouttes de colostrum dans la bouche de votre bébé pour l'aider à renforcer ses défenses contre les infections.
- Nous voulons utiliser exclusivement votre lait maternel pendant ces quelques jours critiques et, idéalement, les deux premières semaines environ.



- 
- Après ces deux premières semaines, il est dans l'intérêt de votre bébé de recevoir autant de lait maternel que vous pouvez en fournir. Les infections sont toujours possibles lors d'une hospitalisation en unité de soins intensifs néonatale. Pour votre bébé, recevoir votre lait maternel réduit considérablement les risques d'infection et de maladies pulmonaires et digestives, si fréquentes chez les bébés prématurés.
  - Plusieurs études récentes démontrent que, si vous êtes en mesure de fournir du lait maternel jusqu'à la sortie de votre bébé (voire plus longtemps), son cerveau croît et se développe mieux. Cette croissance cérébrale est très rapide jusqu'à la fin de la durée complète de gestation (la date de naissance prévue de votre bébé), et votre bébé continue de bénéficier des nutriments particuliers que seul votre lait maternel peut lui apporter.
  - Si vous êtes en mesure de fournir du lait maternel après la sortie de votre bébé de l'unité de soins intensifs néonatale et son retour à votre domicile, le lait maternel continuera de protéger votre bébé des microbes auxquels il est exposé à proximité d'autres enfants ou de membres de la famille. Par ailleurs, beaucoup d'études montrent que le lait maternel de la mère du bébé donné après la sortie de l'unité de soins intensifs néonatale influe sur son développement cérébral.

## Mais je n'ai pas encore de lait. Pourquoi devrais-je déjà commencer à exprimer mon lait ?

- La plupart des mères produisent seulement un faible volume de colostrum au début, parfois juste quelques gouttes. Considérez ce colostrum comme un « médicament ». Votre bébé n'a besoin que de quelques gouttes de votre colostrum pour tapisser la paroi de sa bouche et de ses intestins. Il agit comme un « revêtement » spécial qui imperméabilise les parois fragiles du nourrisson contre les microbes.
- Même si, dans un premier temps, vous n'exprimez que de faibles volumes de lait maternel, il est primordial que vous utilisiez le tire-lait. Le cycle particulier de succion que vous utiliserez avec le tire-lait imite le schéma de succion d'un nourrisson né à terme. L'utilisation du tire-lait envoie à vos seins le signal de commencer à produire du lait maternel, tout comme le ferait un bébé. Peut-être que vous n'exprimerez pas beaucoup de lait maternel dans un premier temps, mais les signaux envoyés jouent un rôle primordial pour mettre en place une production de lait satisfaisante dans les jours et les semaines à venir.



- 
- Nous souhaitons que vous commenciez à exprimer votre lait maternel immédiatement après la naissance, comme un bébé né à terme s'alimenterait.
  - Lorsque votre lait commence à s'écouler (ce que nous appelons « la montée de lait »), vous devez commencer à exprimer des volumes de lait réguliers qui augmentent significativement pendant les deux premières semaines de lactation.

**Et si je ne suis pas capable de produire du lait ? J'ai essayé d'allaiter mon premier enfant et j'ai dû arrêter, faute de lait.**

**Autres raisons :**

**Mes seins sont trop petits/Je ne mange pas équilibré/Dans notre famille, le lait n'est pas bon**

- De nombreuses mères se préoccupent de la sorte. Et vous avez raison, si vous avez rencontré des problèmes d'allaitement auparavant ou si vos antécédents familiaux en matière d'allaitement sont problématiques, dites-le nous et nous vous suivrons plus attentivement. Nous vérifierons également que votre production de lait se déroule de manière adéquate.
- Cependant, les problèmes d'allaitement que rencontraient les mères auparavant étaient souvent dus à un manque de soutien efficace d'expertes. Nous le constatons souvent auprès des mères en unité de soins intensifs néonatale.



- Néanmoins, de nombreuses mères accouchant prématurément ont du mal à produire suffisamment de lait maternel. Ces problèmes sont moins liés à la prématurité qu'à la maladie de la mère avant ou pendant la grossesse et l'accouchement. Ces problèmes qu'éprouvent les mères peuvent avoir des répercussions sur la production de lait maternel, notamment dans les jours qui suivent immédiatement la naissance.
- Notre équipe d'expertes en lactation vous interrogera sur les problèmes courants qui peuvent affecter la production de lait des mères en unité de soins intensifs néonatale. L'équipe élaborera en outre avec vous un plan personnalisé de votre expression afin d'anticiper les problèmes les plus fréquemment rencontrés par des mères devant utiliser un tire-lait en unité de soins intensifs néonatale.
- Nous vous montrerons notamment comment gérer la phase de la lactation dite de « montée en volume » qui a lieu aux alentours des deux premières semaines suivant la naissance. Il s'agit d'une période sensible pendant laquelle il faut envoyer des signaux à votre organisme afin qu'il fabrique du lait, et en exprimer autant que possible.
- Notre but est de vous aider à produire chaque jour de la « montée en volume » au moins autant de lait maternel qu'une mère allaitant un bébé né à terme, soit environ 500 ml (environ 8 contenants de conservation de lait de 60 ml chacun).

- Arriver à cette étape clé (de la montée en volume) contribuera à préserver votre production de lait tout au long de l'hospitalisation en unité de soins intensifs néonatale afin que votre bébé reçoive autant de votre lait maternel que possible.
- Pour vous y aider, nos expertes en lactation prévoient de vous rencontrer ou de discuter avec vous chaque jour pendant les deux premières semaines suivant la naissance de votre bébé.
- Nous vous observerons utiliser le tire-lait si vous êtes en unité de soins intensifs néonatale, car cela nous aidera à identifier d'éventuels problèmes avant qu'ils n'affectent votre production de lait.
- Si un jour pendant cette période vous ne vous trouvez pas en unité de soins intensifs néonatale, nous vous téléphonerons pour nous assurer que votre expression se déroule confortablement et que vous ne rencontrez aucun des problèmes courants de cette période.

## Références

1. Miracle DJ et al. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2004;33:692-703.
2. Miracle DJ et al. *J Midwifery Womens Health.* 2007;52:545-548.
3. Meier PP et al. *Pediatr Clin North Am.* 2013;60:209-226.
4. Sisk PM et al. *Adv Exp Med Biol.* 2004;554:307-311.
5. Hoban R et al. *Breastfeed Med.* 2015;10:305-311.
6. Meier PP et al. *Clin Perinatol.* 2010;37:217-45.
7. Meier, P.P. et al. New York: Springer; 2015.
8. Patel A et al. *J Perinatol.* 2013;33:514-9.
9. Patel AL et al. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2017;102:F256-F261.
10. Patra K et al. *Neonatology.* 2017;112: 330-336.
11. Bigger HR et al. *J Perinatol.* 2014;34:287-91.
12. Johnson TJ et al. *Neonatology.* 2015;107:271-276.
13. Vohr BR et al. *Pediatrics.* 2007;120:e953-9.
14. Vohr BR et al. *Pediatrics.* 2006;118:115-23.
15. Corpeleijn WE et al. *Neonatology.* 2012;102:276-81.
16. Spiegler J et al. *J Pediatr.* 2016;169:76-80.e4.
17. Zhou J et al. *Pediatrics.* 2015;136:1576-86.
18. Gibertoni D et al. *PLoS One.* 2015;10:e0116552.
19. Belfort MB et al. *J Pediatr.* 2016.
20. Isaacs EB et al. *Pediatr Res.* 2010;67:357-362.
21. Kapellou O et al. *PLoS Med.* 2006;3:e265.
22. Keunen K et al. *Pediatr Res.* 2015;77:148-155.
23. Collado MC et al. *Gut Microbes.* 2012;3:352-365.
24. Rodriguez JM et al. *Microb Ecol Health Dis.* 2015;26:26050.
25. Shah DK et al. *J Pediatr.* 2008;153:170-175.
26. Sherman MP et al. *Pediatr Res.* 2015;77:127-135.
27. Hansen-Pupp I et al. *Pediatr Res.* 2011;69:448-453.
28. Sherman MP et al. *Curr Opin Pediatr.* 2014;26:146-150.
29. Verhasselt V. *J Pediatr.* 2010;156:S16-20.
30. Mosconi E et al. *Mucosal Immunol.* 2010;3:461-474.
31. Dvorak B et al. *Adv Exp Med Biol.* 2004;554:407-409.
32. Dvorak B. *Clin Perinatol.* 2004;31:183-192.
33. Bode L et al. *Adv Nutr.* 2014;5:571-573.
34. Jeurink PV et al. *Benef Microbes.* 2013;4:17-30.
35. Frost BL et al. *Pediatr Res.* 2014;76:386-393.
36. Friel J et al. *Pediatr Res.* 2011;69:160-164.
37. Friel JK et al. *Pediatr Res.* 2002;51:612-618.
38. Rautava S et al. *Neonatology.* 2011;99:192-201.
39. Rautava S et al. *Breastfeeding Medicine.* 2009;4:3-10.
40. Rautava S et al. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2012;54:630-638.
41. Shoji H et al. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2004;89:F136-8.
42. Lönnerdal B. *J Pediatr.* 2010;156:S26-30.
43. Smilowitz JT et al. *J Nutr.* 2013;143:1709-1718.
44. Gabrielli O et al. *Pediatrics.* 2011;128:e1520-31.
45. Vidal K et al. *Adv Exp Med Biol.* 2008;606:195-216.
46. Labeta MO et al. *J Exp Med.* 2000;191:1807-1812.
47. Hassiotou F et al. *J Hum Lact.* 2013;29:171-182.
48. Al-Asmakh M et al. *Gut Microbes.* 2012;3:366-373.
49. Montagne P et al. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1999;29:75-80.
50. Khodayar-Pardo P et al. *J Perinatol.* 2014;34:599-605.
51. Ronayne de Ferrer PA et al. *J Am Coll Nutr.* 2000;19:370-373.
52. Dvorak B et al. *Pediatr Res.* 2003;54:15-19.
53. Tregoot V et al. *Clin Chem Lab Med.* 2000;38:609-613.
54. Lemay DG et al. *PLoS One.* 2013;8:e67531.
55. Ballabio C et al. *Int J Immunopathol Pharmacol.* 2007;20:119-128.
56. Pereira GR et al. *Am J Clin Nutr.* 1990;51:589-593.
57. de Segura AG et al. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2012;54:197-203.
58. Penn AH et al. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014;59:365-373.
59. Penn A. *Pediatr Res.* 2012;72:560-567.
60. Taylor SN et al. *Breastfeed Med.* 2009;4:11-15.
61. Claud EC et al. *Pediatr Res.* 2003;53:419-425.

## Références

62. Oste M et al. *J Parenter Enteral Nutr.* 2010;34:271-279.
63. Meier PP et al. *J Pediatr.* 2017;180:15-21.
64. Sisk PM et al. *J Perinatol.* 2007;27:428-433.
65. Meinzen-Derr J et al. *J Perinatol.* 2009;29:57-62.
66. Meier PP et al. *Clin Perinatol.* 2017;44:1-22.
67. Rossman B et al. *J Hum Lact.* 2013;29:359-365.
68. Rossman B et al. *Res Nurs Health.* 2012;35:460-474.
69. Rossman B et al. *J Hum Lact.* 2011;27:14-24.
70. Meier PP et al. *J Hum Lact.* 2013;29:313-322.
71. Meier PP et al. *J Perinatol.* 2016;36:493-499.
72. Meier PP et al. *J Perinatol.* 2012;32:103-110.
73. Meier PP et al. *Breastfeed Med.* 2008;3:141-150.
74. Wagner CL et al. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2008;34:191-204.
75. Davidson B et al. *Adv Exp Med Biol.* 2004;554:427-430.
76. Rodriguez NA et al. *Adv Neonatal Care.* 2010;10:206-212.
77. Rodriguez NA et al. *J Perinatol.* 2009;29:1-7.
78. Lee J et al. *Pediatrics.* 2015;135:e357-66.
79. Sohn K et al. *J Perinatol.* 2015;36:106-111.
80. Gupta RW et al. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2013;56:397-400.
81. Chaud EC et al. *FASEB J.* 2001;15:1398-1403.
82. Collado MC et al. *Pediatr Res.* 2015;77:182-188.
83. Patel S et al. *Ann Nutr Metab.* 2011;58:18-28.
84. Roze JC et al. *BMJ Open.* 2012;2:e000834.
85. Strunk T et al. *Lancet Infect Dis.* 2014;14:751-762.
86. Kidokoro H et al. *Pediatrics.* 2014;134:e444-53.
87. Thompson DK et al. *Cortex.* 2014;52:60-74.
88. Woodward LJ et al. *PLoS One.* 2012;7:e51879.
89. Deoni SC et al. *Brain Struct Funct.* 2014;221:1189-203.
90. Deoni SC et al. *Neuroimage.* 2013;82:77-86.
91. Santoro W Jr et al. *J Pediatr.* 2010;156:29-32.
92. Wolff PH. *Behav and Evol.* 1968;1:354-367.
93. Wolff PH. *Pediatrics.* 1968;42:943-956.
94. Bowen-Jones A et al. *Dev Med Child Neurol.* 1982;24:626-633.
95. Parker LA et al. *Breastfeed Med.* 2015;10:84-91.
96. Parker LA et al. *J Perinatol.* 2012;32:205-209.
97. Slusher T et al. *J Trop Pediatr.* 2007;53:125-130.
98. Zinaman MJ et al. *Pediatrics.* 1992;89:437-440.
99. Paul VK et al. *Indian J Pediatr.* 1996;63:87-92.
100. Green D et al. *Early Hum Dev.* 1982;6:153-159.
101. Lussier MM et al. *Breastfeed Med.* 2015;10:312-317.
102. Neubauer SH et al. *Am J Clin Nutr.* 1993;58:54-60.
103. Nommsen-Rivers LA et al. *Breastfeed Med.* 2012;7:43-49.
104. Nommsen-Rivers LA et al. *Am J Clin Nutr.* 2010;92:574-584.
105. Marshall AM et al. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010;95:837-846.
106. Hurst NM. *J Midwifery Womens Health.* 2007;52:588-594.
107. Cregan MD et al. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002;81:870-877.
108. Hartmann P et al. *J Nutr.* 2001;131:3016S-3020S.
109. Brownell E et al. *J Pediatr.* 2012;161:608-614.
110. Hill PD & Aldag JC *J Perinat Neonatal Nurs.* 2005;19:273-282.