

accompagnement

Suggestions de pratiques autour de l'allaitement maternel

À la naissance de leur enfant, certaines mères rencontrent des difficultés lors de l'initiation de l'allaitement. Afin de les soutenir et les accompagner dans leur projet, les professionnels disposent de plusieurs outils et ressources favorisant l'autonomie des parents comme du nouveau-né. Illustration clinique.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés - allaitement maternel ; autonomie ; dispositif d'aide à l'allaitement ; prise du sein ; rythme

Suggestions of practices around breastfeeding. After the birth of their child, mothers may encounter difficulties when starting breastfeeding. In order to support this decision to breastfeed, professionals have several tools and resources at their disposal favouring the autonomy of parents and the newborn. This article presents a clinical example.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords - autonomy; breastfeeding; latching on; rhythm; supplemental nursing system

Céline Laroche

Consultante en lactation certifiée IBCLC, formatrice, conseillère en portage certifiée AFPB, instructrice en massage bébé IAİM

c/o Cahiers de la puéricultrice, Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux, France

L'allaitement maternel est reconnu comme l'alimentation idéale du nouveau-né.

Une nouvelle étude internationale menée dans 164 pays et publiée fin janvier 2016 dans le *Lancet* confirme que l'allaitement sauverait plus de 800 000 vies (et beaucoup d'argent) dans tous les pays du monde, riches ou pauvres. Il réduirait également de 20 000 le nombre de décès annuel de cancer du sein [1]. Les effets bénéfiques de l'allaitement, tant pour la santé de l'enfant que pour celle de la mère, sont confirmés par de nombreuses études et sont souvent dépendants de la durée de celui-ci. C'est pourquoi les recommandations internationales de santé publique vont en faveur d'un allaitement exclusif jusqu'aux 6 mois de l'enfant, puis d'un allaitement associé à une alimentation solide jusqu'à ses 2 ans au moins [2].

♦ **En France**, la 11^e proposition du Programme national nutrition santé (PNNS) 2011-2015 inclut des actions de promotion de l'allaitement maternel et rappelle les recommandations en faveur d'un allaitement maternel mené « *de façon exclusive jusqu'à 6 mois et au moins jusqu'à 4 mois pour un bénéfice santé* » [3].

♦ **L'étude Épifane, menée en France entre 2012 et 2013 sur plus de 3 000 nouveau-nés**, a réactualisé les chiffres sur les taux et durées d'allaitement nationaux. Cette étude a mis en évidence que seulement 58,7 % des nouveau-nés étaient allaités exclusivement à la naissance (*tableau 1*) (suivant la définition de l'allaitement exclusif par l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) ; à 1 mois, ils n'étaient plus que 35 % de nouveau-nés allaités de manière exclusive [4]. À 3 mois, seulement 21 % étaient

Tableau 1. Taux et durée de l'allaitement en France Étude Epifane (2012-2013)

	Naissance	1 mois	3 mois	6 mois
Allaitement exclusif	58,7 %	35 %	–	–
Allaitement sans compléments de préparations en poudre pour nourrisson	–	–	21 %	10,5 %

Rappel des recommandations de santé publique :
 • allaitement exclusif jusqu'à 6 mois ;
 • allaitement diversifié jusqu'à 2 ans au moins.

Adresse e-mail :
 celine.laroche.formatio@
 gmail.com (C. Laroche).

Notes

¹ Cet article et l'atelier original dont il est tiré n'ont aucune prétention à remplacer une formation pour l'accompagnement à l'allaitement. Ils visent juste à ouvrir des pistes de réflexion et de travail et – pourquoi pas – donner envie à quelques-uns d'approfondir leur pratique, de découvrir le métier de consultante en lactation certifiée IBCLC et de se former. Il existe en France plusieurs organismes proposant des formations longues en matière d'allaitement maternel : le Centre de recherche, d'évaluation et de formation à l'allaitement maternel ([Crefam] <http://www.crefam.fr>), l'Association des consultants en lactation professionnels de santé ([ACLPL] <http://www.aclpl.fr>), Allaitement maternel-Formation ([Am-F] <http://www.all.org>) proposent des formations de durées variables, allant jusqu'aux formations requises pour l'examen international en vue de devenir consultante en lactation IBCLC. Il existe également un diplôme national : le diplôme interuniversitaire de Lactation humaine et allaitement maternel (Diulham). L'Association nationale des puéricultrices(teurs) diplômé(e)s et des étudiants (ANPDE) ainsi que des organismes tels que Co-Naitre et Lactissima proposent également des formations courtes sur site ou en inter-, ainsi qu'un accompagnement des structures.

Pour un aperçu du métier de consultante en lactation : <http://consultants-lactation.org/index.php/les-ibclc/> Pour plus de détail sur les compétences cliniques des IBCLC : http://ibclc.org/wp-content/uploads/2013/08/Compétences-Cliniques-des-IBCLC_mars-2015.pdf

² Intervention de Virginie Vandembroucke sur le thème "Haptonomie, attachement et portage" lors des Journées des conseillères AFPB, Versailles, 2014.

³ L'atelier "Positions physiologiques, allaitement et portage" proposé lors des Journées nationales d'étude 2015, en collaboration avec Sandrine Le Flem, aborde le lien si étroit entre la posture et l'expression des compétences, tant de la mère que du nouveau-né. Cet atelier prend ses fondements dans la formation proposée à l'Association française de portage des bébés (AFPB). Pour en savoir plus : <http://www.afpb.fr>.

allaités sans compléments de préparations en poudre pour nourrisson (PPN), ce chiffre chutant à 10,5 % à 6 mois [5]. Ces constats sont bien loin des recommandations de santé publique. Les auteurs concluent que la promotion de l'allaitement maternel en France passe nécessairement par une information plus importante apportée aux mères, mais également par une « *formation renforcée des personnels exerçant dans les domaines de la périnatalité, de la pédiatrie et de la protection maternelle et infantile* » [5].

◆ **En effet, les professionnels de santé sont parfois démunis devant certaines difficultés** rencontrées couramment à l'initiation de l'allaitement. Du côté des nouveau-nés, l'allaitement est une question de survie : pourvu qu'il soit placé dans les bonnes conditions, le nouveau-né est parfaitement équipé et sait exactement quoi faire pour satisfaire ses besoins de chaleur, de nourriture et de protection [6].

Du côté des mères, la lactation est un processus naturel (qui se mettra en place quoi qu'il arrive dans la très grande majorité des cas) tandis que l'allaitement est un apprentissage. Et c'est là toute l'importance du rôle des professionnels au chevet des familles : quelles conditions de naissance et d'accueil faut-il apporter au nouveau-né et à sa famille ? Quelles informations et quel accompagnement proposer aux mères et à leur enfant pour leur permettre d'exercer leurs compétences, soutenir le démarrage et la poursuite de l'allaitement, accompagner le processus du lien d'attachement et, ainsi, le développement de l'enfant ?

◆ **Le cas clinique présenté ici¹ aborde certains des aspects les plus simples de l'accompagnement** qu'il est possible d'offrir aux mères lorsque le démarrage de l'allaitement ne se passe pas comme elles l'avaient "rêvé".

Le cas clinique du nouveau-né N.

◆ **Le jour de la première consultation**, N. a 8 jours. Ses parents sont très inquiets car il n'a plus bu au sein depuis douze heures. Il a reçu deux biberons de lait maternel, respectivement de 30 et 90 mL. La mère panique car elle est épuisée et n'a plus extrait de lait maternel depuis le dernier biberon. La dernière prise de température indiquait 36,6° C. N. dort et a les yeux très cernés.

◆ **La veille**, ses parents ont reçu la visite d'une sage-femme à domicile : le nourrisson avait perdu 60 g (sur 3,160 kg). La professionnelle a conseillé de donner toutes les 3 heures trois seins par tétée (10 minutes sur un sein, 10 minutes sur le deuxième puis retour au premier sein), puis de compléter par 20 mL de lait maternel donné au biberon. Seulement, N. ne parvient plus à prendre le sein ou s'y endort très vite

et les réserves de lait maternel sont épuisées... Cette mère tient très fort à son allaitement ; elle est complètement bouleversée et le père tout autant.

Que faire ?

Dans une situation comme celle-ci, après avoir apporté du réconfort aux parents, trois priorités s'imposent :

- nourrir le nouveau-né ;
- entretenir la lactation de la mère et protéger le projet d'allaitement maternel ;
- comprendre et résoudre le problème, et permettre aux parents de devenir autonomes.

Pour proposer des pistes aux parents, quelques informations supplémentaires devront être recueillies, suivant trois axes : les conditions de naissance et d'accueil du nouveau-né, quelques repères concernant l'enfant et quelques-uns concernant sa mère.

Recueil d'informations

Quelques informations concernant la naissance et l'accueil de N.

◆ **N. est né à terme** (- 3 jours), en bonne santé, sous péridurale et injection d'ocytocine artificielle. Il avait le cordon autour du cou et de la main, ce qui a occasionné une importante déchirure pour la mère.

◆ **Pas de peau à peau** « *car délivrance manuelle* », relate-t-elle. La première tétée se fait donc habillée, après la délivrance pour la mère et les soins pour le nouveau-né.

◆ **N. a été séparé de sa mère quelques heures** les deux premières nuits car celle-ci souffrait d'une « *très forte migraine* ». Il a alors reçu « *quelques compléments* » de PPN au biberon (d'après la mère, peut-être entre 10 et 30 mL à chaque fois).

Quelques repères concernant N.

◆ **Ses urines** sont claires. Il y en a environ 8 mictions par 24 heures d'après le père.

◆ **Ses selles** sont jaunes, relativement foncées, environ 2 par 24 heures.

◆ **Tout allait bien jusqu'au 5^e jour** où sont apparus beaucoup de pleurs, de « *coliques* », de gaz et de plus en plus de difficultés à téter au sein, jusqu'à ne plus du tout arriver à le prendre.

◆ **L'examen de la succion** au doigt montre un palais correctement moulé, pas de frein de lèvres, une bonne motricité de la langue malgré un frein de langue très fin et très postérieur, mais toutefois une forte tendance à serrer les mâchoires (conséquence possible des conditions de naissance et d'accueil, d'une mauvaise prise du sein et des compléments donnés au biberon).

Quelques repères concernant la mère

◆ **L'interrogatoire sur son statut hormonal** et ses antécédents médicaux n'indiquent aucune source de possible insuffisance de lactation. La lactogénèse II a eu lieu à J3. Des crevasses sont apparues au bout de 2 jours et ont amené la mère à utiliser des bouts de sein et de la lanoline. Mamelons et aréoles sont à vif, et celles-ci présentent un érythème important au contour irrégulier.

◆ **La mère utilise un tire-lait électrique** simple pompage, avec une tétérille de taille adaptée à ses mamelons. Elle parvient à extraire entre 10 et 30 mL à chaque utilisation, cependant avec quelques douleurs. Elle est épuisée, inquiète et découragée.

◆ **L'observation d'une tétée** se révèle impossible durant cette première consultation : le mamelon est proposé face à la bouche de N. et celui-ci n'arrive pas à prendre le sein.

Suggestions de première intention

◆ **La première mesure est de nourrir ce nouveau-né tout en veillant à préserver ses compétences de succion** et, parallèlement, lui permettre d'économiser son énergie et de retrouver son programme neurobiologique de développement [6] grâce au peau à peau. Les parents donneront donc, pour les premières 24 ou 48 heures et en attendant de se revoir en consultation, 10 mL toutes les heures (éventuellement 20 ou 30 mL toutes les deux ou trois heures la nuit). Ces compléments seront des compléments de lait maternel dès

que la mère aura retrouvé le courage et l'énergie d'extraire son propre lait (un complément de PPN se révélera nécessaire pour assurer la transition).

Afin de préserver la succion de N., ces compléments seront proposés

"à la paille au doigt", à savoir avec une sonde gastrique (charrière 05 pour du lait maternel ou 06 pour des PPN) maintenue le long du doigt donné à téter au nouveau-né (souvent l'index) (figure 1).

Le peau à peau, pratiqué de manière intensive en proposant le sein au moindre signe d'éveil de N., pourra le remettre en condition d'exercer ses compétences et de retrouver une bonne succion [7]. Cela offre une occasion d'informer les parents sur les rythmes ultradiens du nouveau-né, ses stades de veille et de sommeil, et ses besoins [8] : un cycle de nouveau-né dure une vingtaine de minutes et les prises alimentaires suivent le rythme des éveils. Il peut donc, après 20 à 30 minutes, se réveiller, chercher à téter, à être porté ou encore se



Figure 1. Montage d'un dispositif d'aide à l'allaitement (DAL) de fortune pour compléments à la paille au doigt ou au sein.

rendormir sans plus d'activité. Amener les parents à observer et à décoder les signaux émis par leur enfant leur montre que, grâce à leur soutien, leur nouveau-né est l'acteur principal de son développement, donc de son allaitement : celui-ci redevient compétent, et ses parents également, en tant que co-acteurs de son développement.

◆ **La seconde mesure prioritaire concerne la lactation et la protection du projet maternel.**

L'état des aréoles et des mamelons de la mère évoque une allergie à la lanoline. Cesser l'utilisation de celle-ci et opter plutôt pour des compresses imbibées de lait maternel (maintenues humides grâce à de la cellophane) permet, dans

ce cas, une cicatrisation en milieu humide des lésions des mamelons.

Afin que la mère puisse tirer son lait sans douleur et en maximisant la quantité de lait obtenue en un minimum de temps, il sera judicieux de choisir un tire-lait plus adapté (avec réglage indépendant de la force d'aspiration et de la fréquence), offrant la possibilité d'une extraction en double pompage, plus efficace et plus rapide. Il s'agira alors, pour la mère, de faire 6 à 8 extractions par 24 heures, à la manière de Jane Morton [9]. Cette pédiatre américaine a mis au point une méthode d'extraction du lait dans le cadre de l'accompagnement de mères d'enfants nés prématurément. Très efficace, elle permet d'augmenter notablement et rapidement la

Le nouveau-né est l'acteur principal de son développement, donc de son allaitement

Encadré 1. Extraction du lait maternel en trois phases à la manière de Jane Morton

Les trois phases d'extraction du lait maternel à la manière de Jane Morton sont [9] :

- effleurements, massages et chaleur si besoin ;
- extraction double pompage ;
- extraction en simple pompage, avec super-alternance et massages manuels des zones restées fermes.

quantité de lait maternel extraite en trois phases (encadré 1). Une quatrième phase de quelques minutes de double pompage à vide (après les dernières gouttes) peut stimuler encore davantage la lactation en cas de besoin.

Suivi

La situation de N. nécessite évidemment un suivi rapproché presque d'heure en heure pour les premières 24 heures. En l'occurrence, après 36 heures de mise en application des suggestions ci-dessus, N. a repris une coloration satisfaisante et la balance affiche une prise de poids de 40 g ; la mère a repris espoir en obtenant de plus en plus de lait à chaque extraction (30, 40, 45 mL...) et le père, de plus en plus de selles jaune d'or à chaque change.

Toutefois, les tétées demeurent difficiles et les mamelons douloureux : N. a du mal à prendre le sein et s'y endort très vite. Il est impératif de revoir la famille pour se concentrer à présent sur la prise du sein, les postures favorisant l'allaitement et le transfert de lait, les rythmes...

Comprendre

La troisième mesure vise à comprendre et résoudre le problème, et surtout permettre aux parents de devenir autonomes pour l'allaitement de leur nouveau-né.

♦ **Le contexte de l'accueil de N.** juste après sa naissance (péridurale, absence de peau à peau, soins du nouveau-né avant la première tétée, séparations mère-enfant répétées et dons de compléments au biberon) éclaire sur le fait que ce nouveau-né a besoin d'aide pour réactiver ses réflexes de prise du sein et pour retrouver une succion efficace.

En effet, les études montrent que la péridurale peut perturber les comportements d'allaitement d'un nouveau-né jusqu'à trois semaines après sa naissance [10]. Qui plus est, il apparaît que le

Encadré 2. Les 9 stades du nouveau-né en peau à peau contre sa mère

Les 9 stades du nouveau-né en peau à peau contre sa mère sont [12-14] :

1. premier cri
2. détente
3. éveil
4. activité
5. repos (et léchage)
6. ramper
7. découverte
8. succion
9. endormissement

nouveau-né en bonne santé active ses réflexes et compétences d'allaitement dans les premiers instants suivant sa naissance, pourvu qu'il soit placé en peau à peau contre sa mère [6,11]. En effet, le peau à peau fait partie de la naissance car il déclenche un processus caractéristique de notre espèce, incluant un déroulement en 9 étapes [12-14] (encadré 2) avec des comportements organisés typiques et essentiels au démarrage de l'allaitement.

♦ **En outre, nombreuses sont les études qui démontrent l'importance d'éviter autant que possible de séparer le nouveau-né de sa mère :** il s'agit même, parmi toutes les recommandations de la démarche Initiative hôpital ami des bébés (IHAB) [15], de celle qui bénéficie du plus haut niveau de preuve.

Résoudre

Plus concrètement, dans le cas de N. qui a été privé du processus de peau à peau à la naissance, comment l'aider (ainsi que sa mère), huit jours après, à réactiver ses (leurs) réflexes néonataux et retrouver le chemin d'un allaitement qui fonctionne, avec une bonne succion pour le nouveau-né et une production adaptée pour la mère ?

♦ **Allié à des séances de peau à peau prolongées** (au moins deux heures), le *Biological Nurturing* [16] proposé par Suzanne Colson se révèle un outil précieux dans ce type de situation. En étudiant les conseils d'installation donnés aux mères, Suzanne Colson, sage-femme britannique, a mis en évidence qu'allaitement et maternage sont indissociables et qu'il existe une interaction étroite entre la posture de la mère et celle du nouveau-né.

Neurones miroirs, imitation néonatale et dialogue tonico-émotionnel comptent parmi les ingrédients

aidant à comprendre que, lorsque la mère s'installe dans une position de détente qui lui permet d'activer ses réflexes et comportements innés de maternage (en arrière en appui sur son sacrum), elle va naturellement installer son enfant dans une position "miroir", suscitant de nombreux réflexes primitifs néonataux et comportements innés essentiels pour l'allaitement. L'enfant et sa mère sont alors en situation d'exercer leurs compétences réciproques.

Concrètement, lorsque la mère s'installe confortablement en position semi-allongée, et qu'elle installe son enfant "lové" au-dessus d'elle, celui-ci ressent les limites de son corps autour de celui de sa mère, ce qui lui offre d'excellentes conditions d'expression de ses compétences : ainsi agrippé, N. qui avait tant de difficultés à "se brancher" au sein de sa mère parvient à prendre le sein aussitôt et par lui-même.

La mère de N. peut apporter un soutien supplémentaire à son enfant dès que celui-ci ralentit son rythme de succion, simplement en appuyant fermement avec la main à l'arrière des fesses de N., au niveau du sacrum (la « base » en haptonomie, [17,18]²). Ainsi sécurisé, N. reprend aussitôt une succion efficace : émerveillée, la mère rebaptisera la base de "bouton marche/arrêt". Elle sait désormais comment aider son enfant à prendre aisément le sein et lui permettre d'exercer ses compétences de succion³ [19].

Favoriser l'autonomie

◆ **À présent que N. parvient à se nourrir au sein**, ses parents souhaitent cesser les compléments de lait maternel au doigt et l'extraction systématique de lait maternel. Le rôle du professionnel consiste alors à les informer et les accompagner dans la mise en pratique de tout ce qui leur permettra d'accéder à l'autonomie pour l'allaitement de leur enfant.

Il est important d'aborder la notion de transfert de lait et d'apporter tous les éléments susceptibles d'aider leur nouveau-né à obtenir le plus de lait possible au sein. Les parents ont également besoin de comprendre et de suivre le rythme de leur enfant pour accéder au meilleur accordage possible entre sa mère et lui.

◆ **Outre l'affichage de la balance et la coloration de leur enfant**, les parents peuvent d'ores et déjà compter les couches (avec comme repères, pour la majorité des nouveau-nés dans les premières semaines, au moins 6 à 8 couches pleines d'urine par 24 heures et au moins 4 à 6 selles par 24 heures – équivalant au minimum à la surface d'une pièce de 2 €).

◆ **D'autres positions d'allaitement** pourront être proposées, en privilégiant celles qui, comme la

"madone inversée", favorisent une prise du sein bien asymétrique [20]. Il s'agit d'une occasion d'aborder avec les parents quelques repères d'une prise du sein efficace (encadré 3). Il sera également utile d'inviter les parents à observer leur nouveau-né repu et à repérer chez lui quelques signes que la tétée a été efficace (notamment lorsqu'il lâche le sein de lui-même, et paraît détendu et apaisé).

◆ **Dans les premiers temps, pour aider N. à rester actif au sein** et par la même occasion contribuer à bien stimuler la lactation de sa mère, la super-alternance peut se révéler utile : dès que N. ralentit le rythme de succion sur un sein, la mère peut glisser un doigt dans la commissure des lèvres de son enfant, l'enlever du sein et lui proposer l'autre sein. Elle pourra ainsi lui offrir 2, 3, 4, 5... seins par tétées. Cette pratique aide la mère à produire davantage de lait et aide le nouveau-né à obtenir davantage de lait qu'en tétant seulement un ou deux seins. Un autre avantage de ces changements de sein fréquents est qu'ils offrent au nouveau-né et à sa mère de multiples occasions de s'entraîner à une bonne prise de sein : ils deviendront très vite experts et autonomes ensemble.

◆ **Un dernier aspect fondamental pour favoriser l'autonomie de cette famille** dans la poursuite de l'allaitement au long cours, concerne l'information sur le rythme des tétées en lien avec la production de la mère et le bien-être du nouveau-né. En effet, beaucoup de mères françaises surveillent leur montre et attendent pour laisser "suffisamment de temps" entre deux tétées. Nombreuses sont les idées reçues à l'origine de ce comportement (comme celle qui veut que la sensation de seins pleins serait une

Encadré 3. Quelques repères d'une prise du sein efficace

Les éléments ci-dessous font partie des principaux repères d'une prise du sein efficace :

- corps de bébé bien soutenu (tronc, sacrum, limites plantaires, agrippement, enroulement) ;
- tête défléchie, idéalement dans l'axe du corps ;
- bouche grande ouverte ;
- lèvres retroussées sur le sein ;
- menton enfoncé dans le sein, nez dégagé (la partie de l'aréole côté nez est beaucoup plus visible que celle côté menton) ;
- succions amples et déglutitions régulières (à chaque pause menton abaissé).

Références

- [1] <http://www.thelancet.com/series/breastfeeding>
- [2] Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Durée optimale de l'alimentation au sein exclusive. Genève:OMS; 2001. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/fa54i4.pdf
- [3] Bourdillon F, Cano N, Delarue J, Turck D (dir.). Propositions PNNS 2011-2015. Automne 2010. Propositions n° 11 – Promotion de l'allaitement maternel. p. 56-60. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_societes_savantes_et_d_experts.pdf
- [4] Salanave B, de Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant (Épifane 2012). Bull Epidemiol Hebd. 2012;34:383.
- [5] Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Épifane 2012-2013). Bull Epidemiol Hebd. 2014;27:450. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014_27_2.html
- [6] Bergman N. Le portage kangourou. DA hors-série sur la JIA 2005. 18 mars 2005. <http://www.illfrance.org/1275-da-hs-jia-2005-portage-kangourou>
- [7] Svensson KE, Velandia MI, Matthiesen AS et al. Effects of mother-infant skin-to-skin contact on severe latch-on problems in older infants: a randomized trial. Int Breastfeed J. 2013;8:1.
- [8] CHRU Montpellier. Guide à l'usage des parents. Comprendre et mieux connaître le bébé prématuré... http://www.old.chu-montpellier.fr/publication/inter_pub/R407/A6588/NIDCAP.pdf Comprendre le comportement du bébé prématuré, Guide à l'usage des soignants, CHRU Montpellier. sdp.perinat-france.org/SFN/.../GEN_LR_nidcap_chu_MPL_PARENTS.pdf
- [9] Maximizing Milk Production with Hands On Pumping. <http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/MaxProduction.html>
- [10] Newman J. Comment les pratiques liées à l'accouchement affectent l'allaitement. Colloque Lactéa; juin 2010.
- [11] Gremmo-Feger G. Qualité et sécurité du peau-à-peau en salle de naissance. Paris, 8 janvier 2013. <http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/Qualite-securite-peau-peau-IHAB-JANVIER-2013.pdf>
- [12] Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Nissen E, Uvnäs-Moberg K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. Birth. 2001; 28(1):13-9.
- [13] Widström AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalakis P et al. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. Acta Paediatr. 2011;100:179-85.
- [14] <http://www.skin2skin.org/9stages.html>

Références

[15] IHAB. Documents IHAB. <http://amis-des-bebes.fr/documents-ihab.php>
 [16] Colson S. Introduction au Biological Nurturing. Nouvelles perspectives sur l'allaitement maternel. L'Étang-la-Ville: Éditions LLL; 2014.
 [17] Veldman F. Haptonomie, Science de l'affectivité. Paris: Presses universitaires de France; 1989.
 [18] Décant-Paoli D. L'Haptonomie. Paris: Presses universitaires de France; 2002.
 [19] Cortet C, Guérard-Frénaux C. Porter mon bébé. Paris: Minerva; 2009.
 [20] Newman J, Teresa Pitman T. La prise du sein et autres clefs de l'allaitement réussi. Forges-les-Bains: Éditions du Hêtre; 2010.
 [21] Bril B. Materner, du premier cri aux premiers pas. Paris: Éditions Odile Jacob; 2008.

Pour en savoir plus

- Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf
- Code de déontologie des consultantes en lactation. www.iblce.org/wp-content/uploads/2013/08/code-of-professional-conduct-french.pdf

Remerciements

Je tiens à remercier l'ANPDE, Sandrine Le Flem et tout particulièrement Catherine Buzy pour sa confiance à me laisser prendre son relais lors de ces JNE.

Déclaration de liens d'intérêts
 L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts. L'auteur de cet article déclare respecter le Code de commercialisation des substituts au lait maternel ainsi que le Code de déontologie des consultantes en lactation.

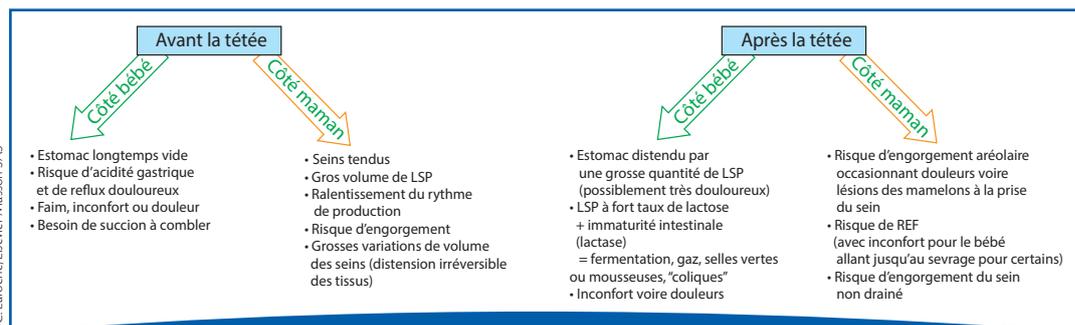


Figure 2. Quelques conséquences de l'espacement des tétées. LSP : lait de sein plein, REF : réflexe d'éjection fort.

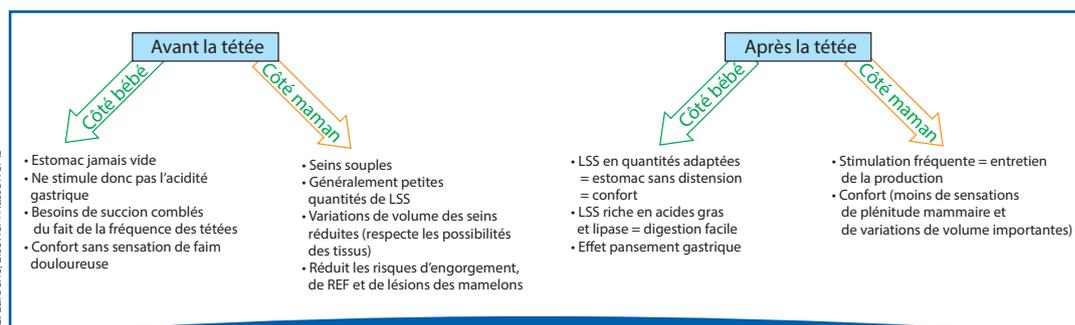


Figure 3. Quelques avantages des tétées fréquentes. LSS : lait de sein souple ; REF : réflexe d'éjection fort.

garantie d'avoir suffisamment de lait pour nourrir son enfant) ; et nombreux sont les nouveau-nés français qui souffrent de gaz, de reflux, de coliques et autres pleurs inexpliqués (alors que rien de cela n'existe dans certaines cultures [21]).

L'espacement des tétées peut être qualifié "d'ennemi public numéro 1" : plus la mère attend avant de proposer le sein à son enfant, plus sa production sera ralentie, plus son enfant attend longtemps l'estomac vide (production d'acide) pour recevoir ensuite un volume souvent excessif de "lait de sein plein" ([LSP], souvent en volumes importants, riche en lactose et donc en eau) (figure 2).

Au contraire, plus le sein est drainé par de courtes tétées fréquentes, plus la production est stimulée et plus le nouveau-né a accès à du "lait de sein souple" ([LSS], souvent en moindre volume, riche en acides gras) en conservant toujours une petite quantité de lait dans l'estomac. La figure 3 montre l'intérêt pour le nouveau-né de recevoir du LSS en petites quantités fréquentes et l'intérêt pour la mère d'un drainage fréquent des seins. Il convient donc d'informer les parents sur ces aspects de la fréquence des tétées et sur le rythme des nouveau-nés allaités, qui font souvent des "tétées en grappe" en fin de journée et à des périodes sensibles de leur développement (souvent vers 3 et 6 semaines, 3 et 6 mois).

Conclusion

L'histoire de N. connaît une suite heureuse : « Ils l'allaitèrent longtemps et eurent beaucoup de belles tétées... » Malheureusement, les statistiques nationales sur les taux et la durée de l'allaitement laissent à penser que des situations comme celle de ce nouveau-né sont fréquentes mais n'évoluent pas toutes aussi bien. Les pratiques autour de la naissance et de l'accueil du nouveau-né, ainsi que l'accompagnement proposé aux mères autour de l'allaitement ne favorisent pas toujours un bon démarrage de l'allaitement et une poursuite autonome et respectueuse du projet de la mère, des besoins de l'enfant et de sa famille. Il apparaît donc essentiel pour les accompagnants à la naissance et à la parentalité de se former de façon continue et de disposer d'outils, de ressources et d'un réseau de professionnels, pour éviter de produire de telles situations ou, lorsqu'elles se présentent, de contribuer à ce qu'elles deviennent des histoires avec une suite heureuse. ●