



« Dossier Spécial Allaitement Maternel »

Sommaire

- **La puéricultrice en maternité et l'allaitement** pages 2 à 5
Laurence Girard, Mariella Landais
Infirmières puéricultrices DE, DU « lactation humaine et allaitement maternel », consultantes en lactation IBCLC
Formations Co-naître ®
- **Allaitement de l'enfant prématuré : rôle spécifique de la puéricultrice** pages 6 à 8
Gisèle Gremmo-Feger,
Pédiatre, praticien hospitalier, consultante en lactation IBCLC
Formations Co-naître ®
- **Cas clinique : prise de poids insuffisante chez un bébé allaité** pages 9 à 11
Mariella Landais, Laurence Girard
Infirmières Puéricultrices DE, DU « lactation humaine et allaitement maternel », consultantes en lactation IBCLC
Formations Co-naître ®
- **Allaitement et travail, accompagnement par la puéricultrice** pages 12 à 14
Nicole Dematteis
Infirmière puéricultrice DE, DU « lactation humaine et allaitement maternel », consultante en lactation IBCLC
Formations Co-naître ®
- **Allaitement maternel : les clés pour réussir** pages 15 à 17
Anne-Marie Costiou, Hélène Grall
Infirmières puéricultrices DE, consultantes en lactation IBCLC
Conseil Général du Finistère – 29 -

Toutes les grandes instances de santé publique, nationales et internationales - PNNS, OMS, Unicef - reconnaissent aujourd'hui la supériorité du lait maternel pour la santé de l'enfant sur tout autre aliment, durant ses six premiers mois de vie.

Mais, les parents qui font le choix de l'allaitement, et les professionnels qui les accompagnent rencontrent parfois des difficultés à établir un allaitement de qualité.

Nous avons conçu ce dossier pour apporter des réponses concrètes et pratiques aux difficultés les plus couramment rencontrées en maternité, en néonatalogie et lors du suivi à domicile, et peut-être vous donner l'envie d'aller plus loin...

La puéricultrice en maternité et l'allaitement

Laurence GIRARD,

Mariella LANDAIS

*Puéricultrices DE, Consultantes en Lactation IBCLC
Titulaires du DU « Lactation humaine et Allaitement maternel »*

Institut Co-naître®

<http://www.co-naître.net>

L'allaitement maternel constitue l'alimentation adaptée au nouveau-né humain. Bien démarrer l'allaitement augmente grandement les chances de bien le poursuivre. Et ce démarrage est dépendant des conditions créées autour de la mère, du père et de l'enfant par les professionnels de maternité. Si ces conditions sont favorables, les chances de réussite de l'allaitement sont optimales ; dans le cas contraire, il nous appartient de les performer afin de laisser à chaque mère, à chaque famille, la liberté de pouvoir faire un *choix positif* quant au mode d'alimentation du nouveau-né : allaitement maternel ou biberon. Et non pas un choix de contrainte, un choix négatif : choisir le biberon parce que « *l'allaitement n'a pas marché* ».

Un allaitement qui « *marche* » c'est avant tout un nouveau-né qui grossit, en l'absence de complément bien sûr. Nous aborderons dans un premier temps, les pratiques de soin qui permettent de favoriser une croissance optimale de tous les bébés dès la naissance, qu'ils soient ou non allaités. Il s'agit à partir des connaissances récentes en matière de physiologie des adaptations à la vie extra-utérine, de mettre en œuvre les soins les plus adaptés à chaque situation néonatale.

Dans la deuxième partie de cet article nous évoquerons les facteurs favorisant le meilleur démarrage possible de l'allaitement et donc les facteurs permettant d'optimiser les apports nutritionnels chez les nouveaux-nés allaités. Ces facteurs sont connus et maintenant largement éprouvés dans bon nombre de pays voisins, tels que la Suède, la Norvège ou encore la Grande Bretagne.

Après avoir résumé ainsi le rôle spécifique de la puéricultrice en maternité, nous reprendrons en conclusion, les quelques points clés pour une sortie sereine vers le domicile.

I. FAVORISER LA MEILLEURE CROISSANCE POSSIBLE, c'est avant tout limiter les pertes hydriques, énergétiques de l'organisme néonatal.

La fameuse chute de poids qui frise, mais ne doit pas franchir les 10% du poids de naissance, n'est sans doute pas aussi physiologique que nous voulons bien le croire. Si le nouveau-né, au titre d'ancien mammifère aquatique a bel et bien 10% théoriques d'eau en surplus, cette perte pour respecter les équilibres hydriques devrait s'étaler sur plusieurs jours et donc, compensée par la prise de poids, passer presque inaperçue. Si c'était le cas, voilà qui calmerait bien de nos angoisses matinales devant le pèse-bébé !

Comment aider les nouveaux-nés à perdre moins de poids ?

- 1. En favorisant le peau à peau avec la mère, avec le père dès la naissance et dans les jours qui suivent :**
le peau à peau est défini comme un contact étroit de peau contre peau, sans isolant thermique, sans tissu donc, entre l'adulte et l'enfant. La température à laquelle un nouveau-né ne consomme aucune calorie pour produire sa propre chaleur est appelée « zone de neutralité thermique ». Pour un nouveau-né à terme, elle se situe entre 32 et 33°C... c'est à dire la température cutanée d'un adulte en bonne santé. De plus dans l'environnement vivant du corps de sa mère ou de son père, le nouveau-né bénéficie d'un taux d'hygrométrie élevée, ce qui limite les pertes hydriques par voie cutanée, donc les pertes de poids. Autre bénéfique et non des moindres, placés en peau à peau les nouveaux-nés pleurent beaucoup moins, ce qui ralentit leurs pertes hydriques par la voie pulmonaire ; ils métabolisent mieux, digèrent mieux et donc grossissent mieux...

- 2. En proposant le peau à peau comme soin en cas de :**

- **hypothermie** : plusieurs études ont montré que les nouveaux-nés hypothermiques se réchauffent plus vite et de façon plus efficace en peau à peau, plutôt qu'en incubateur.
 - **petit poids de naissance** : raison supplémentaire pour optimiser la croissance !
 - **nné présentant peu d'éveils spontanés** : au début très relaxant, le peau à peau peut devenir très stimulant pour aller téter.
 - **nné présentant des difficultés de succion et un comportement désorganisé** : le peau à peau permet au nouveau-né de retrouver les repères sensoriels connus in utero, qui lui apportent sécurité émotionnelle et affective, l'aide à se réorganiser parfois pour téter, parfois pour pouvoir s'endormir...
3. **En respectant le vernix caseosa** : plutôt que décaper ce film lipidique qui apporte des calories absorbables par voie cutanée et une protection contre les pertes d'eau et contre certains germes, autant le laisser protéger le nouveau-né...
 4. **En couvrant la tête du nouveau-né** : elle représente une grande partie de la surface corporelle totale (¼ à 1/3) et mérite d'être couverte pour limiter les pertes hydriques et caloriques par un petit bonnet, souvent confectionné par les soignants à l'aide de jersey tube.
 5. **En évitant l'exposition nu, d'autant plus s'il est mouillé, ou exposé à un courant d'air même chaud** : La température d'un nné laissé à 22-24°C peut s'abaisser en 15mn de 37 à 33°C. A la naissance, les nnés doivent donc être rapidement séchés, couverts, placés en peau à peau contre leur mère ou leur père. Par la suite, toutes les situations d'exposition au froid (air, plan de change, plateau de balance, attente dénudé), déclenchant d'ailleurs des pleurs de détresse, doivent être évitées.
 6. **En différant le bain de la naissance et des premiers jours** : le nouveau-né est propre. Le bain est surtout l'occasion pour lui... de se refroidir. Et pour cause ! la perte de chaleur corporelle dans l'eau est 25 fois plus élevée que dans l'air. Alors, surtout si le poids de naissance n'est pas très élevé, pourquoi ne pas retarder le bain et la grande toilette après les 48 premières heures ? et le laisser disposer de toute son énergie pour s'adapter au monde aérien en peau à peau contre sa maman ...

Il est possible de changer l'allure des courbes de poids des nouveaux-nés de maternité. Plusieurs équipes l'ont déjà fait. Cette approche permet de réduire la fréquence des pertes de poids importantes et inquiétantes, de favoriser une meilleure adaptation métabolique du nouveau-né à la vie extra-utérine, donc d'optimiser ses chances de démarrer harmonieusement ses premières semaines de vie. Si ce nouveau-né est allaité, il nous appartient alors de mettre tout en œuvre dans nos pratiques de soin pour que cet allaitement soit « réussi ».

II. FAVORISER UN BON DÉMARRAGE DE L'ALLAITEMENT , c'est donc OPTIMISER les APPORTS NUTRITIONNELS du NOUVEAU-NÉ :

Il existe déjà sur le sujet une nombreuse littérature de qualité à laquelle il sera utile de se référer pour faire le tour du sujet. Pour ne pas alourdir le contenu de cet article nous citerons quelques points clés en nous référant au récent article du Docteur Gisèle GREMMO-FEGGER, pédiatre « **Comment bien démarrer l'allaitement maternel ?** » accessible sur le site : <http://www.co-naitre.net>
Vous pourrez trouver d'autres références bibliographiques à la fin de cet article. Les aspects pratiques sont repris dans la « *fiche pratique* » de ce numéro.

1. **Informez avant la naissance les parents sur les modalités de mise en route de l'allaitement maternel** : Si les pratiques autour de l'allaitement sont claires pour tous les membres de l'équipe, et argumentées sur des bases solides, il est alors facile d'expliquer aux futurs parents **la politique du service** en matière d'allaitement maternel, voire même de leur remettre une **charte écrite**, comme le font les maternités ayant obtenu le label « hôpital Amis des bébés ». C'est alors le moment pour les parents de discuter avec l'équipe, de se projeter vers la naissance, d'être encouragés à s'y préparer.
2. **Mettre le bb au sein le plus tôt possible après la naissance et l'aider à téter lorsqu'il montre qu'il est prêt à téter**

Dans les deux heures qui suivent la naissance, la plupart des bébés disposent d'un éveil remarquable par son attention et son calme. La plupart seulement car sous certaines conditions, certains médicaments administrés à la mère pendant le travail peuvent interférer sur le nouveau-né, diminuant ses aptitudes. Grâce à cet éveil calme et cependant actif, guidé par les effluves odorants du mamelon, il pourra trouver le sein et initier sa première tétée. Ce sont les Suédois, qui les premiers, en 1976, ont mis en évidence cette conduite stéréotypée des nouveaux-nés humains et encouragé les équipes à placer le nouveau-né dès la sortie utérine et avant tout soin de routine, au contact de sa mère. Il est important que le nouveau-né prenne de lui-même le sein, plutôt que ce dernier lui soit enfoncé de force dans la bouche. En effet, un tel comportement développe le plus souvent un comportement en miroir de pleurs réitérés, voire de rejet du sein, lorsque par la suite on approche ce dernier de la tête du bébé.

3. Faire en sorte que le bb prenne le sein correctement pour qu'il puisse téter correctement

Prendre le sein correctement est une condition formelle pour pouvoir téter efficacement (cf fiche pratique)

4. Encourager l'allaitement au sein à la demande l'enfant

Profiter de chaque éveil du nouveau-né dès son réveil. C'est à ce moment qu'il est calme, capable de téter. C'est le meilleur moment pour lui pour s'appliquer à téter et acquérir une technique de succion efficace. (cf fiche pratique)

5. Encourager la cohabitation mère-bébé 24h/24

La mère qui peut garder son bébé auprès d'elle, expérimente ainsi les différents états comportementaux de son bébé. Les pleurs peuvent générer en elle une véritable détresse que l'on peut accompagner plutôt que de soustraire systématiquement le bébé à une mère « épuisée ». Elle va ainsi profiter de tous les éveils pour lui proposer le sein et aider son bébé à devenir le plus compétent possible.

6. Ne pas donner de tétines ni de compléments de lait sauf ceux médicalement indiqués

En effet, l'utilisation de sucettes et de biberons de compléments est corrélée dans les études avec de plus grandes difficultés au cours de l'allaitement. Si un complément est médicalement indiqué, il est préférable de choisir une autre méthode que celle du biberon.

III. Rôle spécifique de la puéricultrice en maternité :

Une équipe en route vers l'optimisation des soins aux nnés est souvent pluridisciplinaire ou gagne en tout cas toujours à l'être. La puéricultrice en maternité peut apporter dans ce contexte un regard intéressant : l'accompagnement de la globalité du couple « parents/enfant » est un élément positif ; trop souvent, certains services cloisonnent encore les intervenants (les auxiliaires auprès des bébés, les sages-femmes auprès des mères). L'accompagnement global du couple avec son enfant permet au contraire de mettre en perpétuelle corrélation les adaptations des parents (émotionnelles, physiologiques, hormonales, voire psychologiques) avec celles de l'enfant (sensorielles, comportementales, émotionnelles, physiologiques). A ce titre, la puéricultrice a un rôle fondamental à jouer : elle aura soin de veiller à observer finement les mères et les nnés ; elle reconnaîtra et fera reconnaître aux parents les signes que le nné est en train de s'adapter, leur donnera des repères ; elle optimisera les transmissions centrées dans l'équipe sur la mise en route de l'allaitement, choisira des critères objectifs d'observation, de surveillance, de sécurité pour les bébés et les parents. Partenaire des autres professionnels, elle pourra aussi être le lien entre les « spécialisées-mères » et celles « bébés ». Elle a donc toute sa place au milieu de cette équipe.

Conclusion : les clés d'une sortie sereine de la maternité vers le domicile

Préserver le capital hydrique du nouveau-né, c'est éviter la chute de poids inquiétante qui diffère la sortie vers le domicile d'un ou deux jours et insécurise tout le monde, les parents surtout. Préserver son capital énergétique, c'est lui éviter de puiser dans ces réserves et favoriser la meilleure croissance possible. Quand les parents et leur enfant sortent vers le domicile, c'est que l'état de santé de chacun le permet. Reste que l'allaitement démarre à peine et qu'il n'est pas totalement installé. Le travail en réseau prend alors là tout son sens et permet de soutenir les jeunes parents.

Quelques clés permettent d'aborder ces premières semaines en sécurité nutritionnelle et hydrique pour le nouveau-né :

1. **Evaluer le démarrage de l'allaitement pour les bb allaités avant la sortie vers le domicile (voir fiche pratique)**
2. **Favoriser la proximité mère- père-bb, dès la naissance et dans les semaines qui suivent et un allaitement au rythme des éveils du nouveau-né, dès l'éveil.**
3. **Encourager le peau à peau pour les bb de faible poids de naissance ou ceux présentant des difficultés d'éveil ou de succion avec évaluation de l'allaitement**
4. **Prévoir toujours un relais lors de la sortie de maternité rapidement pour les cas limites : service de PMI, associations de soutien à l'allaitement, Consultantes en lactation IBCLC**

Repères bibliographiques

- **OMS , Les dix conditions de l'initiative Hôpital Amis des Bébé**s
- **GOLD Francis, Fœtus et nouveau-né de faible poids de naissance 2^{ème} édition – Collection de périnatalité - Masson**

Accessibles depuis le site <http://www.co-naitre.net> rubrique « lire et comprendre »

- **GREMMO-GEFER Gisèle, « Comment bien démarrer l'allaitement maternel ? »**
Conférence donnée le 15 Mars 2006 lors de la 34 ième journée de périnatalité de Franche-Comté
- **BAYOT Ingrid, THIRION Marie « le point sur l'hypoglycémie néonatale »**
les Dossiers de l'Obstétrique N° 297, Août Septembre 2001

L'allaitement de l'enfant prématuré : rôle spécifique de la puéricultrice

Gisèle Gremmo-Féger

Pédiatre et consultante en lactation IBCLC

CHU de Brest et Institut Co-naître®

Le lait maternel est reconnu comme l'aliment optimal pour tous les nouveau-nés ; en plus des nombreux bénéfices qui concernent tous les enfants, certains avantages s'appliquent spécifiquement à l'enfant prématuré : diminution du risque d'infections en période néonatale et d'entérococolite ulcéro-nécrosante, meilleure tolérance de l'alimentation, moindre incidence et sévérité des problèmes visuels et amélioration du développement cognitif. En dépit de ces connaissances et des recommandations de toutes les agences de santé, prévalence et durée d'allaitement sont presque toujours inférieures chez le prématuré par rapport à l'enfant à terme. De nombreux facteurs peuvent expliquer ces faibles taux d'allaitement : facteurs liés à la mère (choix d'allaiter ou non, connaissances, informations, contexte psychologique, stress...), facteurs liés à l'enfant (immaturité, pathologies associées) mais aussi facteurs liés à l'environnement au sens large du terme (culture favorable ou non à l'allaitement, séparation mère-enfant, motivation et formation des personnels...).

L'objectif de cet article est (1) de rappeler les stratégies de soutien d'ordre général ; (2) d'approfondir les stratégies de soutien spécifiques que la puéricultrice peut intégrer dans ses pratiques de soins afin d'optimiser la prise en charge de l'allaitement pour ces couples mère-enfant qui en bénéficient tout particulièrement.

Stratégies de soutien d'ordre général

Il s'agit avant tout de programmes structurés comme les « soins kangourou », les soins de développement et le programme NIDCAP® ou l'Initiative Hôpital ami des Bébés. Ces démarches de soins ont en commun le respect des bases physiologiques, la compréhension des besoins individuels et une philosophie de « soins centrés sur la famille » qui reconnaît les compétences du bébé et de ses parents. Ces programmes sont complémentaires et leur efficacité dans le soutien à l'allaitement amplement démontrée. Un des points essentiels de ces stratégies est de favoriser la présence des parents dans l'unité sans restriction et de les intégrer le plus tôt possible dans les soins, en particulier dans tous les aspects de l'alimentation car c'est là une fonction intrinsèquement parentale.

Citons également l'intérêt d'établir des fiches de transmissions spécifiques à l'allaitement (lactation, éventuelles difficultés maternelles, échelle de comportement de l'enfant au sein, conseils donnés, plan de soins) ; elles permettent de suivre l'évolution pour chaque couple mère-enfant et contribuent à améliorer la cohérence des différents acteurs impliqués dans l'accompagnement et dans les soins.

Enfin et même si cela paraît trivial, une attitude positive et des encouragements de l'ensemble du personnel constituent un facteur de soutien primordial.

Stratégies de soutien spécifiques à l'allaitement

1. Encourager la décision de donner son lait pour son enfant

Même s'il est possible de nourrir un prématuré avec du lait de mère provenant d'un lactarium, le lait le plus adapté est celui de la propre mère de l'enfant ; par ailleurs plusieurs études ont montré que donner son lait à son enfant permet à la mère de se sentir importante en tant que mère et l'aide la mère à faire face au stress de la situation.

Dans ce contexte de naissance prématurée, certaines mères n'ont pas encore pris de décision en ce qui concerne l'allaitement. Et parmi celles-ci, beaucoup ne sont pas conscientes de l'importance du lait maternel pour ces bébés fragiles. Même si la mère n'avait pas décidé d'allaiter, il est toujours possible de l'encourager à tirer son lait pendant deux ou trois semaines ce qui permettra à l'enfant d'être nourri entièrement au lait maternel pendant plusieurs semaines. La décision d'allaiter au sein ou non et la durée d'expression pourront être prises plus tard, mais il est important de débiter précocement après la naissance pour bénéficier du climat hormonal favorable à la mise en route de la lactation.

2. Donner à la mère toutes les facilités pour tirer son lait

L'obtention d'une production de lait **largement supérieure aux besoins de l'enfant** est un facteur clé de la transition de l'alimentation par sonde à la tétée directe au sein. Il est important d'aider la mère à obtenir un tire-lait (prêt ou location), de lui en expliquer les modalités d'utilisation et de lui offrir la possibilité de tirer le lait à proximité de l'enfant en veillant au respect de son intimité. Il est conseillé de commencer à tirer le lait le plus tôt possible après la naissance et d'utiliser un tire-lait à double pompage. La plupart des mères auront besoin de tirer leur lait au moins 6 à 8 fois par 24 heures y compris la nuit. Tirer des deux cotés en même temps permet d'avoir plus de lait en deux fois moins de temps. Le suivi des quantités obtenues permet de montrer l'importance que l'on accorde au lait maternel, de conforter la mère tout au long de sa démarche, et d'individualiser la fréquence des expressions nécessaires : plus les volumes obtenus sont faibles plus la mère aura besoin de tirer son lait souvent et inversement.

3. Favoriser le contact mère-bébé en peau à peau le plus tôt possible et sans limitation.

C'est possible dès que l'enfant montre une stabilité physiologique suffisante même s'il est encore ventilé. En plus des très nombreux et indiscutables avantages pour le bébé, le « peau à peau » permet d'augmenter la production de lait et est associé à une durée d'allaitement prolongée ; ce soin facilite l'établissement de liens affectifs et donnent aux parents l'impression d'être plus compétents. Pour le prématuré, c'est une « mise en situation » qui va lui permettre de manifester son comportement inné de recherche du sein ; chaque séance de peau à peau constitue un prélude, un apprivoisement aux premières tétées et les bébés qui ont fait beaucoup de peau à peau têtent plus tôt. Sauf signes d'instabilité sévère aucune restriction du peau à peau en durée et en fréquence n'est justifiée.

4. Ne pas imposer de critères arbitraires pour les premières « mises » au sein

En cas de naissance prématurée il est encore fréquent que le moment des premières mises au sein soient décidées sur des critères fixes et arbitraires ; ces limitations sont souvent propres à chaque service et font partie des routines de soins: âge gestationnel minimal ou démonstration par l'enfant de sa capacité à boire un biberon sans faire de fausse route. Les difficultés respiratoires ou les fausses routes étant fréquemment observées en cours de biberon chez les nouveau-nés y compris ceux à terme, on comprend que l'utilisation d'un tel critère n'encourage pas les soignants à démarrer les tétées au sein précocement. Mais aucune de ces limitations ne repose sur des données scientifiques validées. Plusieurs études publiées ces dernières années montrent que au contraire les prématurés sont **beaucoup plus stables sur le plan physiologique au sein qu'au biberon** (ils ont plus de facilité à contrôler le flot de lait) et que certains prématurés sont tout à fait à capables de faire des tétées efficaces et même d'être exclusivement allaités au sein bien avant l'âge du terme. Ainsi, **si on leur en donne l'occasion et si les conditions environnementales sont favorables**, certains prématurés seront capables de faire une tétée complète dès 31-32 SA ce qui va leur permettre d'être rapidement autonomisés et de rentrer plus tôt à domicile. Ni l'âge gestationnel, ni le poids, ni la capacité à prendre un biberon ne doivent être utilisés comme critères pour démarrer les tétées au sein : il n'y a pas d'âge pour commencer, le plus tôt est toujours le mieux. Le seul critère, c'est la stabilité de l'enfant.

5. Assister la mère lors des premières « mises » au sein

Le moment et le lieu pour ces premières « mises » au sein doivent être optimisés : à distance d'une expérience pénible ou fatigante (un simple changement de couche, un bain, un examen de routine peuvent constituer une expérience stressante pour un prématuré...) et dans un endroit calme et pas trop éclairé afin d'éviter une surcharge de stimulations sensorielles chez l'enfant. Il est important d'aider la mère à s'installer confortablement en position verticale dans un fauteuil adapté, de lui fournir oreiller ou coussin comme aide au positionnement et si besoin un repose pieds pour qu'elle se sente tout à fait à l'aise. Proposer d'être présent pendant ses premières séances en s'asseyant près de la mère ou en restant à proximité afin de la guider dans ses interactions avec l'enfant et répondre à ses questions. Aider la mère à trouver des positions d'allaitement qui lui conviennent et permettent une bonne prise du sein ; expliquer que l'enfant doit être tenu tout contre le corps de sa mère, à hauteur du sein, la tête dans l'axe, les bras et les jambes en flexion. La position classique inversée (enfant soutenu avec le bras opposé au sein) ou la position sous le bras sont souvent les plus pratiques pour un petit bébé car elles offrent un bon soutien global du bébé et notamment de sa tête ce qui est fondamental pour sa stabilité au sein.

6. Encourager l'allaitement à l'éveil et expliquer les signaux comportementaux du bébé

Montrer à la mère les petits signes qui montrent que l'enfant est disposé à téter et l'encourager à mettre l'enfant au sein sans restriction. Expliquer la manière dont l'enfant communique par son comportement sur son état de bien être (signes d'approche) ou bien sur son état de fatigue ou de désorganisation (signes de retrait). La mère peut ainsi

apprendre à reconnaître les moments où l'enfant peut supporter d'être stimulé et encouragé à téter et les moments où il a besoin de récupérer. C'est fondamental pour que l'apprentissage du bébé au sein se déroule dans des conditions qui lui permettent de progresser en toute sécurité.

7. Permettre la transition d'une alimentation programmée à un allaitement au sein à la demande

Quand l'observation des tétées montre qu'elles commencent à devenir efficaces et seulement à ce moment-là, il est souhaitable de mesurer les quantités de lait absorbées, car les critères d'observation clinique ne sont pas assez fiables. Des tests de pesée réalisés à chaque tétée sur une balance électronique **très précise** n'augmentent pas l'anxiété maternelle dans ce contexte et permettent d'ajuster les apports tant que ceux-ci doivent être « contrôlés ». Quand le bébé commence à consommer une bonne partie des rations prescrites on peut commencer à assouplir les horaires de l'alimentation en proposant le sein à l'éveil ou sinon quand environ 3 heures se sont écoulées depuis le dernier repas. Les quantités prises au sein par l'enfant au sein sont cumulées et déduites de la quantité totale prescrite pour une période de 12 ou 24 heures ; le volume restant sera donné à l'enfant par une méthode alternative. Cette stratégie en « semi demande » peut être poursuivie en s'assouplissant jusqu'à ce que l'enfant ait suffisamment d'éveils spontanés et de tétées efficaces. Veiller à ne pas fixer de durée arbitraire pour cette période de transition, à avoir des **attentes réalistes** car le parcours de chaque enfant est différent et à maintenir une bonne croissance, sans faire trop de crispation sur les chiffres. Encourager également la mère à ne pas abandonner le tire-lait trop vite afin de maintenir la lactation à un niveau suffisant et faciliter ainsi le transfert de lait du sein à l'enfant.

8. Privilégier l'usage de méthodes alternatives au biberon

Les bébés qui reçoivent des compléments au biberon ont des durées d'allaitement beaucoup plus courtes. Un bébé qui n'arrive pas à bien prendre le sein risque de « préférer » le biberon, de même il risque de refuser le sein surtout si la production de lait est faible et qu'il a été exposé à un flot de lait rapide par l'intermédiaire d'un biberon ; il est donc préférable d'éviter d'utiliser le biberon, sauf si c'est le souhait exprimé par les parents et ce en dépit des informations qu'ils auront reçus. Tant que des compléments sont nécessaires, utiliser des méthodes alternatives adaptées aux besoins et aux capacités individuelles de chaque enfant : alimentation par sonde, à la tasse ou au doigt.

9. Préparer la sortie et organiser le suivi et le soutien après le retour au domicile

Avant le retour à la maison proposer un séjour en chambre mère-enfant pour aider la mère à prendre confiance dans sa capacité à s'occuper de son enfant et à s'autonomiser. Discuter la stratégie d'alimentation en collaboration avec les parents. Organiser les modalités du suivi de l'enfant après sa sortie de l'hôpital (accès à des conseils téléphoniques, visites à domicile ou au centre néonatal, consultations spécialisées en allaitement). Fournir également à la mère les coordonnées des associations de soutien à l'allaitement.

Références bibliographiques

1. Gremmo-Feger G: L'allaitement de l'enfant prématuré. "Allaiter Aujourd'hui" Juin 2002. <http://www.co-naître.net/>
2. Sizun J, Ratynski N, Gremmo-Féger G: Soins de développement, soins centres sur la famille: nouveaux concepts, nouvelles pratique en médecine néonatale. Le pédiatre, tome XXXVI, n°179 ; 7-10
3. La méthode « Mère kangourou »: guide pratique. OMS Genève 2004
4. Meier P: Supporting lactation in mothers of very low birthweight infants. *Pediatric Annals* 2003; 32:5; 317-25
5. Nyqvist KH: Breastfeeding support in neonatal care: an example of the integration of international evidence and experience. *Newborn and Nursing infant Reviews* 2005; 5:34-48

Cas Clinique :

Prise de poids jugée faible entre J4 et J12 chez une enfant exclusivement allaitée

Mariella LANDAIS

Laurence GIRARD,

*Puéricultrices DE, Consultantes en Lactation IBCLC
Titulaires du DU « Lactation humaine et Allaitement maternel »*

Institut Co-naître®

<http://www.co-naître.net>

Mathilde et sa maman se présentent à la consultation alors que l'enfant est âgée de 12 jours.

Madame X est âgée de 32 ans, elle exerce la profession d'ingénieur. Elle allaite exclusivement sa fille, et a pour projet de continuer jusqu'aux 6 mois de l'enfant.

Elle vient pour vérifier le poids de Mathilde.

Évolution de la courbe de poids :

PN = 3240 g

PJ4 = 3190 g

PJ12 = 3210 g

Questionnements autour de cette courbe :

Bien que les balances soient différentes, on peut raisonnablement considérer qu'une prise de poids de 30 grammes en 8 jours n'est pas suffisante. Le poids le plus bas atteint par le bébé n'est pas connu de la mère, qui nous précise par ailleurs que sa fille a reçu à la maternité deux biberons de complément qui ont pu entraîner une surestimation de sa prise de poids.

Le risque pour l'enfant est donc une stagnation pondérale avec dénutrition si celle-ci se prolonge, ainsi qu'une installation progressive en économie d'énergie avec des éveils moins fréquents et une faible mobilisation pour les tétées qui ne pourront qu'aggraver la stagnation pondérale.

1. Evaluation clinique :

L'enfant :

- Mathilde est un peu endormie pendant la consultation et légèrement hypotonique.
- La mère décrit quelques éveils au moment des tétées, mais elle dit avoir besoin de stimuler fréquemment Mathilde.
- Son état général (nutritionnel et hydrique) est satisfaisant
- La mère a remarqué que Mathilde mouillait peu ses couches. Elle dit qu'elle n'a pas besoin de la changer plus de trois fois par jour.
- Une selle par jour liquide, sans grumeaux et plutôt verte selon la mère.
- La mère nous dit qu'elle met son bébé au sein dès qu'elle fait mine de s'éveiller, soit environ 7 à 11 fois par 24 h.
- Il y a par ailleurs 1 tétée de nuit entre 23h et 1h du matin
- L'enfant dort dans son berceau dans la chambre des parents

La mère :

- La mère raconte qu'à la maternité, le sein opposé à celui tété coulait, ce qui confirme une montée de lait.
- décrit des douleurs sur ses deux seins (et pourtant ce n'est pas l'objet de sa visite) : douleur diffuse sur le sein gauche, et plutôt de type pincement sur le droit. À l'examen, ses mamelons sont rouges, le gauche est érodé.

Observation de la tétée :

- Position correcte : tête et cou dans le même axe, face au sein, la tête repose sur le bras, libre de se défléchir ; la bouche cependant est légèrement décentrée sur l'extérieur du sein, ce qui peut réduire l'ouverture de bouche nécessaire à une bonne préhension et surtout oblige l'enfant à fléchir la tête pour prendre le sein
- d'ailleurs l'enfant garde les lèvres crispées sur le mamelon.
- La mère se plaint de douleurs importantes pendant cette tétée, surtout sur le sein droit.
- La succion sur le sein gauche : l'enfant fait 3 mouvements de succion, déglutit, puis s'arrête. Stimulée par sa mère, elle refait 2 mouvements de succion avant de déglutir, puis fait une pause, 3 mouvements de succion sans déglutition, puis pause, puis à nouveau, 2 mouvements de succion et déglutit et fait une pause.
- A noter : la mère a utilisé la veille de la consultation un tire-lait : elle a recueilli 30 ml de lait sur le sein gauche et 10 ml sur le sein droit, puis les flux de lait se sont rapidement taris.

Analyse de ces observations :

- Faible ouverture de la bouche.
- Enfant peu active au moment de la tétée : peu de signes de recherche active du sein, mouvements buccaux faibles et mal organisés.
- Transferts de lait insuffisant (peu de déglutitions en cours de tétées, urines et selles rares)

Diagnostic :

Allaitement inefficace avec transfert de lait insuffisant.

Cause la plus probable : succion inefficace chez un bébé peu tonique

2. Propositions

Même si l'état nutritionnel de l'enfant n'est pas préoccupant dans l'immédiat, il faut éviter la dégradation de la situation et agir pour restaurer un allaitement efficace.

Optimiser les compétences de Mathilde à téter :

- Corriger la position de tétée pour améliorer l'ouverture de bouche, et la résolution de la douleur chez la mère
- Favoriser un bon climat sensoriel en proposant à la mère de garder son bébé le plus souvent possible contre elle, dans sa chaleur et son odeur. Ce contact peut aider l'enfant à retrouver des comportements innés de foussement et d'ouverture buccale.
- Stimuler la succion de l'enfant en faisant jaillir du lait à l'aide d'un massage manuel de l'aréole au début de chaque tétée (en allant bien jusqu'au flux de lait) : les flux de lait peuvent stimuler l'enfant à enclencher son réflexe de succion

Relancer la lactation et la fabrication du lait par la glande :

La glande mammaire obéit à la loi de *l'offre et de la demande*, encore appelée « *régulation autocrine* ». Quand la glande mammaire est drainée, la fabrication des éléments du lait est relancée.

Nous demandons donc à la maman de Mathilde de tirer son lait, de la façon qui lui convient le mieux (tire-lait, expression manuelle...) après chaque tétée, pour stimuler la lactation. Le lait ainsi tiré, est immédiatement congelé pour constituer une réserve éventuelle si le rétablissement d'une lactation efficace n'était pas suffisamment rapide.

Limiter les pertes hydriques et caloriques

La proximité si possible en peau à peau, éventuellement la protection de la tête de l'enfant par un bonnet permettront de limiter les pertes hydriques et énergétiques.

3. Evolution et Evaluation :

Six jours plus tard à J 18 :

- **La diurèse** : les couches sont désormais d'avantage mouillées et les changes nécessaires plus fréquents : 4 à 5 fois par jour

- **La succion** : Mathilde déglutit de façon répétée, de nombreuses fois d'affilée lors de chaque tétée (10 à 15 cycles de succion/déglutition sans pause)
- **La douleur lors de la tétée** : la douleur sur le sein gauche a complètement disparu et s'est très fortement atténuée sur le sein droit.
- **Les éveils spontanés pour téter et le comportement de l'enfant** : Mathilde est beaucoup plus tonique et la maman signale des éveils spontanés plus fréquents, plus longs. Ce qui conduit à une légère augmentation du nombre de tétées (12 tétées à J 17).
- **L'expression du lait après la tétée** : la mère a choisi de tirer son lait avec un tire lait manuel et les quantités tirées ont légèrement augmenté (4 à 50 ml) par sein, mais surtout, le lait arrive désormais en petits jets puis en gouttes dès qu'elle utilise le tire lait Ce qui nous conduit à penser que le sein est déjà effectivement drainé par le bébé de façon efficace avant que la mère n'utilise le tire-lait.
- d'ailleurs la pesée montre que Mathilde a pris 320g

A J 22 :

Lors de la pesée chez le pédiatre, l'enfant pèse 3750 g (+ 510g /PN)

A J 30 : l'enfant pèse 4155 g (+ 915 g /PN)

A six mois, Mathilde est toujours allaitée par sa maman qui vient de prolonger son congé parental pour poursuivre l'allaitement encore quelques mois.

En conclusion,

Que s'est-il passé ? On peut poser le scénario suivant comme le plus probable

Avant la consultation :

La succion de Mathilde lors des tétées était le plus souvent peu ou non efficace, et le transfert de lait globalement faible.

Par défaut de drainage, la lactation de la maman baisse. Les quantités de lait produit et éjecté diminuent, ce qui nuit davantage encore à l'efficacité de la succion

Après la consultation :

Le drainage maximal des seins effectué par le tire-lait après les tétées a permis de relancer la production lactée de la maman de Mathilde.

La correction de la position de succion au sein a permis de diminuer la douleur chez la mère, ce qui favorise l'éjection du lait, et a augmenté l'efficacité de la succion de Mathilde.

Ces éléments agissant en synergie ont permis d'optimiser les compétences de Mathilde à téter et ont restauré une succion efficace sur une lactation qui repart et des quantités de lait produit en augmentation.

NB : Mathilde est un nom d'emprunt ...

Bibliographie :

Sur le site <http://www.co-naitre.net>, rubrique « lire et comprendre »

Allaitement maternel : l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit

Dr Gisèle Gremmo-Feger, revue SPIRALE N°27 Sept 2003 Ed. Erès

Allaitement et travail, accompagnement par la puéricultrice

Nicole Dematteis,

**Puéricultrice DE, Consultante en Lactation IBCLC,
titulaire du DU « Lactation humaine et allaitement maternel »**

Institut Co-naître ®

<http://www.co-naître.net>

La reprise du travail est un **passage** délicat pour l'enfant et pour la mère. La poursuite de l'allaitement constitue une **transition** qui permet de négocier paisiblement la séparation et l'entrée en mode de garde. Les mères témoignent du **plaisir et de l'apaisement** que leur procurent les retrouvailles des tétées. Voir l'enfant reprendre le sein est pour elles le signe de la persistance d'un lien et d'une relation vécue harmonieusement. Pour l'enfant, retrouver un environnement de plaisir et de sécurité est pleinement rassurant

1. Comment se régule la production de lait ?

La glande mammaire répond à la **loi de l'offre et de la demande** : la production lactée est maintenue quand les extractions de lait des seins sont suffisamment fréquentes et efficaces. Le nombre de drainages quotidiens nécessaires au maintien d'une lactation de qualité varie d'une femme à l'autre, et même d'un sein à l'autre. Ce **sont l'observation clinique, le ressenti de la femme, et donc l'expérience pratique** qui nous renseignent sur le nombre d'extractions de lait nécessaires à chacune pour maintenir sa lactation.

2. Les dispositions légales de soutien aux mères allaitantes lors de la reprise du travail

Le Code du travail prévoit depuis 1917 une série de mesures permettant l'aménagement des horaires de travail de la mère allaitante. Ces mesures revues en 1973 et en 2002, encore améliorables pour protéger et promouvoir pleinement l'allaitement, proposent toutefois aux femmes plusieurs dispositions dont il est dommage de se priver. Elles sont applicables dans toute entreprise, quelque soit son effectif, pour toute salariée déclarant allaiter.

L'heure d'allaitement l'article **L.224-2** stipule : « Pendant une année à compter du jour de la naissance, les mères allaitant leurs enfants disposent à cet effet d'une heure par jour durant les heures de travail ». La rémunération n'est pas prévue sauf convention collective, l'heure n'étant pas considérée comme du travail effectif (réponse ministérielle du 12 avril 1993 à la question écrite d'un député). La France a signé la convention de l'OIT (organisation internationale du travail) prévoyant la rémunération de cette heure, mais cette convention n'a pas encore été ratifiée.

Le local où allaiter : L.224-3 : «La mère peut toujours allaiter son enfant dans l'établissement. Les conditions auxquelles doit satisfaire le local où la mère sera admise à allaiter sont déterminées suivant l'importance et la nature des établissements par règlement d'administration publique » (complété par articles **R224-2, R224-3**)

La chambre d'allaitement article **L.224-4** Les chefs d'établissement occupant plus de cent femmes de plus de quinze ans peuvent être mis en demeure d'installer dans leurs établissements ou à proximité des chambres d'allaitement.

L.224-5 Un décret en Conseil d'Etat pris après avis du conseil permanent d'hygiène sociale et de la commission d'hygiène industrielle détermine les mesures propres à assurer l'exécution du présent chapitre, et notamment les conditions d'installation d'hygiène et de surveillance des chambres d'allaitement affectées aux enfants nourris au sein en totalité ou en partie.

Pour le **secteur public** : le vide juridique spécifique implique l'application au minimum du Code du Travail.

3. Accompagnement et soutien de la puéricultrice

La puéricultrice a un rôle clé dans le soutien du projet maternel de continuer à allaiter en travaillant. En prénatal, en informant la mère sur les pratiques favorisant le démarrage et l'entretien de la lactation. Puis en la soutenant, la valorisant, la rassurant durant les premières semaines. Ensuite, lorsque la reprise de travail est envisagée, elle accompagne la mère pour maintenir un nombre suffisant de stimulations efficaces et permettre la poursuite de la lactation. En effet, insuffisamment stimulée, la lactation risque de diminuer et de se tarir amenant un sevrage complet involontaire. La puéricultrice accompagne la mère pour lui permettre de s'approprier les différentes techniques d'extraction du lait. Elles établissent ensemble les stratégies permettant le maintien de la lactation :

- **Tétées en direct aussi fréquentes que possibles quand mère et enfant sont ensemble.** Le maintien ou le retour des **tétées nocturnes** est fréquent. Stigmatisées souvent comme un manque d'autonomie voire des tentatives de manipulation de la mère par l'enfant, ces tétées nocturnes sont pourtant nécessaires au maintien de la lactation. La

professionnelle accompagnera utilement la mère en envisageant les meilleures solutions pour préserver son repos tout en respectant la sécurité de l'enfant : tétée allongée avec l'enfant qui sera ensuite replacé dans son lit à côté du lit parental.

D'autre part, les tétées libres et fréquentes les **jours de repos** maternels sont très utiles pour relancer la lactation. Il est donc important de ne pas limiter le nombre de tétées ces jours là sous prétexte de ne pas perturber le rythme des prises alimentaires acquis dans la structure qui a la garde de l'enfant le reste du temps. Les enfants font parfaitement bien la différence entre les jours auprès de maman et de papa, et les autres jours

- **Stimulations en l'absence de l'enfant.** Tirer son lait plusieurs fois dans la journée (durant l'heure d'allaitement, lors de pauses ou lors de la pause repas) permet aussi d'entretenir la lactation et les premiers temps de soulager les tensions mammaires. Avec la mère, la puéricultrice étudie les possibilités de lieu (infirmerie, bureau isolé ..), de conservation (réfrigérateur, glacière portable ..) tout en respectant les demandes et possibilités spécifiques maternelles. Si la mère ne peut disposer d'aucun lieu adapté ou ne souhaite pas recueillir son lait, elle entretient la lactation et acquiert un confort mammaire en faisant couler le lait manuellement.

- la puéricultrice informe la mère qu'il est possible d'allaiter exclusivement jusqu'au jour de la reprise afin d'optimiser la pérennité de son allaitement. Pour cela, elle lui montrera comment gérer les tensions mammaires (massage aréolaire, tire-lait, compression manuelle). La mère s'adaptera **selon son vécu de l'échéance et l'adaptation de l'enfant**

4. Tirer son lait et le conserver

La puéricultrice oriente la mère sur le **choix du mode de recueil** selon les critères de confort, de sensibilité psychique et d'efficacité de la technique.

Le **massage aréolaire** demande une maîtrise du geste. Un peu long, il n'engage pas l'achat ou la location de matériel et s'avère très pratique une fois familiarisée avec la technique. Le **tire-lait manuel** implique l'achat du matériel (efficacité variable selon les appareils), son nettoyage complet à chaque recueil et un peu d'entraînement.

Le **tire-lait électrique** un peu plus encombrant, allie confort et efficacité. En particulier, ceux à **puissance et fréquence réglables** permettent une meilleure adaptation individuelle. Les modèles à **double set** de pompage optimisent le recueil et diminuent la durée du recueil. La location est remboursée au taux de base (ou à un taux supérieur sur indication particulière du modèle souhaité) par la Sécurité Sociale (ou organismes équivalents) sur présentation d'une ordonnance établie pour « toute la durée de l'allaitement ».

La puéricultrice vérifie avec la mère que les recommandations en vigueur (AFSSA 2005) concernant le recueil et la conservation du lait sont effectives. Elle établit un lien professionnel avec la structure de garde de l'enfant, si cela s'avère utile, afin d'appuyer le travail en réseau de soutien à la mère

Comment recueillir le lait ?

Le **recueil du lait** est facilité s'il est précédé de « **rituels** » qui favorisent le déclenchement des flux. Sur le plan **hygiène**, avant tout recueil, il est nécessaire de procéder au lavage (savon liquide) et essuyage (essui à usage unique) soigneux des mains, et au nettoyage et au lavage du matériel au liquide vaisselle.

Comment conserver le lait tiré ?

À la fin du recueil, le contenant est obturé, étiqueté (nom, date, quantité), placé sur une étagère du réfrigérateur à 4°, puis, si besoin, dans le congélateur à -18°. Lors du transport, le récipient est placé dans un réceptacle isotherme muni d'un bloc réfrigéré. L'AFSSA (en 2005) recommande une **durée de conservation** de 48h à 4° au réfrigérateur et 4 mois à -18° dans le congélateur (pas dans le freezer).

Informée, la mère pourra commencer à constituer une **réserve de lait** pratique et rassurante.

5. Dans la structure de garde

- Adaptation de l'enfant et du personnel de la structure de garde :

Un temps d'adaptation progressive de l'enfant facilite la prise de nouveaux repères sur : la personne référente, les autres enfants, l'environnement, le rythme et le mode d'alimentation. De même, le personnel de la structure pourra observer l'enfant et mettre en place de nouvelles stratégies d'apaisement. L'inquiétude fréquente relative à l'accueil d'un enfant allaité repose d'une part sur la peur de ne pouvoir fournir le même apaisement que la mère et d'autre part sur le refus du biberon. L'enfant connaît déjà d'autres formes de consolation et de détente avec son père et il a des capacités d'adaptation nécessitant une durée variable selon les enfants. Le refus du biberon s'estompe le plus

souvent en un ou deux jours. L'utilisation d'une tasse ou d'un biberon tasse peut être envisagée devant la persistance du refus de l'enfant. Au-delà de six mois, l'alimentation diversifiée élude la problématique de la prise du biberon.

- Utilisation du lait maternel

Le lait est **réchauffé** au bain marie hors du feu. L'utilisation du four à micro-ondes est contre-indiquée (destruction des cellules anti-infection et modification des protéines du lait).

La **décongélation** s'effectue en plusieurs heures au réfrigérateur, en quelques minutes sous un filet d'eau froide très progressivement réchauffée.

Bibliographie :

- AFSSA : recommandations d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons – Juillet 2005 – <http://www.afssa.fr>
- Code du travail : Articles R.224-1, R.224-2, R.224-3, R.224-4, R.224-5, R.224-18 et R.224-22 complétés par les articles L.224-2, L.224-3, L.224-4, L.224-5 inséré par Loi n°73-4 du 2 janvier 1973 - Journal Officiel du 3 janvier 1973 en vigueur le 23 novembre - Décret N°2002-1553 du 24 décembre 2002 art.1 et art.3
- Sur <http://www.co-naitre.net>, rubrique « lire et comprendre »
L'allaitement mixte, est-ce possible ? par le Dr Claire Laurent,
publié dans les Cahiers de la Puéricultrice en Juin 2004
- Ville de Lyon www.lyon.fr ou 04.26.99.66.56

LES CLEFS POUR REUSSIR

Anne-Marie Costiou

Hélène Grall,

Puéricultrices DE, Consultantes en Lactation IBCLC

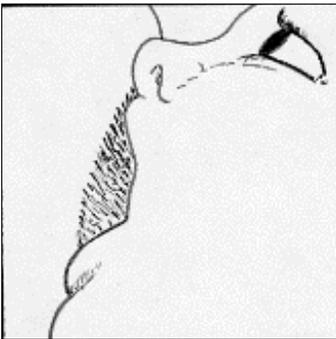
Conseil Général du Finistère

Une bonne prise du sein est cruciale pour le succès de l'allaitement

1 - Reconnaître les signes d'une bonne prise du sein

Le bébé ne doit pas uniquement saisir le mamelon mais le mamelon et une partie plus ou moins grande de l'aréole selon son diamètre. Ainsi, le bébé reçoit un maximum de lait avec un minimum d'effort. Si l'enfant ne comprime que le mamelon, il n'obtiendra que peu de lait et les tissus risquent fort d'être abîmés.

Toute la surface de ses lèvres est en contact avec le sein : la bouche fait ventouse. Le mamelon et l'aréole sont bien étirés dans la cavité buccale.



© Ingrid Bayot / Co-naître®

- La bouche **est grande ouverte** et couvre une grande partie de l'aréole
- Les lèvres inférieure et supérieure sont déroulées sur le sein, non crispées
- La partie supérieure de l'aréole est plus visible que sa partie inférieure : **la prise du sein est asymétrique**
- **Le bébé peut défléchir librement la tête**
- **L'axe tête-cou-hanche est respecté; le bébé ne tourne pas la tête pour téter**
- La succion n'est pas douloureuse pour la mère

2- Reconnaître que le bébé tète efficacement

- Ses joues sont arrondies
- Quand le lait arrive, le bébé est éveillé, en début de tétée. Mais il peut aussi téter efficacement les yeux fermés.
- Les mouvements de la mâchoire inférieure, des joues et des tempes sont amples et rythmés.
- La succion s'effectue en trois temps : ouverture du maxillaire inférieur : pause liée à la déglutition du lait, fermeture, puis ouverture pause fermeture, etc. ...
- Le bébé enchaîne plusieurs dizaines de mouvements avec des pauses brèves et rares
- La déglutition est visible et/ou audible
- Le nombre de suctions pour une déglutition évolue au cours de l'avancée de la tétée : au début de la tétée, les suctions sont rapides, le bébé ne déglutit pas beaucoup ; puis le mouvement devient lent, ample et régulier et le bébé déglutit à chaque mouvement de succion. La succion, la déglutition et la respiration sont tout à fait coordonnées. Les pauses sont rares. Le rythme ralentit ensuite et les mouvements de déglutition sont associés à plusieurs mouvements de succion. Des pauses plus longues surviennent. Parfois, une nouvelle salve de succion apparaît et le bébé se met de nouveau à téter et déglutir de façon rythmée et régulière. Puis une nouvelle pause survient, les suctions sont plus nombreuses que les déglutitions. En fin de tétée, la succion peut devenir « non nutritive ». La succion devient rapide, irrégulière et les déglutitions se font rares. Le bébé peut lâcher le sein pour le reprendre après des pauses plus ou moins longues

3- Connaître les positions pour allaiter

Certains couples mère enfant pratiquent l'allaitement dans toutes les positions, d'autres utilisent une ou deux positions lors de la phase d'apprentissage. Ce qui convient pour une mère peut ne pas fonctionner pour une autre. La mère ne doit pas ressentir de douleur et son mamelon ne doit pas sortir comprimé ou déformé de la bouche du bébé. Toutes les tétées ne sont pas identiques et ce qui marche le mieux lors d'une tétée peut ne pas bien fonctionner à la tétée suivante. Chaque couple mère bébé recherche ce qui lui convient le mieux.

Toutes les positions de la mère (allongée, en tailleur, assise) et toutes celles du bébé sont possibles à condition que :

- La mère soit bien installée, à son aise
- Elle approche son bébé du sein (et non le contraire), le visage face au sein
- La bouche de l'enfant est grande ouverte, comme s'il baillait
- Le ventre de l'enfant est tourné vers la mère
- L'enfant est collé contre sa mère, son nombril contre elle
- Les oreilles, épaules et hanches de l'enfant sont alignées

Les meilleures positions d'allaitement sont celles qui conviennent à la mère et qui permettent des tétées à la fois efficaces et non douloureuses.

4- L'allaitement à l'éveil

Ce sont les rythmes des éveils du bébé qui déterminent les rythmes des prises alimentaires.

C'est pourquoi il est très utile d'apprendre aux mères à reconnaître les signes d'éveil discrets qu'effectue le bébé pour indiquer qu'il est compétent pour téter : **grognements, bruits de succion (suce sa langue et ouvre la bouche), agitation (étirement, gesticulation), mouvements des mains vers la bouche.**

Cette observation fine du bébé nécessite de maintenir une proximité **jour et nuit, 24h/24** de l'enfant et de sa mère.

Aucune restriction à la demande de téter, ni en terme de fréquence, ni en terme de durée de la mise au sein n'est souhaitable.

Plus le bébé tète efficacement, plus la sécrétion lactée est importante.

Le nombre de tétées chez un nouveau-né allaité est plus élevé que le nombre théorique des biberons. C'est l'enfant qui détermine le nombre de tétées quotidiennes, à condition qu'il soit en bonne santé, à terme et que la lactation soit établie.

Chaque couple mère-bébé est unique et il existe une grande variabilité interindividuelle quant au nombre de tétées quotidiennes. Il est donc impossible de donner un chiffre quant au nombre de tétées « normales », ni même de réduire arbitrairement le nombre de tétées par jour, quelque soit l'âge de l'enfant

Par contre, il nous appartient de nous assurer que les tétées sont efficaces et en nombre suffisant pour assurer une bonne croissance au bébé.

5- Signes positifs d'un transfert de lait efficace et suffisant

- Urines : quantité 5 à 6 couches mouillées passées la première semaine
- Selles : elles sont jaune d'or, grumeleuses, liquides et relativement volumineuses en fin de première semaine. Elles peuvent se raréfier après le premier mois de vie chez un enfant exclusivement allaité mais gardent le même aspect
- Tétée : non douloureuse, les seins sont souples, ni engorgés ni crevassés
- Succion : nutritive et efficace
- Position au sein adaptée
- Prise de poids suffisante : on admet que le nouveau né doit avoir repris son poids de naissance au plus tard à 10-15 jours de vie et qu'il prend au moins 20g/jour jusqu'à 3 mois. Un ralentissement de la prise de poids normal peut survenir à partir de 3-4 mois.
- Comportement du bébé : tonique, capable d'être en relation, de plus en plus éveillé au fil des semaines.
Vigilance renforcée pour le bébé qui se satisfait de moins de 6 tétées par 24h ou qui dort toute la nuit.

6- Les incidents de parcours

Les incidents de parcours bien pris en charge permettent presque toujours de continuer d'allaiter.

Les douleurs liées à l'allaitement traduisent le plus souvent une malposition du bébé au sein.

Le traitement des crevasses ne consiste pas à restreindre les tétées et ne se résume pas à l'application d'une crème quelconque même reconnue pour son efficacité; il est indispensable d'identifier la cause du problème et dans la majorité des cas il s'agit d'apprendre à la mère à bien **positionner son bébé afin de permettre une prise du sein correcte.**

Si un engorgement survient, le seul traitement efficace est le drainage du sein par des mises au sein fréquentes éventuellement complétées par l'utilisation d'un tire lait.

L'insuffisance primaire de lait est **très rare** (moins de 5 % des mères).

L'insuffisance secondaire de lait est fréquente et liée à une mauvaise conduite de l'allaitement (cf. chapitres 1 à 6).

La perception d'une insuffisance de lait : Les pleurs, le nombre important de tétées et leur fréquence sont souvent associés à la faim et si ces comportements sont fréquents au manque de lait. Or ce n'est pas la faim de nourriture (dans le cadre d'une croissance normale - cf. chapitre 5 -) mais le besoin vital de contact corporel étroit qui motive la demande de l'enfant.

L'impression chez la mère de seins «mous » ou vides peut aussi lui donner la sensation d'une insuffisance de lait.

Ces perceptions sont subjectives et ne correspondent pas à la réalité.

Allaitement et médicaments

La majorité des médicaments est compatible avec l'allaitement et la mère peut s'adresser à une personne compétente susceptible de l'aider : Consultante en lactation, centre de pharmacovigilance, lactarium.

Pour tout accompagnement de l'allaitement, il est indispensable de :

- **Observer une tétée pour évaluer l'efficacité de la succion et du transfert de lait de la mère vers le bébé**
- **Connaître ses limites**
- **Savoir passer le relais aux personnes compétentes si nécessaire**

Ressources documentaires

Articles sur le site de Co-naître.net, rubrique « lire et comprendre »

- *Eveils et compétences du nouveau-né Les rythmes neurologiques et alimentaires du nouveau-né et leur évolution. Ingrid Bayot, Sage-femme Formateur Institut Co-Naître Présidente d'INFACT, Québec*
- *Allaitement maternel : L'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit ; Dr Gisèle Gremmo-Féger, pédiatre et consultante en lactation IBCLC
CHU de Brest Formations Co-Naître www.co-naître.net ou La revue SPIRALE N° 27 – Septembre 2003
Editions Erès*

Des vidéos utiles :

Jack Newman sur www.mamancherie.ca

Santeallaitementmaternel.com : animation de visualisation de la succion

http://santeallaitementmaternel.com/images/visu/a_succion.swf

