

## Allaiter à la maternité : difficultés des mères ou/et des soignants ?

Les difficultés rencontrées au cours d'un allaitement peuvent concerner les mères – freins psychologiques ou physiologiques – mais aussi les nouveaux-nés – troubles physiologiques ou adaptatifs.

Or, les projets d'allaitement maternel seraient plus facilement menés à bien si les soignants mettaient toute leur attention au service des mères qu'ils accompagnent.

Elle est arrivée sur ses deux jambes, anxieuse et impatiente à la fois, appuyée sur son compagnon ; elle a mis une nouvelle fois la tenue adaptée à sa silhouette arrondie, sa valise était prête depuis longtemps. Elle est accueillie et rapidement entourée, déshabillée, touchée de toutes parts.

Quelques heures plus tard, l'évènement qu'elle attendait depuis de longs mois – ces longs mois qui, déjà, ne sont plus qu'un souvenir – est arrivé. Tout ce qu'elle a rêvé, imaginé, craint, discuté, préparé..., c'est déjà du passé.

La voilà installée dans un lit, le corps un peu endolori, un repas frugal devant elle, et à côté, dans le berceau, l'enfant qui, tout à l'heure, faisait encore partie d'elle. Son compagnon est parti annoncer la nouvelle, chercher des fleurs ou récupérer de ses émotions. Elle se sent fatiguée, vide, étrangement seule dans cette chambre qui lui ressemble si peu.

Une jeune personne, pimpante dans sa blouse à rayures, entre dans sa chambre : « *Tout va bien ? Et ce beau bébé, comment est-il ? Vous allez l'allaiter je crois ? Alors, il serait temps de le mettre au sein, c'est très important pour la montée de lait, vous savez !* »  
« *Ah bon ? Déjà ? Mais il dort !* »

Cette petite scène, bien classique, est le début d'un séjour dans une maternité française. Quatre ou cinq jours, parfois moins, avant de retrouver son foyer.

Le médecin a bien recommandé à la jeune femme « *d'en profiter pour se reposer, parce qu'après, ce serait plus difficile* ». Mais se repose-t-on à la maternité ? Entre les soins, les visiteurs, les examens, il faut encore trouver le temps pour les leçons de puériculture, l'apprentissage rituel de la toilette de bébé, et les informations sur l'allaitement maternel que cette mère a choisi pour nourrir son enfant.

La pratique de l'allaitement maternel, recommandée depuis longtemps par les autorités de santé françaises<sup>1</sup> et internationales<sup>2</sup> avait pratiquement disparu des habitudes des pays industrialisés, ce qui a engendré, pour les mères, de réelles difficultés à retrouver les gestes et connaissances utiles à sa réussite.

Les mères ne sont pas les seules à avoir perdu cette connaissance intuitive d'un geste somme toute biologique pour notre espèce de mammifère ; les médecins et les soignants qui entourent la naissance ont oublié eux aussi, et leur formation initiale n'aborde que très succinctement la physiologie de la lactation humaine et l'accompagnement professionnel qui s'y rapporte.

Pourtant, de nombreuses études ont montré que les mères réussissaient beaucoup mieux si elles avaient été informées avant la naissance<sup>3</sup> et il a été tout aussi



© Pheanie/Buriger

La voilà installée dans un lit, le corps un peu endolori, un repas frugal devant elle, et à côté, dans le berceau, l'enfant qui, tout à l'heure, faisait encore partie d'elle.

clairement démontré que l'initiation de l'allaitement était un élément capital de cette réussite<sup>4</sup>.

Les changements de pratiques professionnelles en maternité, fortement promus par la déclaration conjointe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'*United Nations Children's Emergency Fund* (UNICEF) en 1989, reprise par l'Initiative Hôpital Amis des Bébé en 1992<sup>5</sup> ont considérablement augmenté le taux d'initiation de l'allaitement maternel, mais ont eu peu d'impact sur sa durée qui, en France particulièrement, peine à se prolonger au-delà des premières semaines de vie du bébé, voire du retour à domicile. C'est pourquoi il importe tout particulièrement d'être attentif au temps du séjour à la maternité pour permettre aux femmes de démarrer leur allaitement dans les conditions optimales garantissant sa réussite et sa poursuite. Les premiers jours de l'allaitement maternel sont source de questionnements pour les mères, face aux premières difficultés, au premier affrontement à la réalité, aux premières remises en cause. Ils sont donc l'occasion de repérer les allaitements "à risque" d'abandon précoce, qui requièrent une présence adroite, un soutien efficace, et un accompagnement respectueux de la part des soignants.

## Rappels physiologiques

### Lactogénèse

La lactogénèse démarre pendant la grossesse, sous influence hormonale, par le développement des glandes mammaires et la sécrétion de colostrum (lactogénèse stade 1).

Cette sécrétion de colostrum se prolonge au-delà de l'accouchement jusque vers le 2<sup>e</sup>- 4<sup>e</sup> jour ("montée de lait" ou lactogénèse stade 2).

Le lait va ensuite mûrir au cours des 4-6 premières semaines de vie postnatales (lactogénèse stade 3) pour s'adapter aux besoins de l'enfant (phase de "calibrage"), puis atteindre sa "vitesse de croisière" (moyenne = 780 mL de lait par jour).

La lactation s'entretient ensuite aussi longtemps qu'il y a extraction du lait (galactopoïèse)

Enfin, les glandes mammaires involuent au fur et à mesure que les extractions deviennent plus rares, jusqu'au sevrage complet.

### Entretien de la lactation

Le lait est sécrété de façon continue dans la lumière des alvéoles mammaires, où il reste stocké jusqu'à son extraction par la succion du bébé (ou par le tire-lait ou encore par une extraction manuelle).

Le contrôle de la lactation fait appel à deux mécanismes (sécrétion/éjection) et deux niveaux de régulation (endocrine/autocrine)

Le contrôle endocrine revient principalement à la prolactine pour la synthèse du lait, et à l'ocytocine pour son éjection.

Le contrôle autocrine fait intervenir un mécanisme de rétrocontrôle par l'intermédiaire d'un constituant du lait susceptible de freiner la synthèse du lait.

Ces caractéristiques physiologiques, reprises par la Haute Autorité de santé (HAS, ex Anaes)<sup>6</sup> permettent de comprendre que presque toutes les femmes fabriquent suffisamment de lait pour nourrir leur enfant, même si toutes les glandes mammaires ne peuvent pas stocker la même quantité de lait.

## Besoins et compétences des nouveau-nés

### Besoins

La naissance représente, pour le nouveau-né, la rupture de la continuité physiologique entre sa mère et lui, rupture sensorielle, thermique, énergétique, métabolique, digestive et chronobiologique.

Le cerveau du nouveau-né prend progressivement en charge cette discontinuité dans les heures, les jours, les semaines qui suivent la naissance.

Un environnement sécurisé est propice à cette période d'adaptation ; l'enfant a besoin pour cela de s'attacher à un adulte "compatissant", de trouver des repères sensoriels forts pour s'accommoder à ce nouveau monde, de se prémunir rapidement contre les agressions bactériologiques ou virales extérieures, et d'économiser au maximum ses réserves énergétiques, hydriques et métaboliques en attendant les apports nutritionnels<sup>7</sup>. Ses horloges chronobiologiques se calent progressivement sur les rythmes jour-nuit ; ses rythmes de vigilance, de repas et d'activité se mettent peu à peu en place<sup>8</sup>.

### Compétences

Il a été observé que le nouveau-né normal à terme et en bonne santé, né de façon eutocique, disposait, dans sa première heure de vie, d'une organisation motrice lui permettant de ramper jusqu'au sein, et d'un comportement spontané de succion. Ce comportement est favorisé chez le nouveau-né par un climat hormonal très particulier (forte imprégnation de catécholamines) qui amplifie son attention et ses perceptions sensorielles (odorat en particulier). Il est conservé si le contact mère-enfant n'est pas interrompu à naissance<sup>9</sup> et <sup>10</sup>.

Cette période d'éveil optimal est suivie d'un temps de sommeil important, entrecoupé d'éveils plus ou moins actifs, qui dure un ou deux jours. Cette concordance extraordinaire avec la période où la mère produit le colostrum semble révéler que le nouveau-né a d'autres préoccupations urgentes que seulement s'alimenter, et l'étude de ce nutriment fantastique a montré ses effets protecteurs et métaboliques parfaitement adaptés à cette période tout juste postnatale.

Le nouveau-né se prépare, se repère, s'exerce à un geste de plus en plus efficace, sans se mettre en danger face à des flots de liquide qu'il aurait du mal à gérer, ou des nutriments qu'il serait bien incapable de métaboliser.

## La fonction de lactation

Plus l'extraction du lait est efficace, plus la vitesse de production augmente. C'est donc la fréquence des tétées et leur efficacité qui seront les garants du bon fonctionnement de la fonction de lactation.»

Le rendez-vous a lieu le plus souvent au cours de la deuxième ou troisième nuit, souvent agitée pour la mère et le bébé, où il est tout à fait prêt à enfin recevoir le lait tant attendu.

Les jours suivants, la mère voit augmenter sa production lactée, et l'enfant commence alors à installer ses rythmes de prises alimentaires en fonction de ses périodes d'éveil/sommeil et de ses rythmes de faim/satiété.

### Problématiques de l'allaitement maternel pendant le séjour à la maternité

Si le démarrage de l'allaitement maternel est une étape fondamentale pour sa réussite, son accompagnement est compliqué par la durée extrêmement brève du séjour des mères à la maternité. En effet, cela a été vu plus haut, l'installation de la lactation a lieu au cours de la première semaine postnatale. Les soignants ont donc peu de temps devant eux pour aider les mères à commencer d'allaiter, leur donner les repères essentiels à un retour à domicile serein, et apporter aux parents les informations dont ils ont besoin pour exercer leur rôle en confiance et sécurité, et de façon autonome.

#### Les difficultés psycho-émotionnelles

L'allaitement maternel est certes une fonction biologique, mais sa pratique est essentiellement culturelle et, chez nous, somme toute assez nouvelle.

Le choix de ce mode d'alimentation se fait à partir de nombreuses représentations chez le père et la mère : modèle familial, amical, environnemental ; connaissances acquises à travers des lectures, des rencontres, des réunions ; confiance ou craintes vis-à-vis de leurs compétences de parents ; conviction et valeurs éducatives ; idéalisation, rêves, imagination. La réalité peut s'avérer surprenante pour les parents, surtout si le discours des professionnels de santé vient bousculer leurs fragiles convictions.

La préparation à la parentalité est beaucoup plus qu'une préparation à l'accouchement. Si, à travers les diverses rencontres avec les futurs parents, l'occasion de les écouter parler de ce qu'ils imaginent, pour eux et leur enfant, n'est pas saisie, on aura alors des difficultés à cerner leurs émotions<sup>11</sup>.

Nombre de mères sont bouleversées par la rencontre avec leur bébé, étonnées, surprises, déçues, inquiètes... Toutes ces émotions, parfois contradictoires, peuvent les assaillir et si le projet des parents est en train de se concrétiser, le séjour à la maternité n'est pas encore la réalité familiale.

Les femmes se sentent parfois abandonnées après la naissance ; après avoir été l'objet de toutes les attentions pendant la grossesse, l'intérêt se porte maintenant sur le nouveau-né, ce qui crée cette sensation d'abandon.

Elles sont également envahies par les visites de leurs amis ou proches, qui peuvent tous exprimer leurs

convictions, parfois bien contradictoires, et donc perturbantes pour les mères.

Le lieu de naissance même, s'il est en constante recherche d'amélioration quant à l'accueil, continue à mettre les femmes dans une situation peu enviable. Comment peut-on demander à une femme de 25 ans, en pleine possession de ses moyens, d'aller faire pipi sur commande, de manger à 18 heures devant ses amis ou parents, de passer ses journées au lit ou en chemise de nuit ? Comment penser que cette jeune femme, qui se retrouve dans un lit, dans une chambre surchauffée, mal à l'aise dans son corps d'accouchée, à peine coiffée, pas maquillée, les seins et le ventre douloureux, puisse se sentir forte devant la soignante fraîche et pomponnée qui, en plus, vient faire À SA PLACE, les gestes de maternage au risque de la déposséder ? « Non seulement, je suis moche, mal coiffée, empotée de moi-même, mais en plus, je ne suis pas une bonne mère ! »... Voilà les pensées attristantes qui traversent bien souvent la tête de ces femmes.

Les soignantes devraient avoir constamment à l'esprit ces circonstances environnementales si déstabilisantes pour les femmes, afin d'écouter avec empathie les paroles, percevoir les signaux émotionnels, suggérer les solutions, renforcer la confiance des parents. Une récente enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) a montré que si 95 % des femmes se déclarent satisfaites du suivi de leur grossesse et de leur accouchement, et sont particulièrement attachées aux qualités humaines des professionnels, 40 % (soit quasiment une femme sur deux) s'estiment mal préparées à la sortie de maternité, et particulièrement mal informées sur l'allaitement maternel<sup>12</sup>.

#### Les fragilités physiques et physiologiques

Les journées qui suivent l'accouchement sont parfois bien éprouvantes pour les mères. Elles peuvent se sentir mal dans leur corps : difficultés à se mouvoir, à trouver leur position pour dormir, manque d'appétit, douleurs dans le ventre, au niveau de la cicatrice d'épisiotomie, des seins... Leurs rythmes habituels sont bouleversés par l'organisation du service, les bruits et les lumières. Enfin, le climat hormonal postnatal bouleverse leur sensibilité émotionnelle.

• **La fatigue** arrive très vite, engendrée par la naissance bien sûr, mais également accentuée par les journées très remplies, et les nuits écourtées.

Exiger des mères qu'elles se reposent ne sert pas à grand chose, surtout quand l'organisation des soins est à lui seul le plus grand perturbateur de leur repos. À nous de modifier autant que possible cette organisation, ce qui requiert de la part d'une équipe de réfléchir à ses valeurs. Les maternités accueillent de plus en plus souvent les mères en chambre seule, ce qui devrait donc leur permettre de s'organiser de façon bien plus autonome pour changer leur bébé, dormir

#### Les problèmes qui peuvent surgir

##### • Des difficultés psychologiques ou émotionnelles :

découragement, perte de confiance, sentiment d'isolement, pressions familiales ou extérieures.

##### • Des fragilités physiques ou physiologiques :

fatigue, douleurs, retard de montée de lait, engorgement.

• **Des situations à risque pour le nouveau-né** : difficultés de succion, refus du sein, perte excessive de poids, pleurs.

à leurs aises, gérer leurs visites (les pères excellent dans ce rôle de protection), pour peu que personne n'exige d'elles qu'elles viennent laver leur enfant à la nurserie, qu'elles prennent leur température ou qu'elles se prêtent aux soins à heures fixes. Les soignants devraient imaginer une organisation favorisant le repos des mères en sécurité avec leur bébé.

La présence du père ou d'un proche est un grand facteur de repos pour les mères, qui redoutent les longues soirées et les nuits agitées, bien plus "aidant" que de placer l'enfant pour la nuit en nurserie, d'autant plus que les tétées nocturnes sont indispensables à une bonne installation de la lactation.

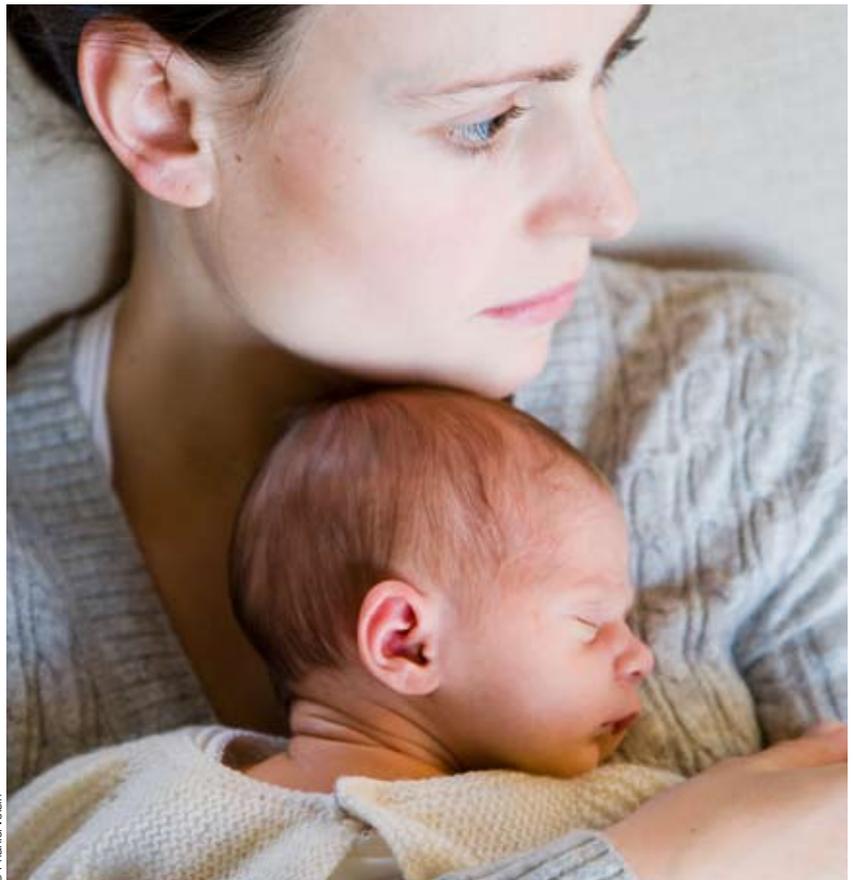
• **Les douleurs** sont un autre facteur de stress pour les mères, et peu y échappent. Hormis celles liées à l'accouchement ou à l'épisiotomie, les douleurs des seins sont un phénomène fréquent, générateur d'abandon précoce de l'allaitement maternel. Ces douleurs sont ressenties très précocement chez nombre de mères, sans qu'il y ait forcément lésions.

Les femmes de 2009 ne sont pas plus douillettes qu'autrefois, même si beaucoup de soignants le pensent. Certaines de nos pratiques sont peut-être des facteurs favorisants (cette douleur est parfois la première expérience puissante quand on n'a pas senti celle de l'accouchement). L'effet de surprise joue aussi un rôle négatif, chez les femmes qui ont peu ou pas du tout l'expérience du contact fréquent de la succion ou du toucher sur leurs seins. Enfin, le seuil de tolérance à la douleur peut être considérablement abaissé quand on n'est pas dans une forme générale optimale.

Ces douleurs sont parfois liées à une hypersensibilité qui rend le contact de la bouche ou le simple toucher des seins insupportable. Elles peuvent aussi être dues à l'apparition de crevasses, hélas encore très fréquentes dès les premiers jours. Ces crevasses ne sont pas dues, comme il se dit encore, à des tétées trop longues, mais bien plus à une mauvaise position du bébé au sein, un geste de succion mal adapté (ouverture de bouche, position de langue), un état d'éveil mal choisi (bébé endormi ou agité), ou encore à des soins de peau agressifs (décapages, assèchement, gestes d'étirement).

Le réflexe de nombreux soignants est souvent la mise en place de "bouts de sein". Or, cet outil est trop souvent utilisé comme une prothèse, recette miracle qui évite d'observer réellement l'environnement des tétées, qui rassure les soignants – le mamelon ressemble à une tétine de biberon ! –, soulage parfois mais pas toujours les mères, mais qui n'évitera pas les ennuis si on n'a pas d'abord cherché à corriger les causes de ces crevasses.

L'accompagnement de la douleur, facteur numéro 1 d'abandon de l'allaitement, est une priorité à la maternité. Il repose sur sa reconnaissance, la recherche avec la mère de tous les petits moyens pour l'apaiser, et la modestie de reconnaître que parfois seule la patience et l'encouragement honnête pourront permettre de la dépasser<sup>13</sup>.



© Phanie/voisin

• **Le bouleversement émotionnel de la naissance** (*baby blues*) est également à l'origine du mal-être de beaucoup de femmes. Cet état émotionnel très particulier, fortement lié au chamboulement hormonal postnatal, s'exprime de différentes manières : tristesse apparente, larmes faciles, mais aussi parfois agressivité ou anxiété<sup>14</sup>.

Ces émotions puissantes ont pourtant un intérêt majeur dans la période postnatale. Leur apparition est la preuve que les mères sont en train de vivre une adaptation indispensable à leur nouveau rôle. Les nouveau-nés, n'ayant pas la parole pour s'exprimer, ont absolument besoin de trouver près d'eux un adulte compatissant, qui va ressentir avec eux ce qu'ils ne peuvent exprimer. Qui mieux que leur mère – et à moins forte puissance, mais cependant réelle, leur père – peut s'émouvoir d'un pleur, d'un sursaut, d'un regard ? Si les parents restaient campés sur une attitude "rationnelle", ils ne sauraient avoir les gestes appropriés, protecteurs, rapides, nécessaires à l'enfant. Heureusement qu'ils acceptent – sans le vouloir, c'est vrai – de se laisser aller à ces émotions, signe du lien qui se tisse et qu'il serait donc nécessaire, en tant que soignants, de valoriser au maximum avant de l'étiqueter "fragilité psychique".

Soutenir les parents parfois désemparés requiert une présence à la fois attentive et discrète, l'art subtil de guider sans faire à leur place, de suggérer sans impo-

Les soignants devraient avoir constamment à l'esprit les circonstances environnementales si déstabilisantes pour les femmes, afin d'écouter avec empathie les paroles, percevoir les signaux émotionnels, suggérer les solutions.

ser, d'entourer sans contraindre. Positiver inconditionnellement tout ce que les parents mettent en place renforce leur confiance en eux.

• **Un retard de la montée de lait** peut également angoisser les mères.

La perception, par la mère, d'un manque de lait dans les premières heures peut être d'abord le signe d'un manque d'information sur le délai nécessaire à l'installation de la lactation. Elle « voit bien qu'il n'y a pas grand-chose dans ses seins » et s'inquiète très vite du manque que cela pourrait provoquer chez son enfant. Les soignants doivent donc être eux-mêmes correctement informés de cette particularité physiologique afin d'en expliquer tous les bienfaits pour le nouveau-né. Ceci amène à la révision d'une des plus ancrées de nos pratiques : la petite feuille de papier, celle qu'on remet aux mères dès le premier jour de vie, en exigeant qu'elles y notent l'heure de chaque tétée, quel sein, combien de temps : « 9 heures-sein gauche-bien tété 10 minutes, 13 heures-sein droit-tété 5 minutes. » Cette pratique, qui n'est d'aucune efficacité, est en revanche un redoutable moyen d'insécuriser les femmes. Peut-on mieux faire en guise d'information à ce stade ?

Le colostrum est le nutriment optimal pour le tout-petit qui doit donc pouvoir y accéder de façon intensive. Un nouveau-né tenu près de la poitrine de sa mère, stimulé sensoriellement par l'odeur du sein, les bruits du cœur ou sa voix, même s'il somnole beaucoup à cette période, prend des tétées très nombreuses, mais pas forcément régulières, parfois très brèves, parfois, au contraire, performantes et longues.

En revanche, un réel retard de la montée de lait peut se produire. Certaines circonstances sont connues pour cela : prématurité, diabète insulino-dépendant, obésité, rétention placentaire, stress intense à la naissance. Le risque principal de ce retard est évidemment une perte de poids trop importante chez le nouveau-né. Il faut alors être particulièrement vigilant à favoriser des tétées très fréquentes, jour et nuit, en privilégiant les économies d'énergie chez cet enfant (éviter les bains, les toilettes intempestives, les déshabillages inutiles, les pleurs de séparation, etc.).

Il peut arriver que l'état de l'enfant nécessite des apports de complément qui seront donnés en maintenant bien sûr les tétées au sein, du moins s'il peut téter, quitte par exemple à donner le complément à l'aide d'une petite sonde posée sur ce sein.

• **L'étape de la montée de lait** est elle-même facteur de difficultés. En effet, elle s'accompagne d'un phénomène congestif appelé engorge-

ment. Il consiste à la fois en une production très brutale de lait, qui peut donc encombrer le système d'éjection, et un œdème interstitiel. Il en résulte une tension douloureuse des seins accompagnée souvent de fièvre et de rougeur et, bien sûr, d'un ralentissement ou d'un arrêt des éjections de lait. Ce phénomène survient le plus souvent la nuit, ce qui augmente l'angoisse des mères.

Cet engorgement survient de façon "physiologique" chez un grand nombre de femmes, mais il est exagéré par une conduite inappropriée des premiers jours de l'allaitement, en particulier par la restriction du nombre ou de la fréquence des tétées, ou par l'introduction de compléments injustifiés et potentiellement facteurs d'abandon. Il convient donc, encore une fois, d'harmoniser le discours de soignants qui accompagnent les mères. Il est encore si souvent recommandé aux femmes d'allaiter à des heures artificiellement fixées (toutes les 3 heures), ou à durée limitée (« pour éviter les crevasses »), ou en pratiquant le *forcing* sur les réveils du nouveau-né (rarement nécessaires s'il est placé en peau à peau sur sa mère).

Il serait beaucoup plus opportun d'aider les mères à garder leur bébé contre elles autant que possible, de bien le positionner quand il cherche à téter, d'apprendre à soulager les débuts de tension par des massages du sein, voire un tire-lait, de limiter l'œdème par des applications froides ou un anti-inflammatoire léger si besoin.

### Les situations "à risque" pour le nouveau-né

Le nouveau-né peut, de son côté, développer quelques situations qui vont compliquer la tâche des mères et des soignants qui les accompagnent.

• **Les difficultés de succion** inquiètent de nombreuses mères, à tort ou à raison. Elles décrivent un enfant endormi, peu actif ou, au contraire, agité et en pleurs. Cette succion inefficace est source de douleurs, voire de crevasses, et ne permet pas à l'enfant de recevoir suffisamment de lait.

Les difficultés de succion sont le plus souvent dues au non respect des compétences du nouveau-né : organisation motrice, éveils, comportement de recherche, tâtonnements et essais... Les tétées peuvent alors devenir de véritables bras de fer entre l'enfant et sa mère, sans compter évidemment les mains de la soignante qui vont intervenir souvent très vite, ou encore une fois l'utilisation hâtive d'un bout de sein.

Ce *forcing* peut aller jusqu'à provoquer chez le nouveau-né un réel refus du sein, avec pleurs et rejets du corps en arrière, tant cette situation est sensoriellement pénible pour lui.

Enfin, certaines de ces difficultés de succion peuvent trouver leur origine dans des particularités liées à l'enfant : frein de langue court, mauvaise étanchéité buc-

Il faut veiller à vérifier avec la mère la bonne position du bébé au sein.



cale, hypotonie, rétrognatisme, douleurs de la zone tête et cou réduisant l'ouverture de bouche. Là encore, l'accompagnement est primordial pour ne pas arriver aux situations de blocage et à l'abandon par une mère découragée.

Placer l'enfant en peau à peau sur sa mère, pour le sécuriser et susciter son intérêt pour le sein, aider la mère à reconnaître que son bébé est prêt à téter ou, s'il en a besoin, à le réveiller au bon moment pour qu'il soit au mieux de ses compétences pour boire, repérer les positions adéquates à une bonne prise du sein par le nouveau-né, observer l'ouverture de la bouche et les signes d'une tétée efficace, et surtout éviter les manipulations de la tête ou de la bouche de l'enfant sont les réflexes indispensables qui devraient guider l'action des soignants.

Si l'enfant ne se montre pas prêt à téter correctement, il faut proposer à la mère d'exprimer son lait à la main ou au tire-lait, et de le donner au bébé, placé en contact peau à peau.

• **La perte de poids excessive**, réelle ou vécue comme telle par la mère (et les équipes ?), est très certainement la plus courante des situations de difficulté. Elle est réelle ou vécue, car la durée parfois très courte du séjour en maternité peut compliquer notre raisonnement et donc nos exigences face à cette chute de poids.

Les très fameux « 10 % de perte de poids physiologique » ne reposent sur aucune certitude scientifique, et peuvent même, dans certains cas, être considérés comme trop optimistes.

La perte de poids des premiers jours, hormis celle liée à l'émission de méconium, est essentiellement une perte hydrique, qui ne doit donc en aucun cas faire courir le risque d'une déshydratation au nouveau-né. Les adaptations métaboliques néonatales amènent le nouveau-né à rééquilibrer sa masse hydrique, sans danger pour lui si cela se fait de façon progressive et si les apports nutritionnels viennent rapidement compenser les pertes<sup>15</sup>.

Le colostrum a des qualités colloïdales qui freinent les pertes hydriques chez l'enfant, lesquelles pourraient par ailleurs être considérablement ralenties si nos pratiques de soins étaient réellement centrées sur cette nécessité. Rappelons que les pertes hydriques excessives du nouveau-né sont majoritairement corrélées à une surconsommation liée aux déshabillages intempestifs et répétés (pour le bain, les changes, les examens divers) entraînant l'exposition d'une grande surface corporelle à l'air sec, trop froid ou trop chaud, mais aussi aux pleurs durables provoqués par la séparation sensorielle, l'isolement, l'inconfort, ainsi que toute situation de stress, responsables notamment d'une diurèse augmentée<sup>16</sup>.

En conséquence, les soignants se doivent, là encore, d'être très attentifs à réduire ces soins autant que pos-

sible, et si certains d'entre eux ne sont pas évitables, il faut compenser ces pertes hydriques par du peau à peau plutôt que des rampes ou couvertures chauffantes. Cette pratique simple permet à l'enfant d'augmenter, souvent de façon spectaculaire, ses prises de lait au sein de sa mère.

Il faut également veiller à vérifier avec la mère la bonne position du bébé au sein, l'efficacité de sa succion et la qualité de ses éveils. Si la situation devient critique, l'intérêt de donner des compléments doit être discuté, en privilégiant le lait maternel extrait à la main ou au tire-lait. Ces compléments doivent être justifiés par l'état de santé de l'enfant, réfléchis avec le médecin, et ne devraient jamais se substituer aux tétées, mais bien les compléter si besoin.

• **Les pleurs du nouveau-né** sont eux aussi à la base de nombreux découragements chez les mères. Ils sont vécus de façon très négative autant par les parents que par les soignants. En effet, les adultes confrontés aux pleurs du nourrisson se sentent atteints dans leurs compétences à lui donner le confort parfait. Les pleurs sont synonymes de mal-être, et à la question « *De quoi a-t-il besoin ?* » se substitue en tout premier lieu celle-ci « *À quelle heure a-t-il mangé ?* », obnubilés que nous sommes tous par la peur du manque alimentaire.

Mais se souvient-on alors de ce qui peut perturber un nouveau-né ? Quels sont ses premiers besoins ? Nous l'avons déjà dit plus haut, le nouveau-né arrive dans un monde sensoriellement à l'opposé de ce qu'il a connu jusqu'alors et son besoin d'attachement et de sécurisation est immense, comme chez tous les nouveau-nés. Appeler l'adulte par des cris résulte donc d'une adaptation prioritaire pour lui, quasi une question de survie, et si les adultes tardent à répondre, il doit crier de plus en plus fort pour obtenir de l'aide.

Les mères sont très déroutées par les pleurs de leur enfant, particulièrement dans les premiers jours. L'inexpérience y est sans doute pour beaucoup, et l'entourage est alors primordial pour apaiser leurs craintes et renforcer leur confiance en elles.

Les soignants doivent donc veiller à encourager la proximité du bébé avec ses parents, en leur offrant des moyens confortables et rassurants pour le porter aussi souvent et longtemps que possible, sans craindre de « *le rendre capricieux* ».

Ils doivent inciter la mère à proposer le sein à chaque éveil sans limite horaire, développer avec les parents toutes les approches sensorielles apaisantes (en jouant sur le toucher, les câlins, les caresses) tout en favorisant le repos des mères, et ils doivent se garder de vouloir interpréter ces pleurs à la lumière de nos idées reçues, en évitant soigneusement les phrases qui blessent : « *Les visites l'ont énérvé !* » ; « *il ressent votre anxiété !* » ou « *mais c'est normal, madame, tous les bébés pleurent le soir. Ils font leur petite crise !* »

## Bibliographie

1. Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Programme national nutrition santé. Édition commune du ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille et de la Société française de pédiatrie. 2005.
2. World Health Organization. Infant and young child nutrition. 54<sup>th</sup> World Health Assembly; WHA 54.2, Agenda item 2001; 13.1: 14-22.
3. Scott JA, Binns CW. Factores associated with the initiation and duration of breastfeeding; a review of literature. *Breastfeed review* 1999; 7: 5-16.
4. Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'*United Nations Children's Emergency Fund* (UNICEF). Déclaration conjointe. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité. OMS, 1989.
5. Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'*United Nations Children's Emergency Fund* (UNICEF). Les règles mondiales de l'Initiative OMS/UNICEF pour des Hôpitaux Amis des Bébé. Directives de l'UNICEF, mars 1992.
6. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant, 2002.
7. Gremmo Feger G. Accueil du nouveau-né en salle de naissance. Dossiers de l'allaitement 2002 ; 51.
8. Bayot I. Éveils et compétences du nouveau-né. Article paru en 2006 sur le site CoNaitre. www.co-naître.net

L'usage de la sucette, très utilisée et même souvent préconisée par les soignants, mérite réflexion : à qui rend-elle service ? Quels sont ses objectifs ? A-t-elle un impact négatif sur la succion du bébé ? L'a-t-on évaluée ?

### Problématiques des soins à la maternité

La première mission d'une maternité est évidemment d'assurer la santé et la sécurité des mères et des nouveau-nés. Mais, depuis longtemps, s'y ajoute une mission d'éducation des mères qui, bien souvent, prime sur la première. Il peut en découler une véritable bataille pour le pouvoir, qui met les femmes dans une dépendance extrême au lieu de les conforter dans leur autonomie. Les équipes de maternité ont un rôle essentiel à tenir auprès des femmes. Soutenir l'allaitement maternel représente un véritable projet d'équipe. Nombre de mères se plaignent de l'incohérence des discours chez les professionnels, et de manque de soutien.

### Une équipe cohérente, solidaire et dynamique

Un projet d'équipe ou de service repose essentiellement sur ces trois piliers que sont la cohérence, la solidarité et le dynamisme. La curiosité intellectuelle permet de se tenir informé des connaissances qui ne cessent d'évoluer. Les échanges réalisés au cœur de l'équipe, grâce à des transmissions communes à partir d'outils d'évaluation objective élaborés en commun, favorisent une approche globale et personnalisée du couple mère-enfant. La solidarité entre tous offre à chacun sécurité, confiance en soi, ressourcement si nécessaire.

### Soutenir le choix des parents

La perte quasi-totale de modèle familial a laissé les mères sans réponse à nombre de leurs questions. Des professionnels formés, assurés par des connaissances validées peuvent apporter un soutien objectif, et non pas fondé sur leurs seules croyances ou convictions personnelles.

Notre soutien vise à rendre les mères plus fortes en effet, afin qu'elles puissent résister aux conseils nombreux et incohérents qu'elles sont susceptibles de recevoir. Valoriser les mères, renforcer leur confiance en elles, leur donner toute leur place au lieu de faire à leur place, les remettre au cœur de nos soins, respecter leurs compétences de mères et de pères, voilà qui pourrait les rendre moins vulnérables aux nombreux discours qui les assaillent.

Ce travail de soutien exige de la part des professionnels de faire le point sur leurs propres incohérences. Il est parfois difficile pour certains d'entre nous de lâcher prise sur notre désir de "sauver" les mères et nous avons encore souvent du mal à leur reconnaître des compétences. Mais les fortifier dans leur rôle, leur

donner les clés pour accomplir leur choix est une mission bien plus noble.

### Savoir transmettre

L'autre difficulté réside dans la brièveté du séjour à la maternité. Si ces quelques jours sont consacrés uniquement à donner aux mères un certificat de bonne puériculture, axé sur les soins d'hygiène, on risque fort de passer à côté de notre mission. Il serait sans doute beaucoup plus important de transmettre aux parents quelques messages utiles.

Transmettre, cela signifie donner des informations qui seront utilisées plus tard. C'est pourquoi il importe de choisir soigneusement les messages afin de ne pas noyer les parents sous un flot d'informations impossibles pour eux à mémoriser. Les soignants doivent donc affiner leur mode de communication, en se rappelant quelques principes indispensables :

- cibler les informations nécessaires au moment où on les donne et privilégier la qualité sur la quantité : clarté, choix des mots à partir d'un langage commun, adaptation à la situation du moment ;
- répondre aux besoins exprimés par les mères – il est inutile d'en dire plus que ce qu'elles demandent –, mais satisfaire cette demande ;
- penser aux conséquences du message : quelles émotions peut-il soulever ? Sert-il à quelque chose ? Renforce-t-il la confiance de la mère en elle-même ? ;
- se souvenir toujours que celui qui émet un message est responsable de sa bonne compréhension par celui qui le reçoit. Pourtant, il n'est pas possible d'empêcher que celui qui reçoit le message n'en retienne qu'une infime partie, selon ses besoins et son "monde" personnel. Il faut alors être emprunt d'humilité, de respect et de clairvoyance.

### Conclusion

L'accompagnement de l'allaitement maternel à la maternité est une priorité pour une équipe consciente de ses enjeux. Il est fondé sur l'observation fine du couple mère-enfant, la prévention des difficultés, la valorisation des compétences des parents et de l'enfant. Il nécessite des soignants clairvoyants, confiants, nantis de connaissances objectives et validées. Cette équipe doit pouvoir proposer aux mères tous les moyens nécessaires à la réussite de leur choix, la sécurité indispensable au bien-être de tous, la chaleur et le soutien inconditionnel qui seront la marque de la qualité de leur travail. La réussite de l'allaitement à la maternité et après dépend de cet engagement. ▀

### Mariella Landais

*Puéricultrice, formatrice en périnatalité CoNaître®, consultante en lactation, intervenante à l'École de sages-femmes de Brest (29) mariellalandaies@club-internet.fr*

### Bibliographie (suite)

9. Righard L, Alade M. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990; 336: 1105.
10. Mercer JS, Erickson-Owens DA, Graves B, Haley MM. Evidence-based practices for the fetal to newborn Transition. *Journal of Midwifery and women's health* 2007; 52, 3: 262-72.
11. Haute Autorité de la santé (HAS). Suivi et orientation des femmes enceintes. Recommandations professionnelles. Mai 2007.
12. Direction des ressources, évaluations, et statistiques du ministère de la santé (DRESS). Enquête de satisfaction à l'égard des suites de couches et du suivi postnatal. N° 660, septembre 2008. [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
13. Landais M. Tu enfanteras dans la douleur, tu allaiteras dans le bonheur. *Doss Obst* 2005 ; 340 : 12-4.
14. Railhet F. Allaitement et dépression maternelle. *Doss Allait* 2007 ; 70 : 13-5.
15. Rodriguez G, Ventura P, Samper MP, Moreno L, Sarría A, Perez-Gonzalez JM. Changes in body composition during the initial hours of life in breast-fed healthy term newborns. *Biol Neonate* 2000; 77: 12-6.
16. Hammarlund K, Guignard, Oberg, Sedin G. Transepidermal waterloss in newborn infants. *Acta Paed Scand* 1980; 69: 385-92.