

Supplémentation d'un bébé allaité lors du suivi pondéral du nouveau-né			
Direction(s) responsable(s)	Direction des programmes Jeunesse et des activités de santé publique	Approuvé	2023-05-11
	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	Révisé	
Personne(s) concernée(s)	Tout le personnel soignant qui travaille auprès de mères allaitantes		
Outils cliniques associés			

1. Énoncé

Conformément à sa Politique d'alimentation infantile, le Centre Intégré de Santé et Services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest prône l'Initiative Amis des bébés (IAB) ainsi que l'ensemble de leurs recommandations. Nous adhérons au fait que le lait maternel est le choix alimentaire, qu'il constitue la norme pour les nourrissons et qu'il se doit d'être l'aliment à promouvoir exclusivement au cours des 6 premiers mois de vie et au-delà. (OMS, 2019) Voilà pourquoi l'administration du lait maternel se doit d'être protégé, soutenu et encouragé par un environnement favorable qui se base sur les meilleures pratiques afin d'assurer à chaque enfant le meilleur départ possible dans la vie (MSSS, 2017). Bien que le lait maternel est à son meilleur lorsqu'il est pris à la source, il se peut que les mères choisissent de l'exprimer et de le conserver, pour des raisons médicales ou personnelles. (Institut National de Santé Publique (INSPQ, 2019). Le CISSS de la Montérégie-Ouest respecte et soutient les parents à choisir le mode d'alimentation pour leur nourrisson et encourage les mères à l'atteinte de leurs objectifs en terme d'alimentation de leur nourrisson.

Certains nouveaux nés auront des difficultés à prendre le sein durant les premiers jours de vie, mais la plupart réussiront avec l'aide et le soutien. L'allaitement exclusif pour les 6 premiers mois et la poursuite jusqu'au-delà de deux ans parallèlement à l'introduction des aliments solides est associé à une meilleure santé générale pour la mère et son enfant. Bien que les lignes directrices pour l'allaitement exclusif soient claires, il existe des conditions pour lesquelles le recours à la supplémentation est essentielle. Dans tous les cas, l'évaluation du besoin doit être réalisé par un professionnel de la santé habileté. Le choix du supplément, la quantité à donner et la méthode d'administration doit être évalué et discuté avec les nouveaux parents. (ABM Protocole, 2017).

Établir des pratiques optimales et uniformes pour débiter et maintenir une bonne production lactée chez les familles qui désirent offrir le lait maternel comme moyen de nourrir leur nouveau-né est primordial. Parler de l'allaitement maternel comme moyen normal de nourrir un nouveau-né et les risques d'introduire de la supplémentation sont des éléments à inclure dans l'évaluation. Cette procédure vise à encadrer les infirmières qui travaillent auprès des mères allaitantes et leur nouveau-né. Elle donne la marche à suivre pour instaurer des suppléments à l'allaitement maternel. Enfin, lorsque l'allaitement est bien établi, les suppléments doivent être cessés graduellement.

2. Champ d'application/Contexte légal

Cette procédure s'applique à tous les intervenants impliqués dans le suivi postnatal au CISSS de la Montérégie-Ouest. Elle soutient les mères allaitantes qui désirent poursuivre un allaitement maternel mais qui, pour des raisons médicales acceptables ou pour une problématique d'allaitement temporaire, devront avoir recours à un supplément pour répondre aux besoins nutritifs de leur nouveau-né.

Cette procédure s'arrime avec la Politique d'allaitement maternel et répond aux critères d'Initiative Amis des bébés.

Les activités associées à l'administration sécuritaire d'un supplément par une méthode alternative chez le nourrisson allaité s'inscrivent en continuité avec le champ d'exercices décrit à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers et plus particulièrement pour les activités réservées suivantes :

1. Évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
2. Exercer la surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (PTI);
3. Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal.

3. Définitions

Allaitement maternel exclusif : L'allaitement exclusif suppose que le nourrisson n'absorbe que du lait maternel. Il ne reçoit aucun autre aliment liquide ou solide, pas même de l'eau, à l'exception de solution orale de réhydratation ou des gouttes/sirops de vitamines et minéraux ou de médicaments. (OMS 2019)

Prématurité tardive : Représente les enfants nés entre 34 et 36 6/7 semaines.

PCN : Préparation commerciale pour nourrisson (Préparation sous forme de poudre, prête à servir ou concentré).

Supplément : Tout aliment qui remplace en tout ou en partie le lait maternel. Cela inclut le lait maternel exprimé.

Signe de transfert de lait chez le nourrisson :

- Le nourrisson déglutit de façon espacée avant le réflexe d'éjection et plus rapproché après l'arrivée du réflexe d'éjection (Réflexe d'éjection non présent avant la montée laiteuse).
- L'élimination est adéquate selon l'âge du nourrisson.
- Il prend du poids suite à la montée laiteuse.

Signe de transfert de lait chez la mère :

- Tranchées utérines.
- Après l'arrivée de la montée laiteuse, les seins sont plus fermes avant et plus souples après la tétée.

4. Objectifs

1-Évaluer la situation clinique globale de la dyade mère/bébé par une collecte de données complète afin d'identifier les situations nécessitant le recours à un supplément à l'allaitement maternel.

2- Déterminer la quantité de supplément nécessaire ainsi que les délais des suivis nécessaires par le CLSC

3- Offrir les choix de méthodes de supplémentation selon la situation de la famille :

- La cuillère à café.
- Le gobelet de médicament.
- Le dispositif d'aide à l'allaitement maternel (DAAM).
- Le biberon.

4-Connaitre la procédure pour diminuer ou sevrer les quantités de suppléments ainsi que les délais des suivis nécessaires par le CLSC.

5. Intervenants concernés

- Infirmières auxiliaires.
- CEPI, Infirmières, Infirmières cliniciennes.
- IPS, Médecins et Pédiatres.
- Gestionnaires.

6. Rôles et responsabilités

Les infirmières qui offrent des soins dans le cadre d'un suivi postnatal doivent avoir suivi une formation de base en allaitement maternel en conformité avec les orientations de l'institut national de santé publique (INSPQ) et le comité d'allaitement québécois. [Formation nationale en allaitement – Revitalisation de l'IAB à travers le développement des compétences au Québec \(rtss.qc.ca\)](http://rtss.qc.ca).

L'infirmière dirige le nouveau-né et ses parents vers une IPS, un médecin ou pédiatre si inquiétudes.

L'infirmière intervient en se référant à l'algorithme établi en fonction de la perte pondérale selon le poids à la première visite postnatale (annexe I).

L'infirmière initie le recours au supplément lorsqu'il y a une raison médicale acceptable le justifiant (annexe A).

L'infirmière qui initie la procédure de supplémentation, rédige le plan thérapeutique infirmier (PTI) et s'assure du suivi de la mère et de son nouveau-né.

L'infirmière respecte le choix des parents de donner des PCN lorsqu'il ont été informés des risques d'un non allaitement et que le choix est libre et éclairé.

Les IPS, les médecins et les Pédiatres prendront connaissance de cette présente procédure et mettront en place toutes les interventions possibles selon la situation clinique pour aider la mise en application et le respect de cette procédure.

Gestionnaire : s'assure que son personnel est au courant de cette procédure et la met en application. Assure que la formation de base en allaitement soit offerte à tout le personnel qui travaille auprès des familles dans le secteur de la petite enfance en 1^e ligne. S'assure que le personnel bénéficie du soutien clinique nécessaire pour développer les meilleures pratiques en lien avec l'initiation de l'allaitement.

7. Matériel

Tasse, gobelet de médicament, cuillère, dispositif d'aide à l'allaitement, Tire-lait, etc.

8. Procédure

ÉTAPE 1 : Évaluation de la situation clinique :

Évaluer la situation clinique globale de la dyade mère/bébé par une collecte de données complète afin d'identifier les situations nécessitant le recours à un supplément à l'allaitement maternel. La collecte de donnée doit prendre en compte les éléments suivant :

- Le confort émotif de la mère et du bébé.
- Le soutien disponible dans l'entourage.
- Les attentes de la famille en regard de l'allaitement.
- Les positions d'allaitement pour favoriser une bonne prise et un bon positionnement.
- La gestion de l'allaitement au quotidien :
 - Le nombre de tétée par 24h.
 - La raison de la supplémentation s'il y a lieu.
 - L'expression du LM (fréquence et quantité).
 - Explorer l'utilisation de tétines artificielles (confusion seins-tétine).
- L'observation d'une tétée complète avec l'outil SEINS ou AMIS (outil en vigueur dans le RLS d'appartenance) (annexe B).
- L'état physique et anatomique du bébé allaité ; paramètres cliniques (annexe C).

Interventions individualisées auprès des dyades lors d'une prise de poids insuffisante chez le bébé

Selon IAB (2021) il est énoncé qu'aucun supplément n'est indiqué dans les premiers 48 h de vie si :

- Le nourrisson est à terme et en santé (> 37 semaines de gestation).
- Le nourrisson ne présente pas de condition de santé nécessitant une prescription médicale.
- L'apport hydrique et énergétique assuré par les tétées est suffisant lorsque :
 - La succion du nourrisson est efficace (annexe B) ;
 - Les signes de transfert du lait sont présents (annexe B).
- La perte de poids n'excède pas 8 à 10% dans les 5 premiers jours de vie pour un nouveau-né né à terme.
- Pour les nouveau-nés de prématurité tardive (34 à 36 6/7), suivre l'ordonnance médicale pour la supplémentation à l'allaitement.

NB : Si le supplément n'est médicalement pas indiqué et qu'il est donné malgré tout, s'assurer d'expliquer le risque de la supplémentation aux parents afin d'offrir un choix libre et éclairé et tenter d'opter pour les stratégies d'interventions sans supplémentation.

Stratégies d'interventions sans supplément :

Pour les pertes de poids entre 5 et 7% avec signes cliniques nécessitant une intervention :

Tout au long du continuum de soins, l'infirmière élabore un plan avec interventions individualisées selon les principes de l'entretien motivationnel. Lors d'un gain de poids lent chez le nourrisson, elle s'assure d'identifier la cause et identifie la problématique d'allaitement, le cas échéant. Si l'infirmière n'est pas en mesure d'identifier la cause, elle doit référer vers une ressource spécialisée en allaitement. Selon le plan établi avec la famille qui désire aller vers un allaitement maternel exclusif, opter pour les stratégies suivantes :

- Offrir les deux seins à chaque tétée :
- Utiliser la technique de compression du sein pendant la tétée
- S'assurer de changer de sein lorsque la déglutition a ralenti depuis déjà un moment.
- Informer de la possibilité d'offrir un 3^e et un 4^e sein durant la tétée au besoin.
- Opter pour des stratégies afin d'optimiser la production lactée
- Augmenter la fréquence des tétées en étant attentif aux signes que le bébé est prêt à téter (sans limites de durée ni de fréquence); l'utilisation de la suce pourrait masquer ces signes et alors diminuer la production lactée si des tétées étaient retardées ou sautées
- Favoriser le contact peau à peau entre la mère et son bébé
- Informer les parents que l'utilisation du biberon pour nourrir un bébé prématuré, ou pour le bébé à terme surtout dans les premiers jours ou premières semaines de vie, pourrait nuire à l'apprentissage de la succion

Le maintien du suivi est nécessaire jusqu'à une prise de poids adéquate : la fréquence du suivi sera établie par l'infirmière selon l'évaluation clinique de la situation tout au long de l'épisode de soins et elle se référera à l'algorithme à l'aide à la décision en fonction de la perte pondérale selon le poids à la première visite postnatale (ANNEXE I) Si la prise de poids demeure insuffisante malgré la mise en place de stratégies d'intervention sans supplément, poursuivre les interventions et recourir à la stratégie d'intervention avec supplément.

ÉTAPE 2 : Déterminer la quantité de suppléments nécessaire et offrir les choix de méthodes de supplémentation selon la situation de la famille et en prenant compte des facteurs suivants:

L'infirmière doit poursuivre l'application des stratégies sans supplément et ajuster le plan d'intervention individualisé lors d'une insuffisance pondérale chez le bébé.

La stratégie d'interventions avec suppléments s'applique :

- Pour les pertes de poids plus grand que 10% dans les 5 premiers jours de vie pour un nouveau-né né à terme.
- S'il y a une raison médicalement acceptable de recourir à une préparation commerciale pour nourrissons (PCN) (voir annexe A) (comité Canadien pour l'allaitement, 2021) ;
- Si l'état clinique du bébé est préoccupant selon les paramètres cliniques (annexe C), malgré les stratégies d'interventions sans supplément, et ce, seulement si le lait maternel exprimé s'avère être en quantité insuffisante pour répondre aux besoins du bébé, opter pour une préparation commerciale pour nourrissons (PCN) à base de lait de vache enrichie de fer*. Offrir le supplément selon ce qui est nécessaire pour la physiologie normale. Voici l'apport moyen de colostrum dans les premières semaines de vie:

*Le lait maternel provenant d'une banque de lait maternel serait la meilleure alternative si disponible. Lors de l'écriture de cette procédure, les banques de lait maternel sont réservées à des nouveau-nés ayant des conditions de santé très spécifiques et non à l'usage des nouveau-nés à terme.

Heures de vie	Moins de 24h	24-48h	48-72h	72-96h	2-3 semaines	4-6 semaines
Volume /apport	2-10 ml/boire	5-15ml/boire	15-30 ml/boire	30-60ml/boire	450-750ml/24h	750 ml et +/- 24h
* Si le bébé tète moins de huit fois par jour ou tète sans avaler régulièrement (transfert de lait inefficace), recommander en remplacement de chaque tétée sautée ou inefficace, l'expression du lait à la main ou avec un tire-lait électrique de qualité						

Référence : Formation nationale en allaitement maternel, Algorithme allaitement, Revitalisation de l'IAB à travers le développement des compétences au Québec

Ajuster la supplémentation selon l'évolution du bébé sur sa courbe de croissance (prise minimale d'environ 25 à 35 grammes par jour) selon la situation clinique. Assurer le suivi de la dyade mère/bébé jusqu'à la stabilité du poids du bébé sur sa courbe de croissance. Se référer à l'algorithme l'aide à la décision du suivi pondéral (annexe I)

ÉTAPE 3 : Offrir les choix de méthodes de supplémentation selon la situation de la famille

*Enseignement à transmettre lors de l'utilisation des méthodes alternatives (annexe II)

Méthodes	Indication	Avantage	Désavantage
Cuillère	Idéale dans les 24 premières heures de vie pour administrer de petite quantité	• Moyen rapide qui ne contribue pas à la confusion sein-tétine; • Permet au bébé de suivre son rythme; • Moins invasif que les gavage;	• N'enseigne pas à bébé comment téter au sein; • N'augmente pas la stimulation des seins; • Certains bébés, nés à terme, peuvent s'habituer rapidement au gobelet;
Gobelet	Utiliser le gobelet après 24 h de vie du nourrisson pour administrer une quantité plus grande que 10 mL.	• Réduit la réaction de défense orale; • Encourage le placement de la langue vers le bas et vers l'avant; • N'entraîne pas de difficultés respiratoires ni d'instabilité physiologique; • Procure une expérience d'alimentation positive; • Peut s'utiliser chez le bébé qui souffre déjà de confusion sein-tétine.	• Les parents (ou l'intervenant) peuvent s'accoutumer au gobelet; • Pertes significatives de liquide difficile à mesurer; • Si on verse le lait dans la bouche du bébé, on peut causer une aspiration et entraîner la perte de l'habitude de se nourrir.
Dispositif d'aide à l'allaitement maternel (DAAM) au sein	Utiliser cette technique lorsque vous voulez stimuler le nourrisson à téter au sein, améliorer la succion et établir une bonne production de lait.	• Toute l'alimentation se fait au sein; • Moins de risque d'un encodage erroné; • Pratique constante et renforcement de la succion appropriée au sein; • Stimulation fréquente des seins pour augmenter la production lactée; • Établit le débit de lait pour régulariser la succion.	• Peut-être encombrant, peu attirant et décourageant; • Nécessite un suivi professionnel et de l'enseignement; • Nécessite le positionnement exact du tube; • Peut exacerber le problème de l'action de la succion du bébé et du mouvement de sa bouche; • Bébé peut téter seulement le tube et boire comme à la paille; • Les pièces peuvent s'endommager et le dispositif peut être dispendieux pour les parents.
Biberon	• Utiliser lors d'une supplémentation à long terme; • Lorsque c'est la décision des parents; • En dernier recours, dans l'incapacité d'utiliser un autre moyen de supplémentation	• Bien connu; • Facile d'utilisation; • Socialement accepté; • Le nourrisson avec des particularités anatomiques (ex. : fente palatine, paralysie) obtient du lait plus rapidement et plus facilement.	• Sa facilité d'utilisation peut avoir un impact sur la motivation de la mère à poursuivre son allaitement; • La tétine artificielle peut désorganiser la succion du nourrisson (confusion sein-tétine); • Modifier ses repères de satiété; • Peut induire une bradycardie, une apnée et une désaturation d'oxygène, surtout chez le nourrisson prématuré.

ÉTAPE 4 : Diminuer ou sevrer les quantités de suppléments ainsi que le délai des suivis :

- Demander aux parents d'inscrire sur une feuille l'heure et le nombre de tétées/24 h, le type de lait (LM et/ou PCN) et la quantité prise, l'heure, le nombre de mictions et de selles ainsi que leur apparence.
- Réduire le nombre et la quantité de suppléments offerts lorsque le bébé, a repris son poids de naissance, a un gain de poids adéquat et lorsque la production lactée est suffisante.
- Procéder de façon graduelle :
 - Jour 1 à 3 : Habituellement réduire 30 ml de la quantité totale des suppléments pendant 48 heures. Aviser de mettre le bébé plus souvent aux seins. Faire noter le nombre de mictions et de selles. Faire une lecture de poids dans 48 heures.
 - Jour 4-6: Si le gain de poids est adéquat soustraire 30 ml de suppléments de plus et appliquer les mêmes conseils et ainsi de suite à tous les 48h.
 - Jour 7 à 9: Si le gain de poids est adéquat, soustraire de 30 à 60 ml de suppléments et faire un suivi de poids dans 48 h.
 - Faire un suivi de poids 48 à 72 h après la fin des suppléments.
 - Une semaine après la fin des suppléments, faire un suivi de poids.
 - Si une réduction du poids ou un gain de poids insuffisant est constaté, revenir à la quantité de suppléments précédente, revoir l'évaluation de la situation et réduire de façon plus graduelle.

9. Documentation

PTI et notes d'observation

10. Annexe(s)

Annexe A : Conditions médicales justifiant l'utilisation des suppléments.

Annexe B : Outils d'appui à l'évaluation de la tétée (AMIS et SEINS).

Annexe C : L'état physique et anatomique du bébé allaité ; paramètres cliniques.

Annexe I : Aide à la décision pour suivi de poids postnatal en externe au CLSC – jusqu'à 14 jours de vie

Annexe II : Méthodes alternatives pour allaitement maternel.

Annexe III : Algorithme décisionnel pour la supplémentation d'un bébé allaité.

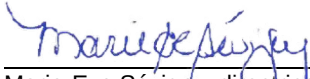
11. Références

- Centre de santé et de services sociaux de Vaudreuil-Soulanges (2014-01-14), *Protocole Infirmier PROT-INF-007, perte de poids du nouveau-né égale ou supérieure à 10%*
- CISSS de Lanaudière, (Octobre 2022), Protocole infirmier, *Suivi pondéral du nouveau-né en santé prévention-promotion jeunesse*
- CIUSSS de l'Ouest de l'île de Montréal, Hôpital Lakeshore, DEFJ-OB-PINT-11, *Supplémentation de l'allaitement maternel. p.8*
- CISSS de la Montérégie-Est, (2020), *Règle de soins infirmiers, RSI 031, Prise en charge clinique d'une dyade ayant des difficultés d'allaitement nécessitant un apport supplémentaire à la tétée par une méthode alternative*
- CISSS de la Montérégie-Est, (2019), *Règle de soins infirmiers, Surveillance clinique du bébé allaité, né à terme et en santé, âgé de moins de trois mois présentant une prise de poids insuffisante*, documents de travail
- Comité canadien pour l'allaitement, *Indications médicales justifiant le recours aux substituts de lait maternel*
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)(2022) *Mieux-Vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*, repéré en ligne <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/version-pdf>
- Kellams, Harrel, Omeag, Gregory, Rosen-Carole, Académie Breast Medicine, (2017), *ABM Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy term Breastfed Neonate, revised 2017*, Volume 12, Number 3, DOI:10.1089/bfm.2017.29038.ajk
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) (2021), *Pratiques cliniques pour l'amorce et la poursuite de l'allaitement, Algorithme* repéré dans Formation nationale en allaitement-Revitalisation de l'IAB à travers le développement des compétences au Québec
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) (2018), *Croissance normale du bébé allaité*, tiré de la formation en allaitement Jour 2

Sites web consultés :

<https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-019-0224-y#Fig1>

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Claudine Dansereau, Conseillère en soins infirmiers,	2022-09-23
	Jessica Dupuis-Gagné, ICASI 0-5 ans	2022-09-23
Révisé par		
Personnes consultées	Ysabel Conway, Conseillère en soins infirmiers	2022-10-14
	Patricia Quirion, Chef de programmes soins infirmiers périnatalité/petite enfance/santé publique	2022-09-23
	Christelle Robert, Conseillère cadre en soins infirmiers	2022-10-14
	Annie Saint-Aubin, Infirmière clinicienne	2022-10-28
	Dr. Isabelle Larocque	2023-03-02
	Dr. Chloé Langlois Pelletier, pédiatre	2023-03-03

Historique du document		
Approuvé par	 Marie-Eve Sévigny, directrice adjointe des soins infirmiers à la qualité et à l'évolution de la pratique, DSIEU	2023-05-11
Approuvé par	 Francine Charbonneau, Directrice adjointe par intérim Direction des Programmes Jeunesse et des Activités de santé publique	2023-05-08

Annulation d'outils cliniques existants	
En date d'entrée en vigueur mentionnée, cette directive clinique vient annuler les outils cliniques suivants :	
Installation(s)	Annulation
CSSS Vaudreuil-Soulanges	Protocole infirmier PROT-INF-007, perte de poids du nouveau-né égale ou supérieure à 10%, 2014-01-14

Indications médicales justifiant le recours aux substituts du lait maternel

Dès qu'une personne envisage d'arrêter temporairement ou de cesser d'allaiter, il faut prendre en considération l'importance de l'allaitement comparativement aux risques que présentent l'utilisation du lait non humain¹ et la nécessité d'intervenir en raison d'une condition médicale. L'allaitement doit se poursuivre autant que possible durant cette interruption.

Problèmes de santé chez le nourrisson :

1. **Nourrissons qui ne devraient pas recevoir de lait maternel, ou tout autre type de lait, à l'exception d'une préparation spéciale de substitut du lait humain (alimentation de substitution), soit les cas suivants :**
 - Galactosémie classique – utiliser une préparation spéciale sans galactose;
 - Maladie des urines à odeur de sirop d'érable – utiliser une préparation spéciale sans leucine, isoleucine et valine.
2. **Nourrissons pour lesquels l'allaitement demeure la meilleure option, mais qui nécessitent un apport nutritionnel supplémentaire pour une période de temps limitée, soit les cas suivants :**
 - Poids de moins de 1500 g à la naissance;
 - Naissance à moins de 32 semaines d'âge gestationnel;
 - Hypoglycémie asymptomatique confirmée par analyses de laboratoire et ne répondant pas à l'allaitement et au lait humain;
 - Présence de signes et de symptômes d'une ingestion insuffisante de lait humain, par exemple :
 - Signes cliniques ou biochimiques de déshydratation (taux élevés de sodium sérique, alimentation insuffisante, léthargie, manque de turgueur cutanée);
 - Perte de poids excessive selon l'âge gestationnel et le poids à la naissance – une perte de poids de plus de 8 % à 10 % après la naissance devrait entraîner une évaluation approfondie;
 - Délai de la défécation et présence de méconium persistant jusqu'au 5^e jour postpartum; ou croissance inférieure aux valeurs des courbes selon l'âge gestationnel;
 - Jaunisse persistante découlant d'une ingestion insuffisante associée à une perte de poids soutenue, à des défécations limitées et à la présence de calculs d'acide urique dans l'urine;
 - Phénylcétonurie – encourager l'allaitement, offrir une alimentation complémentaire à l'aide d'une préparation à faible teneur en phénylalanine et suivre de près les taux de phénylalanine.

Si le lait maternel n'est pas disponible, le lait pasteurisé de donneuses (LPD) demeure la meilleure option.

Problèmes de santé chez la mère

Les mères touchées par l'une des conditions médicales ci-dessous devraient recevoir le traitement approprié selon les lignes directrices existantes.

1. Problèmes de santé pouvant justifier que l'on évite l'allaitement de façon permanente :

- Séropositivité pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) – avoir recours au LPD ou au lait non humain, conformément aux règlements du pays;
- Infection au virus du lymphome humain à cellules T de type I ou II (HTLV-1/HTLV-2).

¹ Le lait non humain fait référence aux substituts du lait humain, aux préparations commerciales pour nourrissons ou aux substituts du lait maternel

2. Problèmes de santé pouvant justifier l'interruption temporairement de l'allaitement :

La mère devrait recevoir de l'aide pour maintenir la lactation jusqu'à ce que sa condition soit rétablie.

- Douleur intolérable associée à l'allaitement et non soulagée par des interventions après une évaluation approfondie;
- Maladie grave empêchant une mère de s'occuper de son nourrisson (p. ex., sepsie);
- Infection au virus de l'herpès simplex de type 1 – éviter le contact direct de la bouche du nourrisson sur les lésions sur les seins; le lait maternel exprimé à partir du sein touché peut être utilisé si le tire-lait n'est pas entré en contact avec les lésions herpétiques;
- Brucellose non traitée;
- Varicelle active – le lait maternel exprimé peut être utilisé jusqu'à la fin de la période de contagion; l'administration d'immunoglobulines antivaricelleuses (Varlg) au nourrisson doit se faire dès que possible. Il faut éviter d'entrer en contact avec les lésions cutanées;
- Contre-indication liée à l'utilisation de médicaments chez la mère, y compris :
 - Les psychotropes sédatifs, les antiépileptiques, les opioïdes et les associations formées avec ces produits entraînant des effets secondaires comme la somnolence et la dépression respiratoire – **il est donc préférable de les éviter s'il existe d'autres traitements plus sécuritaires**;
 - L'iode 131 radioactif, puisque des solutions de rechange plus sécuritaires sont offertes. La mère peut reprendre l'allaitement environ deux mois après avoir reçu cette substance;
 - L'utilisation excessive d'iode topique ou d'iodophores (p. ex., la polyvidone iodée), en particulier sur des plaies ouvertes ou des membranes muqueuses, peut entraîner un freinage de la fonction thyroïdienne ou des anomalies des électrolytes chez le nourrisson allaité; elle devrait être évitée;
 - Une chimiothérapie cytotoxique exige que la mère interrompe l'allaitement durant son traitement.

3. Problèmes de santé chez la mère qui, bien qu'ils puissent être préoccupants et nécessiter l'administration d'une alimentation complémentaire chez le nourrisson, permettent la poursuite de l'allaitement :

- Activation tardive de l'activité sécrétoire (jour 3 à 5 ou plus) et ingestion insuffisante par le nourrisson;
- Insuffisance glandulaire primaire;
- Production insuffisante de lait en raison d'une maladie du sein ou d'une chirurgie mammaire antérieure;
- Abscesses mammaires – poursuivre l'allaitement; le lait maternel exprimé à partir du sein touché peut être utilisé;
- Hépatite B – les nourrissons devraient recevoir des immunoglobulines antihépatiques B et le vaccin contre l'hépatite B dans les 48 heures, ou dès que possible par la suite;
- Mastite – poursuivre l'allaitement; le lait maternel exprimé à partir du sein touché peut être utilisé;
- Tuberculose – le lait maternel exprimé peut être utilisé jusqu'à la fin de la période de contagion; gérer la mère et le bébé conformément aux lignes directrices nationales pour cette maladie;
- Consommation de drogue – encourager les mères à ne pas consommer ces substances et leur offrir des moyens et du soutien pour appliquer des stratégies adéquates de réduction des méfaits;
 - Nicotine et alcool;
 - Ecstasy, amphétamines, cocaïne et autres stimulants semblables – il a été démontré que leur consommation par la mère entraîne des effets néfastes pour le bébé qui est allaité; la consommation d'opioïdes, de benzodiazépines et de cannabis peut causer un effet de sédation chez la mère et le bébé. Une mère peut poursuivre l'allaitement si elle est inscrite à un programme supervisé de maintien à la méthadone.

Adapté de : OMS et UNICEF. Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, expanded and updated for integrated care, Genève, 2009 (en anglais seulement).

Repéré le 2023-03-10: <https://breastfeedingcanada.ca/wp-content/uploads/2021/06/Medical-Indications-for-supplementation-2021-03-22.FR-FINAL-002.pdf>

OUTIL - d'appui à l'évaluation de la tétée « AMIS »

Observations objective et subjective			
A Attachement Asymétrique	Aucun réflexe de fousissement Bébé somnolent Pleurs Ne s'attache pas au sein	Réflexe de fousissement inconstant. Présentation du sein au niveau de sa bouche Menton loin du sein, touchant le thorax Mise au sein prématuré (bouche insuffisamment ouverte) Tête droite ou en flexion Appuyer fermement au niveau de sa tête Prise symétrique Angle <120° Lèvre inférieure repliée vers l'intérieur de la bouche Nez enfoui profondément dans le sein Partie égale ou + grande partie de l'aréole visible au-dessous du sein Succion non rythmique Mouvement de la mâchoire en piston, joues qui creusent Mains fermées, sommeil léger après la tétée	Réflexe de fousissement présent Présentation du sein au niveau e son nez Menton touche le sein Attendre que le bébé ouvre grand la bouche, langue vers le bas Tête légèrement en extension Appuyer fermement au niveau de son dos et de ses épaules (position anti gravité). Soutenu sur sa mère (position gravité) Prise asymétrique Angle >120° (jusqu'à 140°) Lèvre inférieure retournée Nez dégagé (ou près du sein) Plus grande partie de l'aréole visible au-dessus du sein Succion rythmique Mouvement de la mâchoire en balancier, tempes qui bougent Mains ouvertes, sommeil profond à la fin de la tétée
M Mamelon et seins	• Douleurs intenses • Gerçures, crevasses, saignement • Engorgement pathologique • Mamelons invaginés • Chirurgie mammaire	Douleurs légères Cloques ou rougeurs mineures, strie blanche ou mamelon écrasé (forme de rouge à lèvre après la tétée), ampoule de lait Engorgement physiologique Mamelon plats	Mamelons intacts, seins souples Mamelons érectiles (après stimulation)
I Position Instinctive ou biologique	Une autre personne met le bébé au sein et le soutient durant toute la tétée	La mère tient son bébé au niveau de sa tête Elle soutient la tête en flexion (tête du bébé est droite et parfois touche le thorax) Elle approche le bébé au-dessus de ses seins Bouche vis-à-vis le mamelon Bébé déposé sur un oreiller sur le dos perpendiculaire au sein	La mère soutient son bébé au niveau de son dos et de ses épaules (positions anti gravité). Bébé soutenu sur le corps de la mère (position gravité) Elle permet à la tête du bébé de s'arquer vers l'arrière Elle approche le bébé en dessous des seins Nez vis-à-vis le mamelon Elle tourne son bébé afin que tous les deux soient de ventre à ventre. Le thorax du bébé sera à la base du sein
S Sons de déglutition	Aucun	Quelques bruits de déglutition après stimulation Claquements	Spontanés et intermittents < 24 heures de vie Spontanés et fréquents > 24 heures de vie
Évaluation globale	Dyade nécessitant beaucoup d'appui = 0	Dyade nécessitant appui = 1	Dyade autonome = 3

OUTIL - d'appui à l'évaluation de la tétée « SEINS »

	S S'accroche au sein	E État des mamelons et des seins	I Installation du bébé	N Normalité de la forme des mamelons	S Sons de déglutition
0	- Bébé somnolent ou réticent - Ne prend pas l'aréole	- Gerçures, saignement, cloque (ampoule de lait) ou rougeurs importantes - Douleur intense - Engorgement	Enseignement total (l'infirmière met l'enfant au sein)	Ombiliqués	Aucun
1	- Tentatives répétées - Garde le mamelon dans sa bouche - Succion après stimulation	- Cloques ou rougeurs mineurs - Douleurs légères - Seins pleins	- Enseignement partiel (l'infirmière monte la tête du lit, installe des oreillers pour soutenir la mère, etc.) - L'infirmière fait une démonstration au premier sein, la mère donne l'autre sein sans aide - L'infirmière tient l'enfant, puis la mère prend la relève	Plats	Quelques bruits de déglutition après stimulation
2	- Saisit le sein correctement - Langue abaissée - Lèvre ouvertes vers l'extérieur - Succion rythmique	Mamelons intacts, sens souples	- Aucun enseignement nécessaire - Mère capable de placer et de tenir le bébé	Érectiles (après stimulation)	- Spontanés et intermittents à moins de 24 heures de vie - Spontanés et fréquents à plus de 24 heures de vie

L'état physique et anatomique du bébé allaité ; paramètres cliniques**Évaluer les signes cliniques chez le bébé**

Paramètre clinique	Normal	Intervention requise
État général	S'éveille seul quand il a faim. Boit bien et souvent (8 fois ou plus/24heures) Semble satisfait après avoir bu.	Très somnolent, très difficile à réveiller pour boire, léthargique
Tonus musculaire	Bon tonus musculaire	Faible tonus musculaire, succion faible
Peau	Bonne turgescence cutanée	Turgescence cutanée faible
Urine	Pendant la 1 ^{ère} semaine de vie, urine de plus en plus souvent (au moins 1 miction par jour de vie). À partir de la 5 ^{ème} journée, mouille au moins six couches par jour (urine pâle et sans odeur)	Urine moins souvent qu'à l'habitude, urine foncée et odorante, présence de cristaux d'urate dans les urines après les 2 premiers jours de vie
Selles	Élimination complète du méconium après le 5 ^{ème} jour de vie. Par la suite, selles jaunes ou vertes, liquides ou très molles. Fréquence de 3 à 10 selles par jour au cours des 4 à 6 premières semaines. Après 4 à 6 semaines, la fréquence des selles peut diminuer (par exemple aux trois à sept jours, mais elles doivent être abondantes)	Persistance des selles méconiales après le 5 ^{ème} jour de vie Moins d'une selle par 24h entre les âges de 5 jours et 4 semaines.
Tétées	Au moins 8 tétées par jour au cours du premier mois de vie et aussi souvent que le bébé réclame le sein. De façon générale, les tétées deviennent plus courtes au fur et à mesure que l'enfant grandit.	Moins de huit tétées par jour ou tétées avec transfert de lait inadéquat.
Comportement	Calme et actif au sein	S'endort ou irritable au sein

Paramètres	Normal	Préoccupant
Perte de poids par rapport au poids de naissance	5 à 7% environ	≥8-10%
Retour au poids de naissance	Vers la 2 ^e semaine (10-14 jours)	À plus de 2 semaines de vie
Gain de poids moyen par jour (dès le début de la reprise de poids)	Environ 25 à 45g par jour	Moins de 20g à 25g par jour environ

Évaluer les signes cliniques chez la mère

Paramètres	Normal	Préoccupant
Montée laiteuse	Apparition entre la 2 ^e et la 5 ^e journée	Apparition après 5 jours
Transfert de lait	Assouplissement des seins après la tétée	Engorgement ou souplesse des seins en tout temps

Référence : CISSS de la Montérégie-Est, (2020-06-18), RSI 031, *Prise en charge clinique d'une dyade ayant des difficultés d'allaitement nécessitant un apport supplémentaire à la tétée par une méthode alternative*