

Beginnings

De la preuve à l'action

Le lait maternel est un médicament

Tirer parti des bienfaits du lait maternel (Mother's Own Milk, MOM) pour faire progresser les soins néonataux

Le dépistage est essentiel

Arguments en faveur de l'évaluation des facteurs de risque liés à la lactation prénatale

La culture est reine

Comment mettre en place des équipes efficaces d'optimisation périnatale



Tous les cliniciens présents ici vont réfléchir à leur pratique et, une fois rentrés chez eux, en parleront à leurs collègues, car ils auront constaté des résultats phénoménaux. Et ils s'investiront davantage et feront preuve de plus de passion pour faire évoluer les soins, afin d'en constater les résultats positifs.

La professeure Donna Geddes, conférencière lors des trois symposiums Medela organisés en 2025

Donner les moyens aux équipes périnatales

Faire avancer la science de l'allaitement

Au cœur de la série de symposiums mondiaux Medela sur l'allaitement maternel et la lactation 2025

Une fois de plus, la série de symposiums mondiaux sur l'allaitement maternel et la lactation organisés par Medela a réuni certaines des figures les plus éminentes de la science de la lactation afin de transposer les avancées de la recherche dans la pratique clinique. Trois symposiums hybrides organisés en Chine, en Amérique et en Europe ont réuni des néonatalogistes, des consultantes en lactation, des sages-femmes, des infirmières en néonatalogie, des représentants de banques de lait et des associations de parents, dans le cadre de conférences et d'ateliers visant à faire évoluer les pratiques et abordant directement les défis concrets auxquels sont confrontés aujourd'hui les familles et les professionnels de santé.

Édition chinoise : améliorer l'accompagnement à l'allaitement

Le symposium chinois, qui s'est tenu à Shanghai, a non seulement donné lieu à des exposés très instructifs présentés par des experts internationaux, mais a également permis des débats approfondis animés par des spécialistes locaux en obstétrique, en pédiatrie et en soins infirmiers. Ils ont exploré des pratiques cliniques innovantes – de l'évaluation des risques prénataux et de la promotion de l'allaitement maternel chez les prématurés en unité de soins intensifs néonatale, jusqu'à l'accompagnement informatif tout au long du post-partum et aux consultations infirmières spécialisées – fournissant des données scientifiques de pointe et des solutions concrètes pour favoriser la collaboration interdisciplinaire.

Édition américaine : Donner les moyens aux équipes périnatales

Organisé dans l'Illinois, ce programme de deux jours a réuni 12 experts cliniques de premier plan dans le domaine de la lactation, qui ont abordé trois thèmes principaux : les dernières avancées en matière de soins néonataux ; l'optimisation des volumes de lait maternel (Mother's Own Milk, MOM) chez les populations vulnérables ; et le renforcement du réseau de soins, en mettant en relation les professionnels de santé, les mères, les banques de lait et les structures de soutien communautaire afin de garantir l'accès au lait maternel de donneuses et d'assurer un approvisionnement complet en lait pour chaque nourrisson. Parmi les présentations consacrées aux avancées en matière de soins néonataux figuraient des travaux de recherche novateurs sur le statut de sécréteur et de non-sécréteur dans le cadre de l'étude des glycanes et des

microbes à l'interface entre la mère, le lait maternel et le nourrisson, les meilleures pratiques en unité de soins intensifs néonatale pour optimiser les résultats de santé grâce à l'allaitement maternel, ainsi que la suppression des obstacles aux meilleures pratiques d'alimentation en unité de soins intensifs néonatale dans le cadre de l'allaitement maternel.

Édition européenne : discussion des nouvelles recherches scientifiques et de leurs implications pour la pratique clinique

Le programme de Lisbonne, au Portugal, a abordé les dernières avancées en matière de soins néonataux, l'optimisation des volumes de lait maternel chez les populations à risque, ainsi que la réduction de l'écart entre l'alimentation exclusivement au lait maternel et l'allaitement maternel après la sortie de l'hôpital, grâce au renforcement des infrastructures des banques de lait maternel à travers l'Europe et à la mise en place d'un accompagnement spécialisé en matière d'allaitement pour les nouveau-nés à haut risque. Les débats du symposium ont associé les points de vue des parents aux données cliniques afin d'aborder la transition de l'hôpital vers le domicile pour les nourrissons et les mères à risque, mettant ainsi en avant une occasion unique d'intégrer le point de vue des défenseurs des droits des patients. Des ateliers spécialisés approfondis ont permis d'étudier des solutions concrètes pour surmonter les obstacles au suivi et à l'amélioration de l'allaitement maternel (MOM) chez les nourrissons hospitalisés en unité de soins intensifs néonatale.

Grâce à leur large portée et à leur approche résolument axée sur la recherche, les symposiums Medela continuent de faire évoluer les pratiques à l'échelle mondiale, de nouer des partenariats et d'améliorer l'accès au lait maternel pour les nourrissons vulnérables partout dans le monde.

30
experts mondiaux
et locaux

3
continents

Plus de
5 000
participants en ligne,
plus de 450 sur site

Sommaire

02 Faire avancer la science de l'allaitement

La série de symposiums Medela 2025

04 Le lait maternel est un médicament

Des travaux de recherche vraiment fascinants menés aux quatre coins du monde

12 Un meilleur dépistage, de meilleurs résultats

Un accompagnement proactif de l'allaitement commence avant la naissance

16 My Pumping Pathways (Mon parcours d'expression)

Une nouvelle approche pour les mères devant impérativement tirer leur lait à l'unité de soins intensifs néonatale

18 Initiatives d'amélioration de la qualité

Comment constituer des équipes périnatales performantes

Empreinte

Medela France
20, rue Rouget de l'Isle, 92130 Issy-les-Moulineaux,
Tél : +33 (0)1.69.16.10.30, info@medela.fr,
www.medela.fr

Rédaction et publication :
Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG
Design : www.ruheundsturm.de, Munich

Crédit photo :
Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG;
Adobe Stock: 106379492, 541677905, 721380940,
1518624653, 1785281298, 1831973451, 1901536948

Le lait maternel
est un

médicament

Le lait maternel est bien davantage qu'un simple aliment. Dans le domaine des soins aux nouveau-nés, le lait maternel (Mother's Own Milk, MOM) se distingue comme une intervention sanitaire sur mesure. Un système bioactif extrêmement adaptable qui accompagne les nourrissons pendant leurs premiers jours, semaines et mois, période où ils sont le plus vulnérables. Les scientifiques n'ont cessé de plaider en faveur d'une approche plus globale des propriétés du lait maternel, nous encourageant à ne pas nous limiter à ses bienfaits nutritionnels et à le considérer comme le véritable remède qu'il est.

Trois exemples pour convaincre et surprendre.

Des superpouvoirs **concentrés**

Étude de la concentration du lait maternel
comme alternative à l'ajout d'un fortifiant

Parfois, il en faut un peu plus. Pour les prématurés, il est courant d'enrichir le lait maternel à l'aide d'un fortifiant, de lait en poudre ou de nutriments individuels. Mais puisque nous savons que l'allaitement maternel est en réalité la meilleure solution pour protéger le système gastro-intestinal fragile du nourrisson et réduire les risques de maladie, ne devrions-nous pas plutôt chercher des moyens de faire en sorte que le nourrisson puisse bénéficier davantage de ces nutriments bénéfiques ? La professeure Sarah Taylor et son équipe de l'Université de Yale ont peut-être trouvé la solution – une solution aussi simple qu'efficace : concentrer le lait cru et pasteurisé par osmose passive directement sur le lieu de soins.

Prof. Sarah Taylor,
néonatalogiste à la faculté
de médecine de Yale, USA



Professeur Taylor, quels sont les avantages cliniques de l'utilisation de lait maternel concentré par rapport aux méthodes traditionnelles d'enrichissement du lait maternel – notamment en ce qui concerne la préservation des composants bioactifs et le soutien à la santé intestinale ?

L'avantage clinique de la concentration des composés organiques du lait maternel (MOM) par rapport aux méthodes traditionnelles d'enrichissement du lait maternel réside dans le fait que cette concentration permet au nourrisson d'être exposé à un plus grand nombre de composants MOM. Dans le lait concentré, chaque millilitre de lait contient environ 20 % de nutriments et de composés bioactifs en plus. Cela est particulièrement important lorsque le volume de lait que le nourrisson peut boire est limité, mais cela peut également s'avérer important lorsque la mère tire quotidiennement un volume de lait supérieur à la quantité que le nourrisson boit chaque jour. Cela permet au nourrisson de bénéficier davantage des nutriments et des composés bioactifs produits quotidiennement pour lui.



Je pense que, pour les mères, l'idée de pouvoir limiter les compléments alimentaires tout en utilisant leur propre lait maternel et en se concentrant sur leur bébé, sera particulièrement motivante et enthousiasmante.

La professeure Paula Meier, conférencière dans le cadre de la série de symposiums Medela 2025



Vos travaux de recherche présentent une nouvelle méthode de pointe pour la concentration du lait maternel. Pourriez-vous nous expliquer plus en détail le processus d'osmose passive ? Quel matériel faut-il pour mettre en œuvre cette méthode ?

Le principal équipement utilisé pour ce procédé est le concentrateur de lait maternel. Ce dispositif est un filtre à membrane fine stérile conçu pour s'adapter aux récipients à lait couramment utilisés dans les unités de soins intensifs néonatales. Le filtre est rincé à l'eau stérile, puis plongé dans le lait pour la concentration. Au fur et à mesure qu'elle élimine le liquide du lait, la membrane va s'alourdir et s'épaissir.

On dirait une solution tellement simple pour des résultats vraiment impressionnants. Comment vous est venue l'idée de ce filtre et comment a-t-il été développé ?

Beth Schinkel, cofondatrice de l'association « Mother's Milk Is Best », travaillait comme infirmière en unité de soins intensifs néonatale à Boston lorsqu'elle a commencé à être profondément préoccupée par le nombre de ses patients atteints d'entérocolite nécrisante. Elle se demandait s'il était possible d'augmenter la valeur nutritive et la teneur en composés bioactifs du lait maternel fourni au nourrisson prématuré dans le cadre du volume d'alimentation prescrit, en éliminant l'eau.^{1,2}

Nous savons que l'augmentation du volume de lait est une stratégie permettant de répondre aux besoins nutritionnels, mais elle n'est pas toujours envisageable pour les nourrissons prématurés fragiles. En quoi la concentration du lait par osmose passive pourrait-elle constituer une alternative plus sûre – et que savons-nous à ce jour de sa tolérance en milieu clinique ?

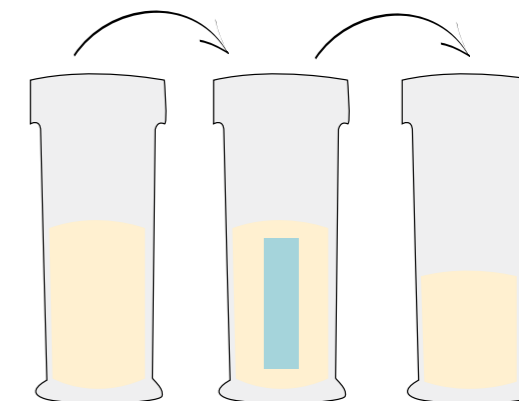
Ces deux stratégies, à savoir l'augmentation du volume de lait administré et l'utilisation d'un dispositif de concentration du lait maternel, visent à accroître l'apport du nourrisson en nutriments et en composés bioactifs présents dans le lait maternel. Le dispositif de concentration du lait maternel peut être privilégié lorsque les nourrissons ont des restrictions quant au volume de lait ingéré. Un exemple de situation où le volume peut être limité est celui d'un nourrisson qui apprend à s'alimenter par voie orale. Nous pensons que le lait concentré sera bien toléré, car une concentration de 20 % correspond probablement aux variations naturelles des nutriments présents dans le lait maternel ; de plus, lors de nos essais en laboratoire, tous les résultats se situaient dans les valeurs normales pour l'alimentation des nourrissons. Toutefois, les études cliniques visant à évaluer la tolérance n'ont pas encore été menées. Elles commenceront ce printemps (2026).

Même si vos recherches en sont encore au stade des essais, quels conseils pourriez-vous donner aux cliniques qui souhaiteraient adopter cette technique ?

Le plus important à garder à l'esprit pour préparer l'utilisation future de cet appareil est de s'attacher à aider chaque mère à augmenter sa production de lait. Nous espérons que l'utilisation de l'appareil de concentration du lait maternel constituera une source de motivation pour les mères qui tirent leur lait pour leur bébé hospitalisé en unité de soins intensifs néonatale. Le fait que nous accordions une telle importance aux nutriments et aux composés bioactifs du lait maternel, au point de vouloir les concentrer plutôt que d'ajouter un fortifiant, pourrait bien être source d'autonomie pour les mères.

Quand prévoyez-vous une mise en œuvre clinique à plus grande échelle ?

Le produit sera prêt à être utilisé en clinique en 2026. Nous continuons à mener des recherches cliniques, car nous savons qu'il est important pour les hôpitaux de connaître la sécurité et l'efficacité d'un produit. Nous prévoyons une mise en œuvre clinique à plus grande échelle en 2027. Notre essai clinique est conçu pour se dérouler rapidement car, si ce dispositif fonctionne comme nous le pensons, nous sommes impatients de le mettre à la disposition des services de néonatalogie.



Une réduction de 20 à 30 % du volume de lait par osmose passive.



Dans le lait concentré, chaque millilitre de lait contient environ **20 %** de nutriments et de composés bioactifs en plus.

MOM

Des bienfaits inestimables pour les prématurés

Le lait maternel concentré contient une plus grande concentration des composants bioactifs uniques qui distinguent fondamentalement le lait maternel de tout substitut artificiel. En éliminant l'eau de manière sélective, la concentration en nutriments et en substances bioactives par millilitre augmente – un avantage essentiel pour les nourrissons prématurés, qui ont souvent des volumes d'alimentation entérale très limités mais des besoins nutritionnels et immunologiques exceptionnellement élevés.

Signal, Shield, Nutrition

Le lait maternel contient naturellement des cellules vivantes, des médiateurs immunitaires, des enzymes, des vésicules extracellulaires et des oligosaccharides complexes qui façonnent le microbiome du nourrisson, favorisent la maturation de la barrière intestinale et modulent le développement immunitaire. Lorsque le lait est concentré, ces composants deviennent proportionnellement plus présents dans

chaque ration. Cela signifie une meilleure protection immunitaire, davantage de molécules favorisant le développement du microbiome et plus de nutriments essentiels à la croissance dans chaque millilitre. Pour les prématurés, cela revêt une importance particulière : ils reçoivent de faibles volumes, présentent un risque accru de NCA et de septicémie, et dépendent fortement des bienfaits protecteurs et développementaux du lait maternel.

Le lait maternel concentré permet donc de répondre à des besoins nutritionnels accrus tout en favorisant l'exposition aux facteurs biologiques qui contribuent à une meilleure maturation intestinale, à une meilleure tolérance alimentaire et à une plus grande résilience immunitaire.

Variation de la concentration en pourcentage des composants du lait maternel frais par rapport à la variation de la concentration en pourcentage du lait maternel

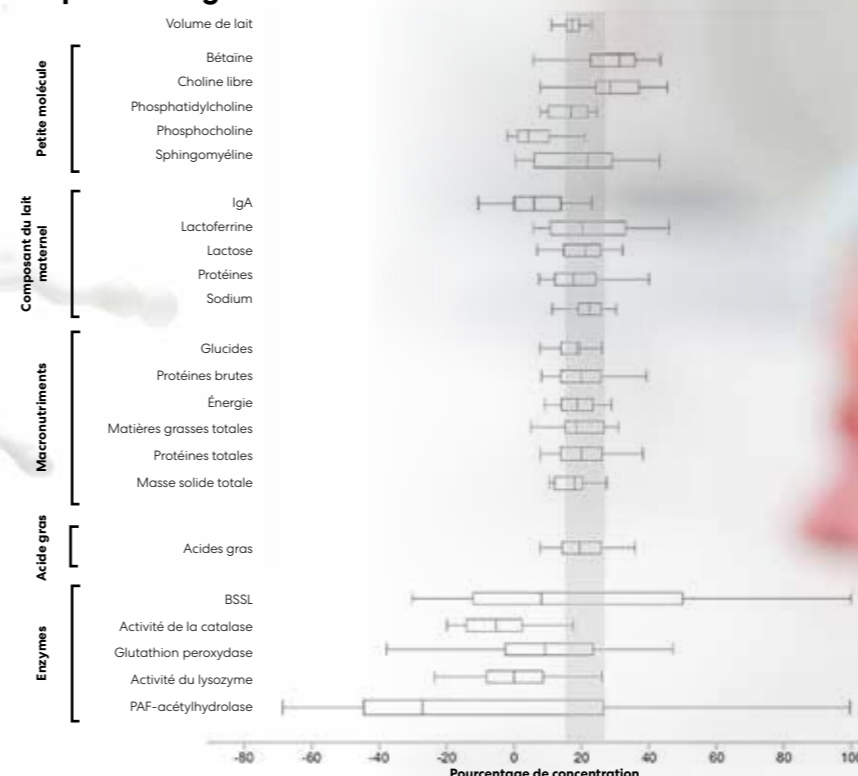


Diagramme en boîte (médiane comme valeur centrale) de la concentration en nutriments, Ncon, comparée à la concentration moyenne dans le lait maternel, HMcon (la barre grise indique la concentration attendue en nutriments, Ncon).

Illustration tirée de : Schinkel ER et al. J Perinatol. 2024; 44(11):1575-1583. © The Authors 2024. Sous licence CC BY 4.0. (Modified from the original English version through translation.)

Références : 1 Schinkel ER et al. J Perinatol. 2021; 41(3):582-589. 2 Schinkel ER et al. J Perinatol. 2024; 44(11):1575-1583.

Promising Protection

L'administration intranasale de lait maternel frais comme stratégie neuroprotectrice dans les lésions cérébrales néonatales

Les lésions cérébrales restent une complication fréquente de la prématurité. Dans l'ensemble, l'hémorragie intraventriculaire touche environ 15 à 25 % des nourrissons prématurés extrêmes à l'échelle mondiale, les taux augmentant considérablement à mesure que l'âge gestationnel diminue. À ce jour, il n'existe aucun traitement curatif, mais le Dr Titus Keller et son équipe de l'hôpital universitaire de Cologne, en Allemagne, explorent une approche passionnante et prometteuse : tirer parti des propriétés neuroprotectrices du colostrum.

Dr Keller, comment cette découverte passionnante a-t-elle vu le jour ? Pourriez-vous nous en dire un peu plus sur le contexte ?

En 2012, nous avons informé les parents d'un nourrisson extrêmement prématuré du diagnostic d'hémorragie intraventriculaire grave. Comme beaucoup de parents dans cette situation, ils nous ont demandé : comment allez-vous traiter cela ? On répond généralement qu'il n'existe pas de traitement curatif, mais seulement une surveillance attentive et une prise en charge des conséquences. Cependant, nous avons récemment pris connaissance de deux observations scientifiques pertinentes. Tout d'abord, des études expérimentales avaient montré que l'administration intranasale de facteur de croissance épidermique et de cellules souches mésenchymateuses pouvait atténuer les lésions cérébrales néonatales chez les modèles animaux. Deuxièmement, on savait que le lait maternel contenait des facteurs de croissance et des cellules souches. Au vu de cette situation, le Dr Angela Kribs a proposé une approche « à titre compassionnel » : l'administration par voie intranasale de quelques gouttes de lait frais de la mère, en complément de la prise en charge standard. Les parents ont donné leur accord et l'équipe soignante a approuvé la procédure. Huit semaines plus tard, l'échographie crânienne de contrôle n'a révélé que très peu de traces résiduelles de l'hémorragie initiale. Même si cette observation ne constituait pas une preuve d'efficacité, elle nous a incités à approfondir l'étude de la faisabilité et de la plausibilité biologique de cette approche.

Quelle est la justification physiologique de l'administration de colostrum précoce par voie nasale ?

La voie nasale permet un accès direct au système nerveux central. Des études expérimentales ont montré que des substances biologiquement actives peuvent

atteindre le cerveau par des voies passant par le nez, en contournant en partie le tractus gastro-intestinal et la barrière hémato-encéphalique. Le colostrum précoce contient des concentrations élevées de facteurs de croissance, de cellules souches et d'autres composants bioactifs. Dans le cas du nourrisson prématuré – dont le cerveau est encore en développement –, l'objectif était de déterminer si ces composants pouvaient atteindre plus directement les régions cérébrales vulnérables par voie nasale plutôt que par administration entérale.

À quelles propriétés du MOM attribuez-vous les effets que vous avez observés ?

Le lait maternel contient un mélange complexe et dynamique de composants bioactifs, notamment des facteurs de croissance, des cellules souches, des vésicules extracellulaires et des molécules immunomodulatrices. Même si certains composants pris isolément peuvent avoir une importance biologique, j'ai l'impression que tout effet potentiel ne résulte pas d'un seul facteur, mais de la composition unique et adaptative du lait maternel, qui répond aux besoins de son nourrisson.

Pourriez-vous nous expliquer le processus ?

Quand, en quelle quantité et à quelle fréquence l'administrez-vous ?

Dans notre milieu clinique, nous avons administré un très petit volume – généralement une goutte, soit environ 0,1 ml – de lait frais provenant de la mère elle-même dans chaque narine. Ces soins étaient prodigués pendant les moments habituels de soins, généralement en même temps que la séance d'allaitement, et étaient répétés plusieurs fois par jour. Cette approche a été conçue pour s'intégrer naturellement aux soins néonataux habituels sans bouleverser les pratiques d'alimentation en place.

Existe-t-il des critères d'exclusion spécifiques ou des pathologies qui empêcheraient l'administration par voie intranasale ?

L'administration intranasale a respecté les mêmes critères de sécurité que ceux applicables à l'utilisation du lait maternel en général. Lorsque le lait maternel frais était contre-indiqué, l'administration par voie intranasale n'était pas pratiquée. Dans les cas où du lait maternel pasteurisé était utilisé pour l'alimentation, du lait pasteurisé était également administré par



Les composants bioactifs présents dans le MOM pourraient atteindre les régions cérébrales vulnérables plus directement par voie nasale que par voie entérale.

voie intranasale. Bien qu'il ne reste plus de cellules viables après la pasteurisation, de nombreux facteurs de croissance conservent une activité biologique importante.

Si le MOM peut avoir un effet aussi positif sur les nourrissons prématurés atteints de lésions cérébrales, d'autres nourrissons pourraient-ils également bénéficier de ce traitement ?

À ce jour, les données disponibles proviennent d'observations cliniques préliminaires menées dans plusieurs centres, notamment au Canada et en Turquie, qui laissent entrevoir des résultats potentiellement favorables chez les nourrissons prématurés. D'un point de vue théorique, d'autres nourrissons peuvent également connaître des périodes de vulnérabilité cérébrale accrue, par exemple à la suite d'épisodes hypoxiques-ischémiques. On ignore pour l'instant si l'administration intranasale de lait maternel pourrait avoir un effet cliniquement significatif au-delà de la population des prématurés, ce qui nécessiterait des recherches spécifiques à cette pathologie.

Où en est cette recherche actuellement ?

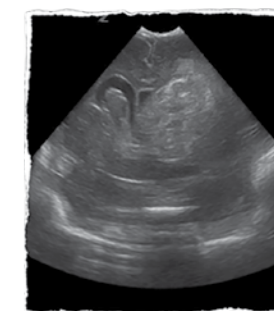
Les données dont on dispose à ce stade sont encore préliminaires. De petites études cliniques et des données d'observation provenant de différents centres, notamment des rapports du Canada et de Turquie, laissent entrevoir des résultats encourageants – comme un ralentissement de la progression de la dilatation ventriculaire –, mais elles ne sont pas conçues

pour démontrer l'efficacité du traitement. À ce stade, l'administration intranasale de lait maternel reste une approche expérimentale, et des études à plus grande échelle, rigoureusement contrôlées, reposant sur des protocoles standardisés et assortis d'un suivi à long terme, sont nécessaires avant de pouvoir tirer des conclusions quant à son bénéfice clinique.

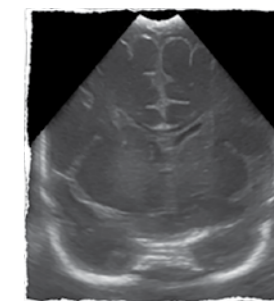
Pour tous nos collègues enthousiastes, comment envisagez-vous d'intégrer cette procédure dans les protocoles de soins existants ?

À l'heure actuelle, toute intégration devrait partir du principe que, d'un commun accord, il ne s'agit pas d'un traitement conventionnel, mais d'un concept expérimental en cours d'étude. La première étape consiste en un dialogue interdisciplinaire – réunissant des spécialistes en néonatalogie, des infirmiers, des consultants en lactation et des experts en éthique – afin d'harmoniser les attentes et les responsabilités. Si les recherches futures confirment la sécurité et la pertinence clinique de cette approche, j'espère qu'elle pourra être mise à la disposition des prématurés du monde entier, toujours dans le respect de normes cliniques rigoureuses et dans le cadre d'une évaluation continue. Au-delà des éventuels effets neurobiologiques, notre expérience a montré que cette approche peut renforcer l'implication des parents et inciter les équipes à privilégier l'accès précoce au colostrum, ce qui est bénéfique en soi.

Hémorragie cérébrale chez un nourrisson prématuré nourri au lait maternel MOM par voie intranasale



26e semaine de grossesse...



... et 8 semaines plus tard



Dr Titus Keller, médecin-chef, service de néonatalogie et de soins intensifs pédiatriques, Hôpital universitaire de Cologne, Allemagne

Les parents restent l'une de nos ressources les plus sous-employées

Comment le toucher et l'utilisation du lait maternel peuvent avoir un impact sur la douleur chirurgicale chez les nouveau-nés

Presque tous les nouveau-nés subissent des interventions douloureuses dans les heures qui suivent leur naissance. La charge est particulièrement lourde pour les nourrissons prématurés ou gravement malades. Des études montrent que ces nourrissons peuvent subir entre 7 et 17 interventions douloureuses par jour pendant leur séjour en unité de soins intensifs néonatale.¹ Une telle exposition n'est pas négligeable : l'exposition répétée à la douleur dès le plus jeune âge est associée à une instabilité physiologique aiguë ainsi qu'à des modifications à long terme du traitement de la douleur, du développement cognitif, du comportement, de la réactivité au stress et de la connectivité cérébrale.^{2,3} La professeure Marsha Campbell Yeo a consacré ses travaux de recherche à faire de la prise en charge de la douleur néonatale un élément central des soins cliniques.



La professeure Marsha Campbell-Yeo, spécialiste en néonatalogie, chercheuse clinicienne et professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Dalhousie, au Canada

« La douleur n'est pas anodine », souligne Mme Campbell-Yeo. « Nous n'accepterions jamais une exposition répétée et non prise en charge à la douleur chez aucune autre population de patients. Les nourrissons méritent de bénéficier de soins tout aussi attentionnés et fondés sur des données scientifiques. » Les recommandations actuelles vont dans ce sens, en mettant l'accent sur l'évaluation systématique de la douleur, la réduction des interventions inutiles et le recours à des stratégies non pharmacologiques visant à améliorer le confort – en particulier l'implication des parents – en tant qu'éléments fondamentaux des soins.²⁻⁴ Le fait de considérer les parents comme des partenaires thérapeutiques essentiels dans la prise en charge plutôt que comme de simples visiteurs témoigne d'un changement culturel fondé sur des données scientifiques solides.

L'impact des interventions menées par les parents

Les données disponibles plaident fortement en faveur des interventions menées par les parents comme stratégies de premier choix pour réduire la douleur liée aux actes médicaux. Des essais contrôlés randomisés démontrent que l'allaitement maternel pendant les interventions réduit les signes comportementaux de détresse et l'activation corticale, apportant ainsi des preuves solides de son effet analgésique sur le plan neurophysiologique. De même, le contact peau à peau, les caresses réconfortantes et l'allaitement maternel, lorsqu'ils sont pratiqués de manière régulière, atténuent les signes comportementaux et physiologiques de la douleur, tant chez les nourrissons en bonne santé que chez ceux gravement malades.^{2,3} Ces mesures mises en œuvre à l'initiative des parents, associées à une évaluation structurée de la douleur, au regroupement des interventions et à un recours

sélectif aux traitements pharmacologiques d'appoint, s'inscrivent dans les principes des soins neuroprotecteurs et contribuent à limiter l'exposition cumulative au stress.^{3,5} Mme Campbell-Yeo souligne ce point : « Les parents ne se contentent pas d'être présents – ils sont thérapeutiques. En leur donnant les moyens d'agir, nous améliorons le développement des tout-petits et renforçons la relation parents – nourrisson à un moment critique. » Elle souligne également les lacunes qui persistent dans la pratique, en indiquant : « Bien qu'il existe des preuves solides en faveur des interventions menées par les parents pour réduire la douleur chez les nourrissons en bonne santé, prématurés ou malades, leur adoption dans la pratique clinique reste faible. » Les parents restent l'une de nos ressources les plus sous-exploitées pour garantir une prise en charge optimale de la douleur. »

De nouveaux protocoles prometteurs

Pourtant, malgré la solidité des données, des obstacles à la mise en œuvre persistent. Les études observationnelles continuent de mettre en évidence une charge administrative importante, un recours irrégulier aux mesures de confort et une implication limitée des parents.¹ Le fonctionnement des services, les contraintes en matière de personnel et les réticences à impliquer les parents lors d'interventions plus invasives restent des obstacles courants.⁴ Cependant, les innovations émergentes offrent des solutions prometteuses. Il a été démontré que les plateformes éducatives de santé en ligne renforcent la confiance des professionnels de santé et des parents et améliorent la mise en œuvre concrète des stratégies mises en place par les parents,⁶ tandis que les outils numériques ayant fait l'objet de tests d'ergonomie permettent aux parents de mieux comprendre la douleur chez le nourrisson et leur rôle dans l'accompagnement de leur enfant.⁷ Les données d'une enquête internationale montrent que les équipes de néonatalogie du monde entier sont de plus en plus favorables à l'implication directe des parents dans l'évaluation et la prise en charge de la douleur.⁸ L'intégration de stratégies axées sur les parents dans les protocoles, l'accompagnement des familles au chevet du patient, l'utilisation systématique d'outils validés d'évaluation de la douleur et le regroupement des procédures peuvent contribuer à réduire l'écart entre les données scientifiques et la pratique. Comme le résume Mme Campbell-Yeo, « Une prise en charge efficace de la douleur chez le nouveau-né ne se résume pas à une seule intervention – c'est une culture. Lorsque les équipes associent délibérément les parents en tant que partenaires, nous offrons aux nourrissons le meilleur départ possible, à la fois sûr et empreint de bienveillance. »

Il faut aller au-delà des idées reçues sur l'allaitement maternel et l'aborder de manière plus scientifique. En continuant à employer des termes comme « don » pour parler du lait maternel, on le dissocie de la question de la santé. Plus nous parviendrons à présenter cette question comme un enjeu de santé fondé sur des données scientifiques et des recherches solides, plus ce domaine progressera.

La professeure Paula Meier, professeure de pédiatrie au Rush University Medical Center de Chicago et chercheuse de renom dans le domaine de l'allaitement depuis 1975

Références : 1 Bueno M et al. *Front Pain Res.* 2023; 4:110502. 2 Campbell-Yeo M et al. *Paediatr Child Health.* 2025; 30(7):607-623. 3 Campbell-Yeo M et al. *Children.* 2022; 9, 244. 4 Ullsten A et al. *Front Pain Res.* 2024; 5:1375868. 5 Benoit B et al. *Early Hum Dev.* 2021; 154:105308. 6 Hughes B et al. *Scand J Caring Sci.* 2024; 38(4):960-972. 7 Hughes B et al. *Paediatr Neonatal Pain.* 2024; 6(3):60-79. 8 Ullsten A et al. *Children.* 2024; 11, 1105.

Vous souhaitez en savoir plus ?

Retrouvez les enregistrements de toutes les conférences passionnantes de notre série de symposiums Medela 2025 dans notre Université Medela !



Amélioration proactive de

l'allaitement

Résultats

Historiquement, la prise en charge de l'allaitement s'est caractérisée par une préparation prénatale insuffisante, des conseils initiaux inégaux et une approche réactive face aux difficultés liées à l'allaitement. De nouvelles données mettent en évidence les avantages d'un dépistage prénatal proactif et d'un suivi précoce des biomarqueurs après l'accouchement, qui permettent aux cliniciens d'identifier les femmes présentant un risque de difficultés d'allaitement et d'orienter les interventions en temps opportun.

Une étude récente menée par Perrella et al.,¹ publiée dans le Journal of Midwifery & Women's Health (2026), a examiné la prévalence des facteurs de risque liés à l'allaitement identifiables avant la naissance et leur lien avec les résultats de l'allaitement maternel six à huit semaines après l'accouchement. Les résultats sont éloquentes : 65,4 % des femmes présentaient au moins un facteur de risque lié à l'allaitement avant la naissance.

Identifier les risques dès le début

Les facteurs les plus courants étaient un IMC ≥ 25 avant la grossesse, le diabète gestationnel (DG), le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) et l'absence de développement mammaire pendant la grossesse. Parmi les femmes ne présentant aucun facteur de risque, 77,1 % allaitaient exclusivement entre six et huit semaines, un pourcentage nettement supérieur aux 60,2 % observés chez celles présentant un facteur de risque. La combinaison d'un IMC ≥ 25 et d'un diabète gestationnel a plus que doublé le risque de ne pas allaiter exclusivement entre 6 et 8 semaines après l'accouchement.

Ces résultats soulignent l'influence des facteurs non modifiables (p. ex. les variations anatomiques, les troubles métaboliques) sur l'issue de l'allaitement. Le fait d'identifier ces risques à un stade précoce permet d'apporter un soutien ciblé.

De nouveaux critères pour une prise de décision objective

La surveillance du taux de sodium dans le lait offre un aperçu physiologique concret du moment où la sécrétion s'active et de l'état de santé du sein pendant la lactation, permettant ainsi aux cliniciens de dépasser les signes subjectifs pour prendre des décisions objectives en temps réel dès les premiers jours et les premières semaines suivant la naissance. Dans des conditions physiologiques normales, les concentrations de sodium dans le colostrum diminuent rapidement au cours des premiers jours suivant l'accouchement, à mesure que les jonctions serrées du tissu mammaire se referment et que la production de lait mature commence. Des valeurs ≤ 16 mmol/l indiquent généralement que la montée de lait a eu lieu, tandis que des valeurs supérieures à cette valeur initiale peuvent signaler un retard dans l'activation sécrétoire, associé à une prise insuffisante du nourrisson. Des taux élevés persistants supérieurs à 16 mmol/l peuvent également indiquer une extraction insuffisante du lait ou une inflammation en cours. En tant qu'indicateur standard, la mesure de la teneur en sodium du lait vient compléter les évaluations de la prise du sein, de l'écoulement du lait et du poids, afin de dresser un tableau clinique plus complet. À partir de seulement 10 gouttes de lait tiré à la main, les cliniciens peuvent obtenir des résultats immédiats grâce à des électrodes sélectives d'ions compactes. Des mesures répétées sur plusieurs jours fournissent des informations en temps réel qui permettent d'orienter des interventions ciblées et de suivre l'évolution de la lactation avec clarté et assurance.

Facteurs de risque courants liés aux difficultés d'allaitement

Anatomiques

- Hypoplasie mammaire / insuffisance de tissu glandulaire
- Antécédents de chirurgie mammaire ou du mamelon
- Les piercings aux mamelons (en particulier ceux qui endommagent les canaux galactophores)
- Pas de croissance notable des seins pendant la grossesse

Endocrinologie et métabolisme

- IMC élevé avant la grossesse (≥ 25)
- Diabète gestationnel, syndrome des ovaires polykystiques
- Troubles thyroïdiens ou hypophysaires

Indicateurs observés

- Objectifs d'allaitement
- Comprendre la situation familiale et le soutien
- Problèmes de santé mentale

Comprendre les différents types de facteurs de risque

La vulnérabilité liée à l'allaitement est due à de multiples facteurs. Certains facteurs anatomiques, tels que l'hypoplasie, une intervention chirurgicale antérieure au niveau du sein ou du mamelon, ainsi que les piercings pouvant endommager les canaux galactophores, peuvent limiter la production ou l'allaitement dès le départ. Une croissance mammaire minimale ou absente pendant la grossesse peut être le signe de facteurs anatomiques ou métaboliques sous-jacents et doit donner lieu à une surveillance plus étroite.¹ Les facteurs endocriniens et métaboliques, notamment un IMC ≥ 25 , le diabète gestationnel (DG), le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) et les troubles thyroïdiens ou hypophysaires, peuvent retarder l'activation sécrétoire et

entraver la synthèse durable du lait, comme l'ont montré des données de cohorte récentes en soulignant que l'IMC et le diabète gestationnel constituent des facteurs prédictifs particulièrement importants d'une diminution de l'allaitement maternel exclusif entre six et huit semaines.¹ Enfin, les facteurs psychosociaux, la confiance en soi, la volonté et la capacité à persévérer face aux difficultés initiales influencent les choix en matière d'alimentation du nourrisson au cours des premières semaines.²⁻⁵ Le point commun entre ces catégories est d'ordre pratique : un dépistage prénatal structuré permet de détecter les risques à un stade précoce ; la surveillance du taux de sodium permet ensuite de vérifier l'état physiologique après l'accouchement et de garantir la précision des soins.

D'une maman Perspective



Cela m'a aidée à comprendre que mes difficultés n'étaient pas dues à un manque d'efforts ou de volonté.

Pour Isabel Teixeira, l'allaitement n'a pas été une évidence et s'est accompagné de nombreuses difficultés émotionnelles. Aujourd'hui, elle estime qu'un diagnostic plus précoce de son hypoplasie* ainsi qu'une meilleure préparation et un meilleur accompagnement de la part des professionnels de santé auraient pu changer la donne, et elle milite en faveur de soins plus personnalisés.

« Quand je repense à ma première expérience d'allaitement, je me souviens d'une période marquée par des attentes qui ne correspondaient tout simplement pas à la réalité. Je pensais que l'allaitement serait naturel et facile, mais ce que j'ai vécu en réalité était tout le contraire. Alors que des amies parlaient d'un début sans encombre, j'ai dû faire face à des difficultés qui m'ont amenée à me demander comment je pourrais créer un lien avec mon fils alors que quelque chose d'aussi essentiel me semblait hors de portée. Cela m'a donné un sentiment écrasant d'impuissance en tant que mère. Je pensais que l'allaitement était une sorte de gage de qualité – la preuve que j'étais prête à devenir mère – et quand ça ne marchait pas, j'avais l'impression d'échouer.

Quand j'ai fini par comprendre que mes difficultés étaient dues à une hypoplasie mammaire, tout a changé. J'avais remarqué que ma poitrine ne se développait pas comme celle de mes amies – bien sûr, en tant que femme, on ne peut s'empêcher de se comparer, mais je ne

savais tout simplement pas ce que cela signifiait. Le fait d'avoir enfin un diagnostic m'a soulagée et m'a aidée à comprendre que mes difficultés n'étaient pas dues à un manque d'efforts ou de volonté. Cette certitude m'a permis de me pardonner et d'accepter mes limites, et cela a profondément transformé ma deuxième période après l'accouchement. Je me sentais plus légère, plus ancrée et mieux préparée à composer avec les limites de mon corps. Le soutien de mon partenaire et les encouragements de l'infirmière IBCLC qui m'avait accompagnée lors de ma première expérience m'ont été d'une aide inestimable. Quand elle m'a dit : « Donne ce que tu peux, et le reste, c'est du lait en poudre – » et c'est très bien », quelque chose en moi s'est apaisé. Cela m'a permis de faire la paix avec ces précédents souvenirs douloureux. Avec le recul, j'aurais aimé bénéficier de plus de clarté, d'informations plus directes et d'un soutien qui ne présentait pas l'allaitement comme une expérience de tout ou rien. L'alimentation mixte et d'autres solutions auraient pu être mises en place avec davantage d'ouverture, surtout lorsque la situation l'exigeait clairement. Aujourd'hui, en tant que professionnelle de santé moi-même, je suis fermement convaincue de la nécessité d'un accompagnement personnalisé. Il n'existe pas d'approche unique qui convienne à toutes les mères. Les professionnels doivent observer, écouter, apaiser les craintes et reconnaître les efforts de chaque femme. Un diagnostic, des conseils prodigués au bon moment et des soins personnalisés peuvent faire toute la différence. Cela a certainement été le cas pour moi. »

*L'hypoplasie mammaire est un sous-développement du tissu glandulaire mammaire présent dès la naissance qui peut limiter considérablement la production de lait malgré une prise en charge optimale de l'allaitement.

Évaluer à l'aide des bons outils

Afin de mettre en œuvre l'identification des risques prénataux, le Dr Sharon Perrella, la professeure Donna Geddes, le Dr Stuart Prosser et al. ont développé et mis en place l'outil de dépistage prénatal de l'allaitement maternel (Antenatal Breastfeeding Screening Tool, ABST). Utilisé lors des consultations de routine en milieu de grossesse, généralement à 24 – 28 semaines, cet outil évalue les intentions et les antécédents en matière d'allaitement, l'anatomie et les changements au niveau des seins, la santé métabolique ainsi que les aspects liés à la santé mentale. Le risque est classé en trois catégories : risque élevé (rouge), risque modéré (orange) et absence de risque (vert). Il est recommandé aux femmes à haut risque de suivre un cours sur l'allaitement maternel et de bénéficier de consultations prénatales en matière d'allaitement, ainsi que d'un suivi postnatal, tandis qu'il est conseillé aux femmes à risque modéré de suivre un cours sur l'allaitement maternel et de bénéficier d'un suivi. Il est recommandé aux femmes ne présentant aucun risque identifié de suivre un cours sur l'allaitement maternel.



Pour en savoir plus

Découvrez l'intégralité du contenu du symposium présenté par la professeure Donna Geddes et le Dr Stuart Prosser sur l'Université Medela

Les Solutions

Un outil de dépistage rapide permet d'identifier les mères à risque.

Un système à trois niveaux permet d'assurer des soins personnalisés

Risque élevé
Cours sur l'allaitement et consultation prénatale sur l'allaitement, avec suivi après l'accouchement recommandé.

Risque modéré
Il est recommandé de suivre un cours sur l'allaitement maternel et de bénéficier d'un suivi après l'accouchement en matière d'allaitement.

Aucun risque
Aucun risque identifié ; il est recommandé de suivre un cours sur l'allaitement.

Un dépistage précoce permet aux femmes à haut risque de bénéficier d'une prise en charge et d'un soutien en temps opportun. Les programmes personnalisés peuvent inclure une expression précoce et des consultations avec des spécialistes.

Agissez dès aujourd'hui !

Téléchargez gratuitement l'outil de dépistage prénatal de l'allaitement et commencez à intégrer des soins proactifs en matière d'allaitement dans vos services de maternité



Références : 1 Perrella SL et al. J Midwifery Womens Health. 2026; 71(1):17-25. 2 Diaz LE et al. Front Public Health. 2023; 11:1256-432. 3 Brown CRL et al. CJPH. 2014; 105(3):e179-185. 4 Vargas-Pérez S et al. Int Breastfeed J. 2025; 20(1):49. 5 Simpson DA et al. Eur J Clin Nutr. 2022; 76(5):671-679.

Advancing Lactation Care

My Pumping Pathways™

A Novel Evidence-Based Approach to Lactation Care
for Pump-Dependent Mothers with Infants in the NICU

On ne saurait trop insister sur l'importance d'une extraction de lait précoce, fréquente, efficace et confortable pour les mères devant impérativement tirer leur lait. Pourtant, les mères dont les bébés sont hospitalisés en unité de soins intensifs néonatale continuent de se heurter à de nombreux obstacles qui les empêchent d'exploiter pleinement leur potentiel de production de lait, notamment un manque de formation standardisée sur l'utilisation efficace, sûre et personnalisée des tire-laits, ainsi qu'un accès limité à des tire-laits de qualité hospitalière dotés de la technologie appropriée pour favoriser l'allaitement dès les premiers jours.¹ Ces difficultés persistent malgré des preuves solides indiquant que la dépendance au tire-lait rend indispensable l'utilisation de tire-laits capables de reproduire le rythme de succion unique des nourrissons en bonne santé nés à terme qui tètent – à la fois pour déclencher la lactation et pour développer et maintenir une production de lait suffisante.²⁻⁷ En réaction, les professeures Paula Meier et Leslie Parker ont développé My Pumping Pathways™, une ressource complète et fondée sur des données probantes qui permet d'harmoniser et de personnaliser la formation à l'utilisation des tire-lait ainsi que l'accompagnement des mères dont les nourrissons sont pris en charge en unité de soins intensifs néonatale.

My Pumping Pathways™ a été initialement développé par les professeures Paula Meier et Leslie Parker pour aborder la nécessité impérieuse de mettre en place des approches normalisées et fondées sur des données probantes, tant dans le domaine de la recherche que dans la pratique clinique, en ce qui concerne l'utilisation des tire-laits et les résultats liés au volume de lait. Fondamentalement, il propose deux « parcours » cliniques distincts permettant aux professionnels de santé d'accompagner les mères et de les guider à travers les phases les plus critiques de leur parcours d'allaitement : un parcours conçu pour la période initiale d'hospitalisation en maternité, jusqu'à ce que les mères parviennent à l'activation sécrétoire (la « montée de lait »), et un second parcours pour la période suivant l'activation sécrétoire, lorsque les mères – en particulier celles de nourrissons prématurés – commencent généralement à constituer leur production de lait.⁸

S'appuyant sur ces bases, Medela a élargi My Pumping Pathways™ afin d'inclure des ressources pédagogiques complémentaires, telles que des modules de formation structurés, des unités de micro-apprentissage, un outil de validation des compétences et une liste de contrôle pour les consultations. Cela permet d'intégrer ces protocoles non seulement dans les pratiques cliniques courantes, mais aussi dans le développement des compétences du personnel, ce qui renforce la formation au chevet du patient et sur le lieu de soins, et contribue à renforcer la confiance des soignants.

Standardiser la pratique

Grâce à des interactions cliniques standardisées et de haute qualité, My Pumping Pathways™ permet aux mères d'atteindre leur plein potentiel de production de lait grâce à une approche personnalisée et fondée sur des données scientifiques, qui tient compte de la physiologie de l'initiation de l'allaitement, de la naissance jusqu'au 14e jour. En fournissant des conseils pertinents et opportuns – grâce à une documentation complète et à des suivis réguliers, le programme renforce l'autonomie des mères tout en leur offrant l'accompagnement structuré en matière d'allaitement nécessaire pour prendre des décisions éclairées et en toute confiance concernant l'expression. En fin de compte, My Pumping Pathways™ vise à reproduire, aussi fidèlement que possible, les interactions physiologiques complexes entre le sein et un nourrisson en bonne santé, né à terme et allaité, au début de la lactation – une approche désormais étayée par un cadre pédagogique standardisé qui améliore à la fois la pratique clinique et l'expérience de la mère.

Augmenter les connaissances

L'un des principaux objectifs de My Pumping Pathways™ est de réduire le stress maternel et de renforcer les connaissances et la confiance en soi des mères en matière d'expression. Il est conçu pour servir de guide standardisé et flexible permettant une interaction personnalisée avec les mères, plutôt que de constituer une liste de contrôle technique et rigide. Si les éléments constitutifs de ces parcours sont

présentés dans des ressources accessibles au public, ce qui distingue véritablement My Pumping Pathways™, c'est la mise en place d'un « ensemble » complet de données probantes de pointe visant à donner aux mères toutes les clés nécessaires pour réussir leur expression. My Pumping Pathways™ propose un cadre clair, structuré et fondé sur des données probantes qui aide les mères hospitalisées en unité de soins intensifs néonatale et dépendantes d'un tire-lait à traverser les phases les plus critiques du début de l'allaitement. De la naissance jusqu'à l'activation sécrétoire, en passant par les premiers jours après l'accouchement (la « montée de lait »), ils proposent une approche standardisée pour l'initiation précoce de l'expression avec Medela Symphony® – accompagner pas à pas les mères tout au long de l'évaluation mammaire, de la mise en place correcte de la pompe (programme INITIATE) et d'une extraction efficace du lait, tout en leur offrant des conseils personnalisés et axés sur leurs objectifs, adaptés aux besoins de chacune. Au fur et à mesure que l'allaitement progresse et que l'activation sécrétoire se produit, My Pumping Pathways™ met l'accent sur le développement d'une production de lait suffisante, l'optimisation de la routine d'expression et la facilitation d'une transition en douceur et guidée vers le programme MAINTAIN. Tout au long de ce parcours, les pathways assurent une continuité et une personnalisation constante à mesure que l'allaitement progresse et que les mères établissent et maintiennent leur production de lait.

Améliorer les résultats

Le guide intègre des outils pédagogiques modernes, tels que des codes QR, qui permettent aux mères d'accéder à des ressources fondées sur des données scientifiques et à des vidéos pédagogiques. Parmi les éléments clés de cette formation figure le choix de la bonne taille de tétérille, un facteur souvent négligé qui a pourtant un impact significatif sur l'efficacité de l'extraction de lait⁹ – ainsi que le bon positionnement et la bonne manipulation de la tétérille pendant les séances d'expression. Les pathways soulignent l'importance de l'expression simultanée (double), dont il a été démontré qu'elle augmente le taux de prolactine, réduit la durée d'expression et augmente le volume de lait par rapport à l'expression séquentielle d'un seul sein.¹⁰⁻¹² Les travaux menés par la Dr Medina Poeliniz et al., qui ont uniformisé l'utilisation des tire-laits selon des protocoles fondés sur des données probantes, ont mis en évidence une augmentation significative du volume de lait chez les mères devant impérativement tirer leur lait dont le nourrisson était hospitalisé en unité de soins intensifs néonatale – des résultats qui ont directement influencé la conception de My Pumping Pathways™.¹³ My Pumping Pathways™ fait actuellement l'objet d'essais cliniques préliminaires, dont les premiers résultats sont prometteurs. Le programme complet sera bientôt disponible. Restez à l'écoute pour découvrir les prochaines nouveautés en matière de soins de l'allaitement fondés sur des données probantes.

Rechercher activement les obstacles au progrès

HOW TO BUILD SUCCESSFUL PERINATAL OPTIMIZATION TEAMS

La Dr Julie-Clare Becher, néonatalogiste consultante à l'Edinburgh Royal Infirmary, a su toucher les participants à l'édition européenne en lançant un appel à l'action convaincant en faveur de l'optimisation de la culture d'équipe dans les soins périnataux. Il convient de souligner que la réussite de l'optimisation des soins est indissociable d'une culture d'équipe performante – mais que la mise en place d'une telle culture n'est pas une mince affaire.



Dr Becher, comment définiriez-vous précisément une équipe périnatale ?

L'équipe périnatale est un vaste réseau interconnecté de professionnels issus de différentes spécialités, horizons et même zones géographiques, dont les rôles peuvent être distincts mais qui ont pour objectif commun d'obtenir les meilleurs résultats possibles pour les femmes et leurs bébés. Cependant, malgré cet objectif commun, des priorités, des structures de gestion et des responsabilités professionnelles divergentes peuvent avoir une incidence sur la culture de l'équipe périnatale.

Lors de votre intervention au symposium, la phrase qui a vraiment marqué les participants était : « La culture l'emporte toujours sur la stratégie. »

Oui. Cette citation, attribuée au gourou du management Peter Drucker, signifie que la culture d'une organisation – c'est-à-dire les convictions, les valeurs et les comportements partagés – a une influence plus forte sur la réussite que la stratégie à elle seule.

Qu'est-ce que cela signifie dans le contexte des soins périnataux ?

La première étape consiste à définir les objectifs de l'équipe que vous souhaitez constituer : quel est votre niveau de performance actuel, que souhaitez-vous accomplir, et à quel point souhaitez-vous viser haut ? Les réponses à ces questions vous aideront à élaborer votre stratégie d'amélioration. Il est tout aussi important de bien comprendre la culture au sein de votre équipe, car cela est essentiel à la réussite. Ces informations peuvent être recueillies par le biais d'enquêtes sur la culture d'entreprise auprès du personnel, d'enquêtes auprès des stagiaires, des commentaires des parents, de groupes de discussion avec le personnel, des enseignements tirés des événements indésirables et des résultats obtenus dans le cadre des indicateurs d'optimisation périnatale.

Qui sont les principales parties prenantes, qui faut-il convaincre en premier lieu ?

L'optimisation des résultats chez les prématurés nécessite la mobilisation de nombreux membres du personnel issus de différentes équipes et parfois de différents hôpitaux. S'il est

essentiel que les néonatalogues, les infirmières en néonatalogie, les sages-femmes, les obstétriciens et les anesthésistes travaillent tous dans un même but, il ne faut pas pour autant oublier le rôle essentiel que peuvent jouer les autres membres du personnel dans la promotion d'une culture solide. Ce personnel peut comprendre le personnel de maison, le personnel administratif des services hospitaliers et les professionnels paramédicaux. Le fait d'instaurer une culture inclusive dans vos initiatives d'amélioration aide l'ensemble de l'équipe à s'investir dans les projets et à se soutenir mutuellement, même lorsque le travail s'avère difficile.

En fin de compte, tous ceux qui travaillent dans le domaine de la santé périnatale ont le même objectif – des mères et des bébés en bonne santé. Selon vous, pourquoi le travail d'équipe interdisciplinaire ou pluridisciplinaire reste-t-il si difficile ?

L'objectif d'avoir des mères et des bébés en bonne santé est sans aucun doute un objectif que nous souhaitons tous atteindre. Cependant, la concrétisation de cet objectif pourrait prendre des mois, et de nombreux membres du personnel de première ligne pourraient ne jamais savoir si cet objectif a été atteint ou non. Au contraire, les membres de l'équipe ont souvent besoin d'objectifs plus immédiats et plus concrets. Ceux-ci prennent souvent la forme de « mesures de processus » plutôt que de « mesures de résultats » de plus haut niveau. Les mesures relatives au processus peuvent inclure, par exemple, une expression dans les deux premières heures suivant la naissance, ou la mise en place d'un clampage tardif du cordon pendant au moins deux minutes. De tels objectifs sont plus concrets pour le personnel de terrain, qui peut consacrer beaucoup de temps et d'énergie à leur réalisation et qui est davantage motivé par des résultats immédiats.

Tout le monde ne travaille pas de la même manière en première ligne. Comment vous assurez-vous que chaque membre de l'équipe comprenne bien son rôle dans le cadre global ?

En effet, le fait d'avoir des objectifs plus précis peut avoir un impact plus important sur un groupe de collaborateurs que sur un autre. Par exemple, l'expression du lait maternel dans les deux premières heures après l'accouchement n'est peut-être pas une priorité pour les sages-femmes communautaires, qui considèrent peut-être que leur rôle consiste à accompagner les mères après leur sortie de l'hôpital – cela peut entraîner une perte de motivation. L'un des défis consiste à faire comprendre à ces équipes quelle est leur contribution, même lorsqu'elle n'est pas évidente. Par exemple, les sages-femmes communautaires peuvent contribuer à la mise en place précoce de l'expression du lait en veillant à bien préparer les mères avant l'accouchement, notamment en leur fournissant des informations sur les bienfaits du lait maternel et en leur montrant les techniques d'expression. La collaboration devient ainsi plus naturelle.

Quel est le plus grand défi à relever lorsqu'on se lance dans cette aventure ?

Le plus grand défi consiste à rester positif face à des progrès minimes ou lents. La plupart des professionnels du domaine de l'amélioration de la qualité sont des cliniciens passionnés qui font preuve de souplesse, d'une grande capacité d'adaptation au changement et d'un esprit

novateur. Il faut toutefois trouver un juste équilibre avec les équipes qui pourraient avoir de nombreuses raisons valables de ne pas vouloir changer. Comprendre ces raisons est essentiel pour susciter l'engagement et favoriser les progrès. Les responsables chargés de mener à bien une transformation culturelle peuvent trouver un soutien en partageant leurs difficultés avec d'autres dirigeants.

Changer la culture d'une équipe prend du temps, mais les projets d'amélioration de la qualité exigent souvent des résultats visibles à court ou moyen terme. Comment les équipes peuvent-elles concilier ces deux calendriers ?

Il est important de comprendre que les mauvais résultats obtenus pour un indicateur d'amélioration de la qualité sont le plus souvent dus à des problèmes culturels plutôt qu'à l'idée de changement elle-même. Trop souvent, les interventions sont modifiées à plusieurs reprises dans le but d'assurer la conformité, alors que certains aspects d'une culture défaillante font obstacle à leur réussite. Les résultats obtenus dans le cadre de nos objectifs d'amélioration de la qualité peuvent aider à mettre en évidence les aspects de la culture qui doivent être améliorés. Par exemple, un service peut afficher un « taux d'expression précoce » très élevé, mais un « taux de production de lait maternel à la sortie » très faible. Savoir cela aide à concentrer les efforts sur l'amélioration de la culture de soutien au sein des services de néonatalogie et au sein de la communauté, plutôt que dans la salle d'accouchement, où la culture en faveur de l'allaitement précoce est probablement déjà favorable. Par conséquent, un changement culturel peut se produire, et se produit souvent, parallèlement aux efforts d'amélioration de la qualité.

Comment les dirigeants peuvent-ils maintenir la motivation de leurs équipes lorsque les progrès ne sont pas immédiatement visibles ?

Tout d'abord, se concentrer sur les petites réussites. Cela pourrait être le fait que, si cinq patientes n'ont pas reçu de magnésium pendant leur grossesse au cours de ce mois-là, une patiente en a reçu. Mettons l'accent sur les bonnes pratiques mises en œuvre dans ce cas. Les retours personnalisés permettent de former des ambassadeurs qui font passer le message auprès de leurs pairs. Deuxièmement, identifiez activement les obstacles au progrès en discutant avec les équipes de terrain. En tant que spécialistes du changement, nous commettons souvent l'erreur de mettre en œuvre des idées de changement qui n'ont pas été examinées ou testées par le personnel. Essayez de comprendre ces points de vue ; les collaborateurs se sentent valorisés quand on sollicite leur avis.



Julie-Clare Becher
Médecin spécialiste
en néonatalogie
à l'Edinburgh Royal
Infirmary

Vous souhaitez en savoir plus ?

Participez à notre webinar en direct avec la Dr Julie-Clare Becher le 28 avril 2026 ou visionnez l'enregistrement sur notre Medela University





Vous soutenir en soutenant les mères

Nous sommes ravis de partager !

Les dernières recherches sur la lactation, les études pertinentes sur l'allaitement, les meilleurs scénarios de pratique clinique et, bien sûr, tout ce qu'il faut savoir sur la meilleure façon d'utiliser nos produits. Vous avez donc tout ce qu'il faut pour aider les mères à atteindre leurs objectifs d'allaitement.

NEWSLETTER

Abonnez-vous dès maintenant pour recevoir les dernières actualités du monde de l'allaitement et de la recherche sur la lactation, ainsi que des informations sur des événements exclusifs, les meilleurs cas de toute l'Europe, des technologies innovantes et le développement de produits passionnants.



SYMPHONY HUB

Notre système d'assistance numérique sur l'utilisation de notre tire-lait en location et à l'hôpital, Symphony. Avec des instructions simples, étape par étape, des vidéos utiles, des liens et des éléments visuels, le tout optimisé pour l'utilisation mobile.



UNIVERSITÉ MEDELA

Inscrivez-vous à des cours en ligne gratuits et à des conférences à la demande sur l'allaitement et la lactation, organisés par des scientifiques de renommée mondiale. Enrichissez votre formation continue !



**AVEZ-VOUS DES QUESTIONS,
DES COMMENTAIRES OU DES IDÉES
DONT VOUS AIMERIEZ NOUS FAIRE
PART ? NOUS SOMMES HEUREUX
DE VOUS LIRE !**

Contactez-nous à
info@medela.co.uk