

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 85 (1987)

Heft: 1

Artikel: L'allaitement à la demande

Autor: Mettraux-Berthelin, Anne-Marie

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950663>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 11.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

L'allaitement à la demande

par Anne-Marie Mettraux-Berthelin, sage-femme, Wiesenweg 2, 5200 Windisch

Suite aux vœux exprimés par de nombreuses mères, de plus en plus d'hôpitaux sont appelés à appliquer l'allaitement à la demande. L'application de cette méthode pourtant très proche de la nature ne va pas de soi. Elle nécessite en recyclage du personnel hospitalier ainsi qu'une réorganisation du service des soins. L'article qui suit reprend une partie d'un cours de recyclage présenté au personnel soignant de l'Hôpital cantonal de Baden (Argovie). L'auteur, mère de deux enfants allaités à la demande, y exerce une activité de sage-femme. Elle a présenté un travail de mémoire sur ce sujet pour l'obtention du diplôme de l'Ecole de cadres de sage-femmes de Dijon et a mis en route l'allaitement à la demande à la Maternité du Centre hospitalier de Gien (France).

L'allaitement maternel

Trois éléments me paraissent importants à développer quand il s'agit de parler d'allaitement maternel.

- En premier lieu, l'aspect purement physiologique.
- En second lieu, l'aspect plus psychologique.
- Et enfin la technique proprement dite.

L'aspect purement physiologique

La glande mammaire

En dehors de la grossesse

Un sein pourrait se dessiner comme un arbre - un arbre qui fonctionnerait à l'envers: dans un arbre la sève monte vers les feuilles, dans un sein le lait descend vers les canaux externes mais les ramifications sont un peu identiques.

Les cellules qui sécrètent le lait sont réunies en lobes, puis lobules, puis alvéoles (ou acini). De chaque alvéole part la tige primitive appelée canal lactifère. Les canaux lactifères convergent et forment les branches. La réunion de ces principales branches constitue les sinus lactifères: sorte de larges couloirs où le lait est

stocké directement derrière l'aréole du sein. Ils s'ouvrent à l'extérieur par une trentaine de pores bien visibles sur la peau du mamelon.

Au pied des cellules glandulaires et de l'épithélium des canaux, se trouvent des cellules de type musculaire, contractiles dont la contraction est à l'origine de l'écoulement et du jaillissement du lait.

Pendant la grossesse

Pendant les trois premiers mois, la glande mammaire s'hypertrophie. Les canaux galactifères s'allongent et les alvéoles s'épanouissent pleinement. Les cellules sécrétoires se multiplient.

L'aspect extérieur du sein se modifie également; le mamelon devient plus foncé, l'aréole s'élargit. Sur sa surface apparaissent des petits tubercules chargés de sécréter un produit pour lubrifier la peau et la rendre plus résistante au moment des premières suctions.

A partir du 4^e mois, les cellules glandulaires, arrivées à maturation, sécrètent du colostrum et vont en sécréter jusqu'à 2 ou 3 jours après l'accouchement. Cette activité sécrétoire est liée à l'interaction d'un certain nombre de facteurs hormonaux.

Dès le 5^e ou 6^e mois, toutes les conditions sécrétoires sont réunies. Pourtant ce n'est qu'à la naissance de l'enfant que va commencer la véritable fabrication du lait.

A la naissance

Le mécanisme de la montée laiteuse n'est pas due à l'expulsion de l'enfant mais est lié d'une part à l'expulsion du placenta (diminution brutale du taux sanguin des oestrogènes, de la progestérone et de l'hormone lactogène placentaire qui avaient jusque là un effet inhibiteur au niveau hypothalamo-hypophysaire sur la sécrétion de la prolactine) et d'autre part à la succion du mamelon, qui par un réflexe neuro-endocrinien direct, induit une décharge importante de prolactine.

Cette prolactine, par voie sanguine, stimule les cellules glandulaires qui, alors, fabriquent le lait.

La vidange alvéolaire ou l'éjection du lait est sous la dépendance d'une hormone sécrétée par la post-hypophyse: l'ocytocine. Elle agit directement sur les cellules myoépithéliales des acinis et des canaux dont la contraction entraîne une vidange des alvéoles et une dilatation des canaux favorisant le jaillissement du lait. La sécrétion d'ocytocine est sous la dépendance essentiellement de la succion du mamelon (stimulus atteignant la région hypothalamo-hypophysaire).

Mais des facteurs psychologiques tels la fatigue, une émotion, l'angoisse bloquent la sécrétion d'ocytocine et la vidange du lait. Il y a alors risque d'engorgement.

Puis au bout de quelques semaines, quand la lactation est bien établie, la

Comparaison du lait de femme et du lait de vache

En gramme/litre	Colostrum	Lait transitoire	Lait définitif	Lait vache
Apport calor.	570	630	657	657
Protéines	23	16	12	35
Caséine	20	5	4	25
Lactalbumine		8	4	4
Lipides	30	35	45	38
Acides gras essentiels	3		2	1
Glucides		70		50
Lactose	57	64	71	47
Saccharose			10	traces
Electrolytes		0,2 %		0,7 %
Sodium		0,15		0,40
Calcium		0,40		1,20
Calcium/phosphore		2,20		1,30
Oligo-éléments				
Fe		2 mg/l		1 mg/l
Cuivre		0,5 mg/l		0,3 mg/l
Zinc		1,5 mg/l		2 à 6,05 mg/l
Vitamines				
A		2000 UT		1500 U
D		1000 UT		250 U
E		6 mg/l		1 mg/l
C		50 mg/l		10 mg/l
Enzymes				
Lysozyme		40 mg/l		0
Hormones	2 à 3 mg/l	0,95 mg/l		0,07 à 0,3 mg/l

glande mammaire acquiert une véritable autonomie. Les sécrétions hormonales sont pratiquement nulles et la mère a du lait si l'enfant tète. C'est la phase d'équilibre, sans risque d'engorgements.

Le lait maternel

Evolution du lait maternel dans le temps en fonction des besoins de l'enfant

La première adaptation est quantitative. Le lait est excrété en fonction des besoins de l'enfant. Plus le bébé tète, plus la quantité de lait produite est importante.

La composition du lait varie considérablement tout au long de la première année de l'enfant.

Les premiers jours, l'enfant tète du colostrum, liquide jaune orangé, épais, relativement peu abondant. Après le 3^e jour, le colostrum s'éclaircit pour laisser place au lait de transition (8^e au 20^e jour), puis au lait définitif, clair, bleuté, presque comme de l'eau, à la saveur sucrée. Cette évolution du lait a une signification très importante. Le colostrum riche en protéines, sels minéraux et éléments immunitaires de défense permet à l'enfant de mieux s'adapter à la vie extra-utérine.

Petit à petit, le lait contient plus de sucre (favorise la croissance du cerveau), plus de graisse (apport d'une plus grande source d'énergie) et moins de protéines (l'enfant grossit moins vite).

Le premier lait d'une femme ayant accouché très prématurément n'a pas la même composition que celui d'une femme accouchant à terme. Son lait est plus riche en sucre et en protéines. La composition du lait varie encore du début à la fin d'une même tétée.

Au début le bébé reçoit de l'eau et du sucre pour calmer sa soif et sa faim puis peu à peu le lait s'enrichit en protéines en graisses nécessaires à sa croissance. La nette augmentation des graisses en fin de tétée (5 fois plus qu'au début) joue probablement un rôle dans la régulation de l'appétit.

Toute analyse de lait, faite sur un échantillon, est une escroquerie. Le lait produit par les seins est toujours valable et si la courbe de poids de l'enfant reste stationnaire, il faut revoir les techniques d'allaitement pour stimuler la lactation.

L'aspect plus psychologique

L'allaitement maternel est un choix

A notre époque, l'allaitement maternel n'est plus indispensable à la survie des

enfants. Il devient un choix qui suppose quelques conditions préalables si l'on désire un résultat positif.

- Nécessité d'une information sérieuse.
- Nécessité pour la femme de définir ce qu'elle a envie de vivre dans son corps et pour le mari de trouver sa place.
- Nécessité pour la femme de connaître les lieux, les personnes où l'allaitement peut se dérouler sans crainte.
- Préparer la place de l'enfant à naître dans la famille, dans la maison.
- Préparer un peu les seins pour faciliter les premières tétées et la montée laiteuse. Apprentissage du massage et expression manuelle du sein en vue du drainage des seins en période de lactation.

Deux conditions nécessaires et suffisantes

Se préparer à l'allaitement

En plus de la stimulation des bouts de seins et l'apprentissage du massage il faut apprendre à se détendre, à se reposer, à être à l'aise dans sa peau. Mais c'est aussi prévoir une grande partie de l'organisation maternelle: chambre, berceau, baignoire, etc. pour pouvoir être plus disponible et paisible après la naissance.

Mais la vraie question pour toute la famille est: Qu'allons-nous vivre avec le bébé? Quels sont les moyens pour que sa mère puisse le nourrir librement, joyeusement avec le minimum de contraintes matérielles? Comment préparer les enfants déjà nés à l'allaitement du bébé? Quel rôle le père a-t-il envie de jouer auprès de ce tout petit? Quel temps de caresse, de tendresse, d'émerveillement devant sa femme et son enfant pourra-t-il vivre?

Ce sont là les vraies questions, qui ne vous concernent pas directement en tant que personnel hospitalier mais auxquelles vous serez peut-être amenées à réfléchir avec des femmes en attente ou des accouchées ... Et bien souvent, ce sont toutes ces questions non abordées ou mal réglées qui font échouer l'allaitement maternel.

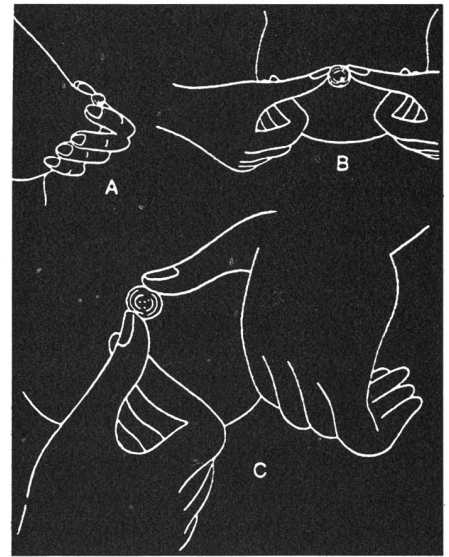
Nécessité d'une aide au début

Actuellement, l'allaitement maternel n'est pas une chose simple. La médicalisation de la naissance a faussé la spontanéité des premiers jours. Et vous êtes là pour instituer l'allaitement à la demande tout en évitant l'anarchie.

Vous êtes là pour informer, encourager, rassurer et déculpabiliser en évitant d'être directif.

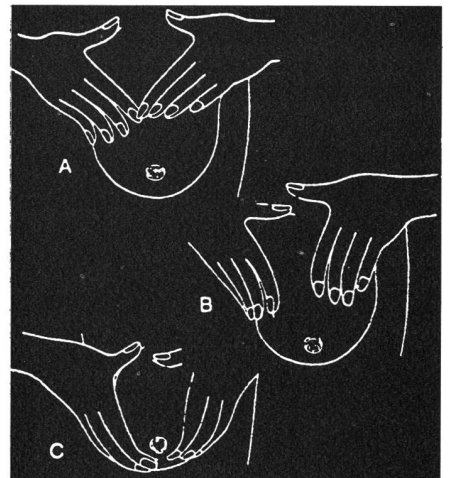
Exercices de protusion du mamelon:

- A: Stimulation du mamelon entre le pouce et l'index.
- B: Stimulation du mamelon entre les 2 pouces et sur un plan horizontal.
- C: Etirement de l'aréole à la base du mamelon.



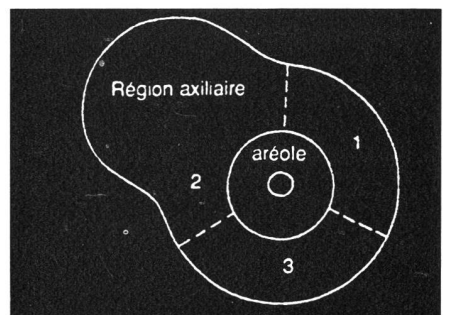
Massage du sein:

- A: Position de départ.
- B: Les mains glissent vers l'aréole en exerçant une pression continue.
- C: Les mains en forme de coupe entourent le sein.



Massage alternatif: Division du sein en quadrants imaginaires.

La mère massera chaque quadrant l'un après l'autre au milieu de la tétée lorsque l'enfant présente un réflexe du succion lent.



Vous êtes là autant pour *observer* le comportement global du nouveau-né au sein (qualité de la succion) que durant le sommeil (détente). La surveillance de la courbe de poids est très importante et reste l'élément de sécurisation pour l'équipe et pour les parents. Vous êtes là aussi pour veiller à une surveillance minutieuse et rigoureuse des seins afin de prévenir l'apparition des crevasses et l'engorgement. L'installation de la montée laiteuse est une période difficile pour la maman.

L'expression manuelle des seins, la douche chaude devront être préférée au tire-lait en cas d'engorgement mammaire, phénomène angoissant et douloureux.

L'allaitement proprement dit

C'est le chapitre qui vous concerne plus particulièrement puisque c'est votre travail de tous les jours.

La première tétée

La naissance et la première tétée

L'enfant vient de naître, nous prenons le temps de l'accueillir. Il va trouver seul la douceur de la peau, la chaleur et l'odeur de sa mère. Et les mains douces posées sur son dos qui, timidement, le caressent et lui parlent, reprennent le lent mouvement des contractions utérines qui berçaient et câlinaient son corps depuis de longs mois. Il peut se détendre, respirer calmement, arrêter de crier. Pendant ce temps, notre rôle est de s'assurer que les voies aériennes soient bien dégagées, d'éviter qu'il se refroidisse, de couper le cordon, de faire un rapide examen de l'enfant afin de s'assurer que tout est normal.

Tout cela ne prend que quelques instants et peut se faire en laissant le bébé sur le ventre de sa mère tout en dialoguant avec les parents.

Si tout est bien, si l'enfant s'adapte facilement, plus rien n'est urgent. Il sera toujours temps, une heure ou deux heures plus tard de le peser, le mesurer, «l'étalonner», etc.

En protégeant la relation immédiate entre la mère et son bébé, en maintenant la continuité de présence, de soins et d'amour entre eux, en préservant leur corps à corps, réapparaît la vraie dimension de l'allaitement maternel.

Le nouveau-né caressé, peau à peau contre sa mère va manifester sa faim dès les premières minutes ou presque toujours dans les deux premières heures de vie.

Il va soulever sa tête, la tourner, chercher avec ses lèvres, son nez. Guidé par son odorat, il cherche le mamelon. De ces mains libres, il s'appuie, cherche à ramper. Aux paroles de sa mère, il redouble d'ardeur dans sa recherche. Et pour mieux comprendre, se diriger, il va ouvrir les yeux, regarder intensément. Tous ses sens s'éveillent pour le conduire au sein. Ce réflexe de fouissement est plus qu'un réflexe. L'enfant est très actif, capable de se déplacer, de tourner sa tête en tous sens. Il va trouver le mamelon seul et se met à téter. Pas besoin de l'aider. Il a besoin d'être libre, de trouver seul.

Après il saura recommencer.

Toute personne ayant observé une fois cette incroyable puissance d'un nouveau-né comprendra sans longues explications techniques les gestes à faire ou à éviter pour préserver cette première tétée.

- Laisser l'enfant très près de sa mère, nu, afin qu'il sente ses caresses et puisse se mouvoir.
- Ne pas nettoyer les seins avec un produit d'hygiène à odeur forte.
- Laisser le bébé chercher librement, tout au plus le guider discrètement.
- Quand il a trouvé le sein, le laisser téter à sa guise. Il serait aberrant de vouloir limiter le temps ou la quantité de colostrum de ce premier repas.
- Même après un accouchement tout à fait naturel, certains nouveau-nés ne semblent pas intéressés par cette première tétée. Ils préfèrent dormir ou rester calmement éveillés contre leur mère. Pourquoi pas? Il serait idiot de créer une nouvelle norme en voulant les obliger à téter ou en cherchant à les stimuler. Laissons-les tranquilles. Il se décideront tout seuls à réclamer dans quelques minutes ou dans quelques heures (à condition de ne pas leur donner de biberon de thé).

Avantages médicaux de cette tétée précoce

Pour l'enfant

1^{er} argument

Comme l'avait très bien décrit Archawsky à la naissance et dans les premières heures, le nouveau-né sait téter et trouve seul le mamelon. *Après la 6^e heure, ce réflexe diminue progressivement pour ne réapparaître vraiment efficace qu'après la 48^e heure.* Entre les deux et surtout entre la 12^e et la 48^e heure, les mises au sein seront beaucoup plus difficiles et donc éprouvantes pour la mère et pour l'enfant. *Il y a statistiquement 10 fois plus d'échecs de l'allaitement quand les premières mises au sein se*

passent mal. Mieux vaut profiter du meilleur moment.

2^e argument

Le nouveau-né n'a aucune réserve énergétique rapidement utilisable. Il va consommer une grande quantité d'énergie pour maintenir son équilibre thermique et pour le fonctionnement normal de ses différents organes (entre autre le cerveau). Cette énergie, il la trouve dans la combustion du glucose sanguin. Le colostrum maternel n'est pas aussi riche en lactose que le lait définitif mais il en contient tout de même 32 g/l. En plus, il contient 23 g/l de gynolactose, sucre immédiatement utilisable par le nouveau-né.

Le meilleur signe clinique d'une hypoglycémie débutante (0,40 g/l) c'est la faim. L'enfant cherche à téter et se met à pleurer (ce qui ne veut pas dire bien sûr que tout enfant qui pleure a faim et devient hypoglycémique...!)

3^e argument

L'intestin du nouveau-né est encombré d'un volumineux tas de sécrétions, le méconium. Le colostrum est un excellent laxatif, favorisant la motricité intestinale. L'estomac de l'enfant se vide des glaires qui pourraient l'encombrer, diminuant ainsi au maximum tout risque de régurgitations et d'étouffement par ces sécrétions.

4^e argument

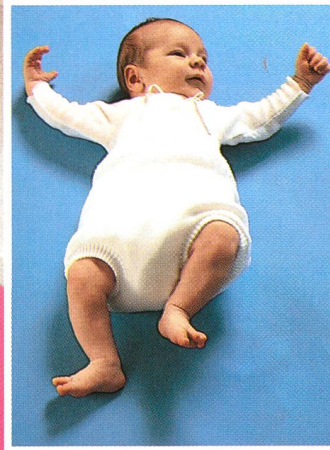
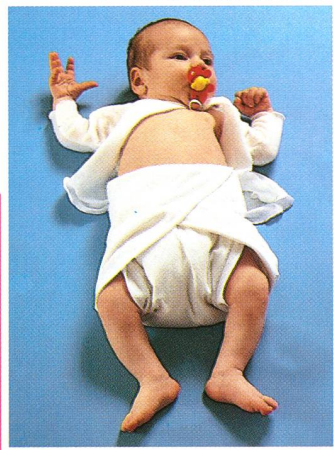
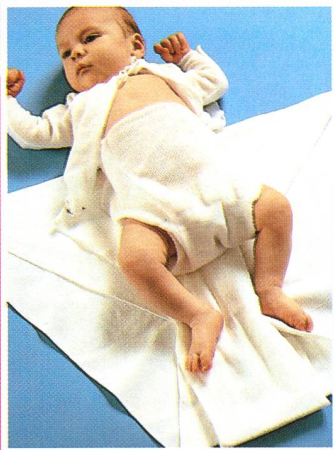
Le nouveau-né est brutalement transféré d'un milieu aqueux où il baignait totalement à un milieu aérien. La peau n'étant pas une barrière efficace, il a tendance à se dessécher, à perdre son eau. Le colostrum est très riche en protéines et sels minéraux, ce qui aidera efficacement à retenir l'eau de l'organisme. Donc l'enfant s'adaptera mieux à sa nouvelle vie à l'air libre et en particulier, il perdra beaucoup moins de poids.

5^e argument

L'exceptionnelle richesse du colostrum des premières heures en éléments de défense contre les infections en fait toute la valeur.

Dès sa naissance l'enfant va être soumis à une véritable inondation microbienne, dans l'air qu'il respire, sur les mains des gens qui le touchent (même bien lavées) sur les draps sur lesquels on le pose. Le colostrum avalé le plus tôt possible va protéger son tube digestif. Toutes les cellules immunitaires se chargent de l'élimination des différents microbes. Les immunoglobulines, en particulier les IgA, vont réaliser une véritable barrière antimicrobienne sur la muqueuse intestinale. Il serait aberrant de retarder

Et grand-maman avait pourtant raison:



Made in Switzerland. Fabriqué en Suisse. In der Schweiz hergestellt.

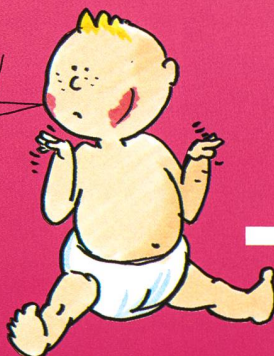
Un bébé se sent le mieux dans des couches en tissu. Et mieux que tout autre, ce sont les couches bobaby, la taie de protection d'oreiller bobabed, la chemisette et la petite culotte bobaby, tout simplement...

parce que...
bébé se trouve toujours au sec,
car l'humidité est absorbée;

parce que...
ne peuvent naître ni rougeurs,
ni zones excoriées, pas plus qu'inflammations ou mycoses, etc.;

parce que...
le tissu bobaby est complètement perméable à l'air, ne permettant pas le développement de foyers de chaleur (tout autrement que pour le «papier»).

... pour un peu plus
ils m'auraient poité
des couches à jeter.









bobaby

Prière de voir au verso

bobaby peut être lavé et réemployé.

Le programme Bobaby

Articles pour bébés et enfants		No d'article	Désignation	Tailles	Prix de vente au détail Frs par pièce	Emballages
BOBABY Couches-culottes, paquet blanc		11021•	CO		9.95	paquet de 12 pièces
BOBABY Triangle, grand, paquet vert		11022•	T2		9.95	paquet de 12 pièces
BOBABY Triangle, petit, paquet rose		11023•	T1		8.95	paquet de 12 pièces
BOBABY Bandage ombilical		11024•	BA		5.50	paquet de 12 pièces
BOBABED Taie de protection d'oreiller		20037•	305		17.65	paquet d'une pièce
BOBABY Chemise, ouverte		33003•	254	56 = ca. 1 mois 62 = ca. 3 mois 68 = ca. 6 mois	10.95 11.85 12.70	paquet d'une pièce
BOBABY Chemise, fermée, ¼ de manche		35003•	203	56 = ca. 1 mois 62 = ca. 3 mois 68 = ca. 6 mois 74 = ca. 9 mois 80 = ca. 12 mois 86 = ca. 18 mois	8.80 9.50 10.15 10.80 11.50 12.20	paquet d'une pièce
BOBABY Chemise, fermée, manche longue		36003•	253	56 = ca. 1 mois 62 = ca. 3 mois 68 = ca. 6 mois 74 = ca. 9 mois 80 = ca. 12 mois 86 = ca. 18 mois	9.85 10.60 11.40 12.20 12.85 13.65	paquet d'une pièce
BOBABY Culottes (avec ourlé)		10013•	102	80 = ca. 12 mois 92 = ca. 24 mois 98 = ca. 30 mois	11.40 12.10 12.80	paquet d'une pièce
BOBABY Culottes (avec liseré)		31003•	104	68 = ca. 6 mois 74 = ca. 9 mois 80 = ca. 12 mois 86 = ca. 18 mois 92 = ca. 24 mois	6.35 6.80 7.15 7.65 8.10	paquet d'une pièce
BOBABUST Garnitures d'allaitement, par paires		11026•	302		4.15	paquet de 10 paires

Made in Switzerland. Fabriqué en Suisse. In der Schweiz hergestellt.

*S'embrasser ça irait,
mais malheureusement
elle porte toujours
ces couches à jeter ...
Moi, j'aime les bobaby!*



Si vous ne trouvez pas Bobaby
dans votre lieu de résidence,
informez-vous chez nous.

bobaby

Bobaby SA
CH-8580 Amriswil
Tél. 071/67 35 67
Télex 71894 baby ch

Prière de voir au verso

der inutilement l'installation d'une protection aussi efficace. L'enfant en a besoin dès sa naissance.

Pour la mère

1. La succion du mamelon déclenche chez sa mère par un phénomène réflexe une importante activité hypothalamo-hypophysaire et la mise en route de la sécrétion des deux principales hormones de la lactation. La prolactine, hormone qui fait sécréter le lait, va mettre en route tout le processus de la montée laiteuse. Plus l'enfant tétera tôt, plus sa mère aura rapidement du lait pour répondre à sa demande.

L'ocytocine, hormone de l'excrétion, provoque la contraction des acinis et donc le lait se met à couler pour satisfaire l'appel de l'enfant. Elle aide aussi l'utérus à se vider du sang et des débris qui l'encombrent. Les mises au sein très précoces ont donc, grâce à l'ocytocine, un double rôle préventif réel pour la mère:

- prévention des hémorragies de la délivrance
- prévention des engorgements mammaires.

En contre-partie de ces multiples avantages, tout à fait incontestables, les mises au sein précoces, n'ont qu'un seul inconvénient: retarder un peu l'heure du repos pour la mère (... et pour le personnel soignant ...!). Pour la mère en fait, le problème ne se pose pas. Même si l'accouchement a été un peu long et difficile, l'intensité affective et physique de ce qu'elle a vécu la laisse souvent dans une grande surexcitation. Accueillir son bébé, le faire téter, prendre le temps du calme, l'aidera à apaiser cette grande émotion.

Première tétée et naissances difficiles

L'accouchement naturel à terme est sûrement le prélude idéal à l'allaitement maternel. Malheureusement il n'en n'est pas toujours ainsi. Dans un certain nombre de cas, l'accouchement va nécessiter des interventions médicamenteuses et même une anesthésie générale de la mère, parfois une césarienne. Certains enfants vont naître prématurément. D'autres vont présenter brutalement à la naissance une malformation ou un état de détresse que rien ne laissait prévoir. Il ne saurait être question alors de prendre le moindre risque. Je vais donc essayer de définir en quelques mots les principales situations et ce qui peut être envisagé.

a) Enfants en détresse respiratoire ou neurologique

C'est une urgence médicale vraie. Les réflexes fondamentaux sont perturbés,

il ne saurait être question d'alimentation. Les troubles de la déglutition sont fréquents, d'où un risque d'inhalation majeure.

b) Enfants prématurés

Tous les tableaux cliniques existent entre l'enfant né presque à terme (36 semaines pesant plus de 2 kilos et le grand prématuré de 28 semaines, pesant moins d'un kilo). Ces enfants présentent trois fragilités, trois dangers, d'autant plus aigus qu'ils sont nés plus tôt.

- Risque de refroidissement
- Risque d'hypoglycémie
- Sensibilité aux infections

S'ils ne présentent aucun trouble associé et en particulier pas de détresse respiratoire, je crois qu'il est bon de les laisser avec leur mère, *au moins quelques instants*, en prenant toutes les précautions afin qu'ils ne se refroidissent pas. S'ils arrivent à téter, ils auront d'emblée les avantages du précieux colostrum, sinon, leur présence contre leur mère est capitale pour la bonne suite de l'allaitement.

c) Enfants hypotrophiques ou le retard de croissance intra-utérin

Ce sont les enfants qui naissent avec un poids très inférieur au poids moyen de leur âge gestationnel. Le risque le plus important est l'hypoglycémie.

Ils savent téter comme des enfants à terme mais se fatiguent un peu plus vite. Ces enfants ont besoin de téter vite, ils n'ont aucune réserve énergétique. *Les tétées précoces et répétées sont essentielles*. Il ne faut pas craindre de les mettre au sein malgré leur petit poids.

d) Enfants endormis

Les médicaments analgésiques ou anesthésiques donnés à la mère pendant l'accouchement traversent le placenta et peuvent entraîner chez le nouveau-né une somnolence des premières heures. Il faut le laisser dormir et attendre calmement qu'il réclame sa première tétée, à son rythme. (Contrôler avec un Destrotix.)

e) Enfants mal formés

Tout dépendra du type d'anomalie, de l'urgence. Je ne peux donner aucun avis général.

f) La mère ayant subi une césarienne

La césarienne n'est pas une contre-indication à l'allaitement précoce. Tout dépend de l'état de l'enfant et de la mère. C'est un peu inconfortable car la cicatrice abdominale est douloureuse. Le personnel soignant aura à soutenir mère et enfant pour les aider à trouver la meilleure position. Mais c'est possible.

g) Les mères ayant une pathologie de la grossesse: diabète, néphropathie

Dans ces cas, les nouveaux-nés sont presque toujours extrêmement fragiles, associant prématurité, hypotrophie ou hyperthrophie pathologique. Ils ne seront pas compatibles avec l'accueil tendre puisqu'ils nécessitent des soins urgents. Leur sécurité prime tout objectif.

La mise en route de l'allaitement

Le séjour hospitalier est une période étonnante, pas toujours aussi facile ni joyeuse que ne le laissent prévoir certains livres. L'enfant est né, sa mère vient de vivre un des plus intenses et des plus beaux moments de son existence. Mais elle retrouve la fatigue, l'envie de dormir, un corps endolori.

Il y a le bonheur de faire connaissance avec l'enfant, mais aussi un vague sentiment de dépossession, de perte, de corps vidé, souvent très forts vers le 3-4^e jour, quand s'apaise la grande vague d'émotion de la naissance.

Il y aura la fierté de présenter l'enfant aux parents et amis mais aussi les visites multiples, les soins dans les chambres et les moments durs de solitude.

Enfin, il y a l'envie d'allaiter, de réussir cette relation mais aussi les premières difficultés, l'enfant qui tète mal, les seins un peu douloureux, la peur de mal faire ...

Le personnel soignant doit jouer un triple rôle: rôle de soins, rôle d'accueil et rôle d'informations pour permettre d'aplanir les difficultés, préparer les semaines et les mois à venir.

Et devant des parents qui savent ce qu'ils veulent et pourquoi ils le veulent, laisser faire et aménager pour eux les horaires et les rituels qu'ils demandent.

L'allaitement à la demande, nécessité absolue

C'est le seul moyen de respecter totalement la physiologie de la lactation, d'éviter les difficultés et de répondre réellement aux besoins de l'enfant. Et la réponse ne sera pas extérieure, médicale ou technique. Dans l'allaitement à la demande, c'est le corps de la mère qui répond à l'enfant.

L'allaitement à la demande a deux objectifs

- Aider l'enfant à trouver son rythme de faim et de sommeil.
- Apprendre à la mère à reconnaître et à satisfaire les besoins de l'enfant.

Déroulement pratique

Quels sont les signes d'appel?

- Les pleurs bien sûr et un bon cri vigoureux, témoignent souvent d'une envie de téter.
- Le réflexe de foussement: le bébé, sans pleurer, cherche le sein, tourne sa tête, la soulève s'il est couché dans son berceau et sent avec son nez et ses lèvres le drap sur lequel il est posé ou les bras de sa mère qui le porte. Il cherche de toutes ses forces. C'est un bon signe de faim.

Comment répondre à cette demande? Comment répondre à cette demande?

- Lui donner le sein quand il réclame. Ne jamais le réveiller.
- Le laisser téter autant qu'il en a envie. Ne pas imposer une durée limitée. Le laisser manger la quantité qu'il désire. Inutile de chercher à savoir ce qu'il prend (les pesées ne veulent rien dire). Inutile aussi de forcer à continuer quand il a décidé qu'il a assez pris.
- Ne pas diriger ses mouvements. Il doit ouvrir la bouche. Le rôle de la mère est de lui présenter le mamelon et de veiller à dégager le nez.
- L'application de ces bases réclame un peu de bon sens. L'allaitement à la demande n'est pas l'anarchie totale où mère et enfant se retrouvent épuisés au bout de quelques jours.
- Un enfant qui a bien tété va digérer pendant au moins deux heures. Entre-temps, il peut pleurer de toute autre chose que de faim: de chaud, de peur, d'envie d'être changé, d'envie d'être dans les bras.
- Un enfant qui dort calmement, bien repu, n'a jamais à être réveillé même s'il dort 5 à 6 heures ou même plus. Le seul problème serait de ne pas trop le laisser inverser son rythme jour et nuit. A ce niveau il faudra essayer de moduler doucement en 3 ou 4 semaines un horaire jour-nuit satisfaisant pour le reste de la famille.
- Le nombre de tétées quotidiennes est très variable d'un enfant à l'autre et pour le même enfant d'un jour à l'autre. En moyenne, les nouveaux-nés se fixent sur 6 à 7 tétées par 24 heures, parfois 4 ou 8. Au delà de 8, la mère risque de se fatiguer. Il faut essayer de comprendre ce qui se passe: pas assez de lait ou mauvaise excréation ou tout autre cause physique ou psychologique qui gêne une bonne lactation.
- La durée des tétées doit aussi être très souple. Pour l'enfant, il n'y aurait aucune contre-indication, aucun risque à le laisser téter des heures. Le problème vient de sa mère: degré de fatigue et état des seins. Pour éviter tout ennui (crevasses et une mère

trop épuisée), l'idéal est de faire des tétées de durée progressivement croissantes: environ *dix minutes* les premiers jours puis augmenter doucement en modulant le désir de l'enfant sur ce que la mère peut vivre aisément.

Comment contrôler l'alimentation et le bon développement du nouveau-né

Dans un allaitement à la demande, *la réponse est toujours de regarder l'enfant, pas de chercher des chiffres ou des courbes de poids.*

- Le signe le plus important est le comportement du nouveau-né. Un enfant qui a bien tété s'endort calmement, totalement détendu, les doigts étalés. Il est rose et dort paisiblement au minimum 2 à 3 heures.
- Pendant les premiers jours, on peut contrôler la qualité de la succion et la quantité de lait dans les seins de la mère. Lorsqu'un allaitement se passe bien, le bébé tète avidement à peu près sans s'arrêter. Il déglutit régulièrement: en moyenne 3 à 4 mouvements de succion pour une déglutition. Plus le lait est abondant et plus les mouvements de déglutition sont rapprochés.

Au contraire, si le bébé tète goulûment et ne déglutit que 3 ou 4 fois par minute, il trouve probablement encore peu de lait (mais il faut qu'il tète si l'on veut stimuler la montée laiteuse). Enfin si la lactation est abondante, quand le bébé repu s'arrête de téter il reste du lait dans les seins de sa mère, ce qui est facile à contrôler par une minime pression manuelle.

- Un autre test excellent est la fréquence des selles et des urines. Plus un bébé boit de lait, plus il a de l'eau à éliminer. En sens inverse, un bébé qui mouille peu ses couches, qui a peu de selles, économise l'eau. C'est un principe tout bête que nous avons totalement désappris. 6 à 8 selles/24 heures, avec une courbe de poids ascendante, est tout à fait normal. Certains bébés au sein ont peu de selles parce qu'ils mangent juste ce qu'il faut. Ils poussent normalement avec 2 selles/semaine, voire moins. Ne parler de constipation qu'en cas de selles très dures, impossibles à éliminer, accompagnant un abdomen ballonné, tendu, douloureux. Suppositoires à la glycérine et stimulations anales au thermomètre sont à proscrire. Ils déséquilibrent l'équilibre intestinal des tous petits.
- Dernier argument: la pesée quotidienne. C'est un excellent moyen de se ras-

surer. Un bébé peut ne pas grossir pendant trois jours, puis prendre brutalement 80g dans une journée. De même un bébé qui grossit peut perdre brutalement 100 g un jour. Seule compte l'allure générale de la courbe au bout de 5 à 6 jours, donc la prise de poids moyenne.

La normale est une perte les 3 premiers jours de 5 à 15% du poids de naissance, puis courbe ascendante avec reprise du poids de naissance entre le 8^e et le 15^e jour. En pratique, en alimentation à la demande, la perte de poids est modérée, parfois nulle et le poids de naissance est repris entre le 4^e et le 8^e jour.

- Signes d'alarme pour ne prendre aucun risque:

Un bébé en bonne santé doit uriner pour la 1^{re} fois *avant 24 à 36 heures*. Le méconium doit être éliminé dans les 48 premières heures.

Une perte de poids des premiers jours supérieure à 10% doit attirer l'attention et amener à revoir la qualité de l'alimentation, mais sans pour cela s'affoler et présenter d'emblée des biberons de complément. Faire téter le bébé plus souvent pour stimuler la lactation et surveiller la courbe de poids les jours suivants.

Un poids de naissance non repris à 15 jours avec courbe de poids plate et stationnaire est une indication de consultation pédiatrique sans tarder. Une perte de poids brutale de près de 10% du poids du corps, sur une courbe normale jusque-là est encore du ressort du pédiatre. L'enfant n'a pas assez bu, a eu trop chaud. S'en assurer.

Il n'y a pas d'autres signes d'alarme graves, en particulier, pas de risques d'excès.

L'adaptation de la lactation et des seins

Elle est automatique, liée au rythme des tétées et à la qualité de la succion de l'enfant.

Le début de la lactation

3 ou 4 jours après la naissance, le colostrum s'éclaircit progressivement et laisse la place en 10 jours environ au lait mature définitif.

La montée laiteuse n'est pas forcément apparente avec un allaitement précoce à la demande bien conduit. C'est la solution idéale, quand la mère est totalement détendue. Cependant 2 facteurs concourent à la création des engorgements:

- des tétées trop espacées et minutées.
- surtout et cela est trop mal connu, l'angoisse ou la peur de la mère, la petite dépression des premiers jours

peuvent jouer un rôle sur l'engorgement (blocage de la sécrétion d'ocytocine). Il faut donc créer un environnement tel que chaque femme puisse vivre les premières journées dans le bonheur et une décontraction totale.

- Enfin la montée laiteuse peut se faire plus tardivement, 8, 15, 21 jours. Il ne saurait être question d'hypogalactie vraie avant trois semaines. Si la mère a envie d'allaiter et ne s'affole pas du retard, si l'enfant tète vigoureusement de façon régulière, la montée laiteuse finit par se produire. *Patience* et donner à l'enfant quelques compléments pour l'aider à démarrer.

L'adaptation des mamelons

Les mamelons représentent une zone sensible et il se peut qu'après 6 ou 7 tétées, les mamelons deviennent douloureux. C'est fréquent et inconfortable mais il n'y a pas grand chose à faire. La douleur augmente de tétée en tétée pendant 3 ou 4 jours puis cède peu à peu: le mamelon s'habitue. On parle souvent à tort de crevasses ou fissures alors qu'il n'y a qu'une grande sensibilité. Un gros inconvénient de cette hypersensibilité, c'est qu'elle peut jouer un rôle dans l'apparition d'un engorgement.

La préparation des mamelons pendant la grossesse avec étirement fréquent des mamelons pour les habituer aux tractions jouent un rôle évident pour diminuer cette hypersensibilité des premiers jours.

Pour obtenir une meilleure réussite de l'allaitement à la demande

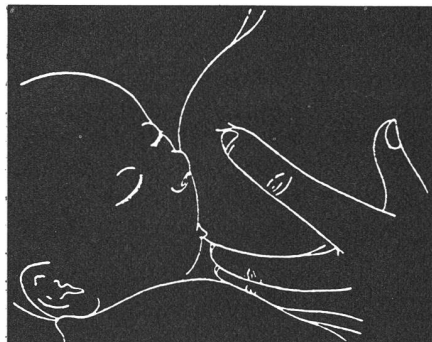
Pour promouvoir l'allaitement maternel à la demande il faut une équipe qui saura apporter des avis clairs et homogènes mais aussi deux types de soutien.

- Un appui technique et un rôle d'information pour aider les mères et les couples à s'organiser dans leur nouvelle vie avec le bébé, résoudre leurs petits problèmes, tout en restant très vigilants dans la surveillance du nouveau-né.
- Un appui psychologique tout aussi important et très souvent négligé: suivre pas à pas la relation mère enfant, encourager la mère, la rassurer sans jamais la diriger.

L'enfant appartient à ses parents et doit être auprès d'eux. La mère doit pouvoir s'occuper librement de son enfant. L'idéal, c'est une aide très concrète du personnel soignant, la possibilité pour la mère de s'informer dans un dialogue vrai. Apprendre ensemble (mère et personnel) à reconnaître le comportement de l'enfant, son rythme de faim, de sommeil et envisager ensemble comment adapter l'enfant et ses besoins aux désirs et aux possibilités de la maman.

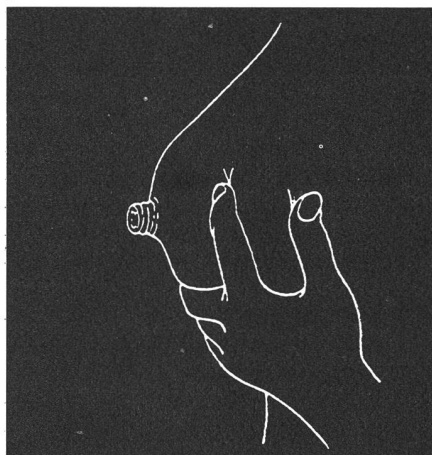
Dégagement du nez de l'enfant.

La mère appuie légèrement sur le sein avec l'index.



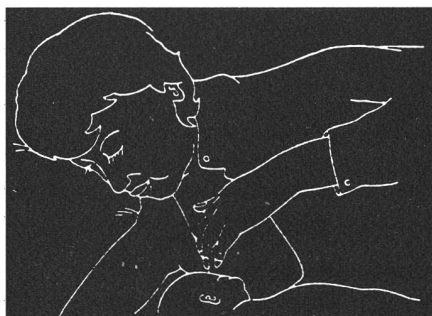
Présentation du sein.

Préhension de l'aréole entre l'index et le majeur pour faire saillir le mamelon.



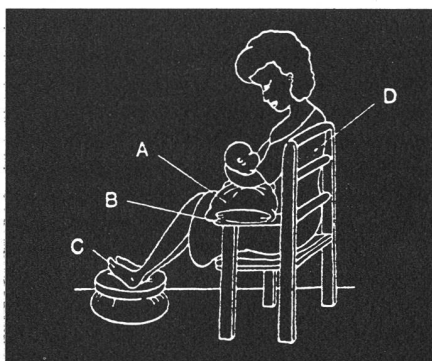
Allaitement en position couchée.

La mère et l'enfant sont parallèles l'un à l'autre. Les épaules de la mère reposent sur le lit, un oreiller soutient la tête.



Allaitement en position assise.

- A. Oreiller sous le bras pour soutenir le bébé.
- B. Accoudoir pour soutenir le bras.
- C. Les pieds surélevés pour la détente.
- D. Le dos appuyé sur le dossier de la chaise.



A. Un appui technique vrai pour démarrer l'allaitement

Ne jamais laisser la mère seule pour les premières mises au sein. Il faut en moyenne 48 heures à une jeune mère pour se sentir à l'aise dans l'alimentation de son nouveau-né. Enseigner les détails pratiques qui font le confort de l'allaitement:

a) Laisser la mère reconnaître les signes de faim et décider du moment de la mise au sein.

b) Veiller à l'environnement: la tétée doit être un moment de calme (pas de visites).

c) Bien installer la mère. Les tétées représentent plus de trois heures/jour. Soit couchée sur le côté, soit assise (schéma). Une tétée en position inconfortable n'est pas un drame mais il faut éviter au maximum des positions instables régulières, prolongées, entraînant à la longue des contractures dorsales franchement douloureuses.

d) Bien installer l'enfant. Un bébé bien installé a le visage face au sein de la mère, la bouche au niveau du mamelon, le corps parallèle à celui de sa mère, donc assis vertical ou couché le long d'elle. Dans ces conditions le bébé n'a aucune peine, en ouvrant grand la bouche à happer non pas le mamelon, mais toute l'aréole du sein. Ce qui permet une succion très efficace et aussi une excellente prévention des crevasses pour la mère.

e) Recommander un bon lavage des mains avant la tétée et un massage efficace avec une pommade neutre en fin de tétée.

f) Faire téter l'enfant aux 2 seins au début. Le laisser téter complètement d'un côté puis quand le sein est bien vidé, lui proposer un peu de lait de l'autre côté. A la tétée suivante commencer par le sein qui n'a pas été totalement vidé auparavant.

g) Après la tétée, le bébé peut avoir besoin d'éliminer l'air qu'il a ingéré en cours de succion. Pour cela, l'idéal est de l'installer le ventre appuyé contre l'épaule droite de sa mère et en avant. En lui tapotant doucement le dos, on obtient souvent un petit «rot» après quelques instants. Mais ce «rot» n'est pas indispensable médicalement.

Eviter à tout prix les erreurs de technique contraires à la physiologie de la lactation.

1^{er} erreur: Retarder les premières mises au sein et imposer des horaires et des durées strictes pour les tétées. Peser l'enfant avant et après les tétées pour le seul bénéfice de perturber et angoisser la maman.

2^e erreur: Introduire trop tôt des biberons de complément. L'habitude de donner des biberons de thé ou d'eau sucrée ou de lait en attendant que se fasse la montée laiteuse est une absurdité. C'est une absurdité dangereuse car la tétine, facile à prendre et où le lait coule tout seul, risque de fausser complètement le réflexe de succion du bébé qui ne voudra plus prendre au sein. Il en est même de la sucette.

Si pendant les premiers jours et après une vraie tétée, l'enfant hurle de faim ou si sa courbe de poids descend anormalement, il vaudrait mieux lui apporter un peu de lait à la cuillère. Ainsi on préserverait au mieux la qualité de la succion. Les biberons de complément donnés à la légère sont le point de départ d'un engrenage tout à fait contraire à la réussite de l'allaitement. L'enfant tète trop facilement, s'habitue à mal sucer. Du coup il tire moins bien sur les seins, la lactation diminue, il trouve moins de lait dans les seins, ce qui lui déplaît et se retourne alors vers la tétine, si facile à faire couler. Il ne veut plus entendre parler du mamelon. Si on essaie de le forcer, il hurle en se rejetant en arrière. J'ai vu des allaitements littéralement torpillés par les biberons de complément. Il faut absolument apprendre à s'en passer et le plus longtemps possible.

3^e erreur: L'utilisation du tire-lait dont on peut presque toujours se passer. Le tire-lait a deux seules véritables indications:

- recueillir le lait et stimuler la lactation d'une femme dont l'enfant a été transféré en pédiatrie et qui ne peut téter.
- recueillir le lait des femmes qui en ont trop et qui acceptent de le donner pour des prématurés.

B. Pratiquer une bonne surveillance quotidienne des seins

Pendant les premiers jours il est indispensable pour prévenir et dépister à temps les petites complications de démarrage. Il ne s'agit pas seulement de demander rapidement du pied du lit à la jeune mère si tout va bien. L'examen précis des seins est important: surveillance de l'apparition d'une tension mammaire douloureuse, état des mamelons. Si l'on intervient à temps au premier signe douloureux, tout rentre dans l'ordre très vite.

a) La prévention des crevasses est simple si l'on suit les quelques conseils suivants:

- Ne pas décaper les mamelons avec des produits antiseptiques. Les rincer juste avec un peu d'eau.
- Se laver les mains avant chaque tétée.
- Pendant les premiers jours, ne pas prolonger la durée des tétées pour laisser au mamelon le temps de se faire.
- Faire téter l'enfant en très bonne position pour qu'il saisisse bien toute l'aréole du sein. *Ainsi les forces de traction s'exercent sur une large surface et le bout du mamelon risque moins de se fissurer.*
- Après la tétée, sécher très soigneusement le mamelon avec une compresse propre. L'idéal serait de laisser les seins à l'air, même si possible au soleil. Un autre moyen, à défaut de soleil, est l'air chaud soufflé par un sèche-cheveux. Le mamelon sèche en profondeur et macère donc très peu.
- Eviter le frottement du mamelon sur un soutien-gorge dur, en fibres synthétiques ou sur des vêtements râpeux. Les premiers temps, intercaler entre le soutien-gorge et le sein une compresse douce qui sera changée dès que le sein coule un peu afin que les mamelons restent toujours au sec.

b) Traitement des crevasses.

Laisser reposer le mamelon si possible à l'air libre. Ne pas faire téter l'enfant, ni tirer le lait pendant soit quelques heures ou un jour ou deux. Si le sein s'engorge un peu, le vider par pression manuelle et douche chaude. *Ne pas confondre sensibilité extrême du mamelon et crevasses.* Pour limiter la douleur et hâter la cicatrisation, utiliser des pommades cicatrisantes.

c) Prévention de l'engorgement mammaire.

L'engorgement mammaire est très fréquent au moment des premières montées laiteuses pendant les 5 ou 6 premiers jours après l'accouchement. Il est essentiel et facile de l'éviter aussi bien pour garantir une bonne lactation que pour préserver l'avenir esthétique des seins des jeunes femmes. En effet, ce sont les variations brutales de volume des seins avec tension exagérée qui sont à l'origine des vergetures et lésions du tissu sous-cutané qui laisseront des cicatrices indélébiles.

Une femme qui allaite doit avoir des seins comme pendant sa grossesse, un peu gonflés, mais ni très tendus, ni durs, ni douloureux et cela à aucun moment de la mise en route de sa lactation. Comment faire?

- Mises au sein fréquentes, régulières pendant les premiers jours et mère

paisible, détendue font les $\frac{9}{10}$ de la prévention.

- Vider soigneusement les seins après chaque tétée si nécessaire. La pression manuelle sous une douche chaude est le meilleur moyen pour vider les seins (selon le schéma en annexe).
- Un autre moyen de prévenir l'engorgement, c'est favoriser une détente complète de la maman (séances lentes et calmes de relaxation).

Exemple: La mère est étendue, son bébé dans les bras ou sur le ventre. Elle le berce, le sent. On lui conseille ensuite d'imaginer ce qui se passe dans son corps, l'activité de la glande hypophysaire. Le thérapeute raconte l'action de la prolactine, les acinis qui se remplissent de lait, puis l'action de l'ocytocine qui fait contracter les acinis et couler le lait. En mots très doux, très progressifs, lentement suggérés, il recrée dans l'imaginaire de la jeune mère, la physiologie de la lactation. Si la mère se relaxe totalement, le lait se met à couler spontanément ou arrive abondamment dès que l'on met le bébé au sein. Ce procédé est excellent et donne les meilleurs résultats.

- Le dernier élément de prévention est le port d'un bon soutien-gorge. Si les seins ne sont pas soutenus, un certain nombre de canaux lactifères sont comprimés, écrasés et ne peuvent se vider correctement. D'où engorgement localisé.

L'avenir de l'allaitement maternel se joue souvent dans la première semaine. C'est le rôle du personnel soignant d'obtenir une qualité de soins telle que les difficultés des premiers jours soient les plus rares possibles.

A suivre

Bobaby

Saviez-vous ...

... que beaucoup de jeunes mamans n'achètent plus de couches à jeter mais de couches-culottes, triangles etc. en tissu? Et ceci même s'il faut laver le tissu. Connus depuis longtemps, les produits BOBABY ont l'avantage de ne présenter aucun des inconvénients des couches à jeter et, à la longue, sont encore plus économiques.

Les sages-femmes peuvent passer leurs commandes directement auprès de la maison BOBABY SA, à Amriswil. Elles bénéficient ainsi d'un rabais de 20% sur les prix de vente (voir le prospectus annexé).