

AVANT-PROPOS

Le réseau « Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon » (NGLR) mène depuis plusieurs années des actions visant à soutenir les services de maternité de la région dans la mise en œuvre des recommandations nationales de bonne pratique sur l'accueil de la mère et de l'enfant au moment de la naissance et pendant leur séjour. Ces recommandations visent entre autres à favoriser le bien-être de la mère et de l'enfant et le démarrage de l'allaitement maternel quand c'est le choix des parents.

En 2010, des entretiens¹ avec les cadres des services de maternité ont permis de montrer que :

- les équipes avaient besoin de documents de référence sur les pratiques et le suivi de la mise en route de l'allaitement dès la salle de naissance et pendant le séjour ;
- les conditions relatives à l'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB) n'étaient pas toujours bien connues.

À la suite de cette enquête, un séminaire de formation sur l'IHAB a été organisé à Montpellier avec l'association IHAB France, en accord avec la demande des professionnels de la région. Des soignants de 16 des 20 maternités y ont participé.

À partir de septembre 2011, le réseau NGLR a également mis en place le Groupe Régional Allaitement Maternel (GRAM) en vue d'élaborer un référentiel de bonnes pratiques. Chaque service de maternité ou de néonatalogie a désigné un ou plusieurs référents pour participer à ce groupe qui a défini lors de sa première rencontre la liste des documents du référentiel. Elle comprend :

- des documents pour l'accueil en salle de naissance et le suivi de l'alimentation du nouveau-né pendant le séjour dans le service,
- des documents à l'intention des parents pour les informer du déroulement physiologique de l'allaitement les premiers jours et pour préparer le retour à domicile,
- des fiches techniques à l'intention des soignants.

Le contexte est celui de la naissance d'un enfant en bonne santé, né d'une mère en bonne santé. Les pathologies de la mère et/ou de l'enfant, y compris la prématurité, sont traitées dans les protocoles régionaux de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie².

En tenant compte des données récentes sur le démarrage de l'allaitement et les compétences du nouveau-né, le groupe a préconisé des stratégies visant à favoriser la rencontre entre l'enfant et ses parents dans les conditions optimales. L'accent a donc été mis sur les pratiques suivantes :

- Le **contact en peau à peau** entre la mère ou le père et leur nouveau-né est présenté comme une pratique favorisant le bien-être de l'adulte et de l'enfant. Même en l'absence de toute difficulté, il est à proposer à la naissance et dans les premiers jours pour faciliter le démarrage de l'alimentation de l'enfant, allaité ou non.

¹ Le réseau a collaboré avec le Réseau Gardois de l'Allaitement (REGAAL) pour l'enquête auprès des maternités de ce département.

Synthèse des résultats de l'enquête régionale :

http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/referentiels/LR/allaitement/NLR_enquete_soutien_allaitement_maternel_maternite_2010.pdf

² J Ch Picaud, A Cavalier. **Référentiels de pédiatrie en maternité - Manuel pratique des soins aux nouveau-nés en maternité**, Sauramps Medical – 2008.

http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/referentiels/LR/pediatrie/MP2008/Manuel_pratique_soins_nouveau_nes_GE_N_LR_2008.pdf

- La **prévention précoce des difficultés courantes de l'allaitement** en maternité s'appuie sur des pratiques simples privilégiant l'observation de la tétée et des compétences de l'enfant.
- **La mère est la première actrice auprès de son enfant.** Le soignant a pour objectifs de l'aider à développer ses capacités de compréhension de son enfant, de l'informer du déroulement de l'allaitement des premiers jours et de lui proposer des mesures qu'elle peut mettre en œuvre avec un apprentissage court.
- Parmi ces mesures, ont été privilégiés le contact peau à peau, les positions d'allaitement favorisant son confort et celui de l'enfant et **l'expression manuelle du lait maternel** pour éviter le recours à des compléments de préparations pour nourrissons.

Ce travail a nécessité une dizaine de réunions plénières qui se sont déroulées dans les locaux de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon, puis de la Maison de l'Hospitalisation Privée de Castelnau-le-Lez. Nous remercions chaleureusement ces deux institutions qui nous ont accueillis.

Le GRAM souhaite que ce référentiel puisse aider l'ensemble des établissements de la région à optimiser les pratiques d'accompagnement de la mère et de l'enfant pendant le séjour en maternité dans le respect de la physiologie, et à améliorer la cohérence du discours et des pratiques au sein des équipes. Le réseau NGLR prévoit une évaluation de la mise en œuvre du référentiel et une révision de ces documents d'ici deux ans.

Le groupe remercie tous les soignants des établissements de communiquer au réseau toutes leurs remarques pour aider à l'amélioration du référentiel.

Pour tout commentaire ou correction sur ce texte, merci de contacter le réseau régional :

« Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon »

ZAE Les Verriès - 165 rue de l'Aven - 34980 Saint-Gély du Fesc

04 67 04 01 53

Daniele.bruguières@nglr.fr ou naître.lr@nglr.fr

PARTICIPANTS À LA RÉDACTION DU RÉFÉRENTIEL

Prénom	Nom	Établissement	Ville	Profession
Béatrice	Allard	CH Louis Pasteur	Bagnols/Cèze	auxiliaire de puériculture
Guylaine	Antraygue	CH de Mende	Mende	puéricultrice
Bernadette	Barbera	CH de Narbonne	Narbonne	sage-femme
Danièle	Bruguières	Réseau NGLR	Montpellier	référent allaitement
Anne-Flore	Bruni-Bizet	CHU Carémeau	Nîmes	pédiatre
Alexandra	Burdet	CH Louis Pasteur	Bagnols/Cèze	psychologue
Christelle	Buttice	CH de Sète - Bassin de Thau	Sète	auxiliaire de puériculture
Xantiana	Cachia	Clinique Grand Sud	Nîmes	puéricultrice
Laurence	Cassé	Libéral	Béziers	sage-femme
Laure	Ciaponi	CH Saint Jean	Perpignan	sage-femme
Gisèle	Criballet	Réseau NGLR	Montpellier	coordinatrice médicale
Sandrine	Darmoris	Clinique Notre Dame d'Espérance	Perpignan	sage-femme
Delphine	De Luca	Clinique Sainte Thérèse	Sète	auxiliaire de puériculture
Dorothee	Dehner	CH Louis Pasteur	Bagnols/Cèze	sage-femme

Sandra	Denigot	Polyclinique Le Languedoc	Narbonne	auxiliaire de puériculture
Catherine	Denimal	Clinique Saint Pierre	Perpignan	sage-femme
Emmanuelle	Desmier	CH Louis Pasteur	Bagnols/Cèze	puéricultrice
Manoëlle	Durant	Clinique Saint Louis	Ganges	médecin
Sandrine	Estrabeaud	CHRU Arnaud de Villeneuve	Montpellier	sage-femme cadre
Céline	Forment	CH de Béziers	Béziers	sage-femme
Brigitte	Fréval	Clinique Saint Roch	Montpellier	sage-femme cadre
Karine	Jamme	CH d'Alès-Cévennes	Alès	sage-femme
Séverine	Jourdan	CH de Mende	Mende	auxiliaire de puériculture
Muriel	Labeirie	CH Antoine Gayraud	Carcassonne	sage-femme
Ingrid	Lopez	Clinique Saint Roch	Montpellier	auxiliaire de puériculture
Élisabeth	Ly	CH Louis Pasteur	Bagnols/Cèze	psychologue
Amélie	Marszalek	Clinique Saint Louis	Ganges	sage-femme
Evelyne	Mazurier	CHRU - Arnaud de Villeneuve	Montpellier	pédiatre
Anne-Claude	Menguy	CH Saint Jean	Perpignan	pédiatre
Carole	Mollon	CH Louis Pasteur	Bagnols/Cèze	auxiliaire de puériculture
Françoise	Moussard	École de SF de Montpellier	Montpellier	sage-femme
Michèle	Pétry	CHRU - Arnaud de Villeneuve	Montpellier	auxiliaire de puériculture
Odile	Puel	Clinique Champeau	Béziers	sage-femme cadre
Sophie	Rafael	CH de Mende	Mende	auxiliaire de puériculture
Maeva	Reaux	Clinique Clémentville	Montpellier	puéricultrice
Dolorès	Renaudeau	Polyclinique Kenval	Nîmes	puéricultrice
Cécile	Reynet	CH d'Alès-Cévennes	Alès	sage-femme
Marie-Pierre	Ricardou	CHU Carémeau	Nîmes	sage-femme
Nadine	Robinet	Clinique Le Languedoc	Narbonne	sage-femme
Katia	Rougeron	CH de Mende	Mende	sage-femme
Emmanuel	Truffet	Clinique Saint Pierre	Perpignan	sage-femme
Hélène	Vezole	Libéral	Montpellier	sage-femme

Nous remercions tout particulièrement Amélie Marszalek et Christine Cruchaudet pour leurs illustrations ainsi que les parents qui ont accepté d'être photographiés avec leur enfant pour ce travail régional.

CLASSEMENT THÉMATIQUE DES FICHES

Les fiches peuvent être classées selon l'objectif principal visé :

Objectif 1 - Optimiser l'accueil du nouveau-né en salle de naissance

Fiche 1 : Surveillance en salle de naissance

Fiche 12 : Procédure d'accueil du nouveau-né en salle de naissance

Objectif 2 - Renforcer l'information des mères désirant allaiter

Fiche 10 : Comportement du nouveau-né en maternité

Fiche 3 : Nos premiers jours (fiche pour les mères)

Fiche 2a : Suivi de l'allaitement en maternité

Fiche 2b : Rythme de votre bébé (fiche pour les mères qui allaitent)

Fiche 2c : Rythme de votre bébé (fiche pour les mères qui n'allaitent pas)

Fiche 16 : La sucette : faire le point pour informer les parents

Objectif 3 - Optimiser l'accompagnement de la mère allaitante

Fiche 15 : Accompagner le démarrage de l'allaitement maternel

Fiche 11 : Expression manuelle et tire-lait

Fiche 5 : Démarrage de la lactation en cas de séparation mère-enfant

Fiche 6 : Observation des tétées - Signes favorables à l'allaitement

Fiche 9 : Prévention de la perte de poids excessive

Objectif 4 - Faire face aux difficultés

Fiche 13 : Tension mammaire et prévention de l'engorgement

Fiche 14 : Douleur et lésions du mamelon

Fiche 7 : Le bébé bien portant qui ne tète pas, qui dort ou qui « refuse » le sein

Fiche 8 : Allaitement des jumeaux

Fiche 5 : Démarrage de la lactation en cas de séparation mère-enfant

Objectif 5 - Préparer la sortie, en parler et l'organiser pour faciliter le suivi de l'allaitement

Fiche 4 : Le retour à la maison : une nouvelle étape ! (fiche pour les mères)

Fiche 17 : Fabriquer un sein en lentilles

CLASSEMENT DES FICHES DANS LE RÉFÉRENTIEL

1a- Surveillance en salle de naissance sans mention des soins de routine.....	1
1b- Surveillance en salle de naissance avec mention des soins de routine.....	2
2a- Suivi de l'allaitement en maternité (fiche pour les soignants)	3
2b- Rythme de votre bébé (fiche pour les mères qui allaitent)	4
2c- Rythme de votre bébé (fiche pour les mères qui n'allaitent pas)	5
3- Nos premiers jours (fiche pour les mères)	6
4- Le retour a la maison : une nouvelle étape !	10
5- Démarrage de la lactation en cas de séparation mère-enfant.....	12
6- Observation des tétées – signes favorables à l'allaitement	16
7- Le bébé bien portant qui ne tète pas, qui dort ou qui « refuse » le sein	17
8- Allaitement des jumeaux.....	20
9- Prévention de la perte de poids excessive.....	23
10- Comportement du nouveau-né en maternité	25
11- Expression manuelle et tire-lait	28
12- Procédure d'accueil du nouveau-né en salle de naissance.....	32
13- Tension mammaire et prévention de l'engorgement.....	35
14- Douleur et lésions du mamelon.....	40
15- Accompagner le démarrage de l'allaitement maternel.....	43
16- La sucette : faire le point pour informer les parents	55
17- Fabriquer un sein en lentilles.....	60

Date :Heure de N :Poids de N :APGAR

TERME :

DECLENC : ☐ APD : ☐ AG : ☐ ACC N : ☐ VENTOUSE : ☐ FORCEPS : ☐ CESAR : ☐

Minutes de vie	5	10	15	30	45	60	75	90	105	120
Peau à Peau										
Position sécurisée mère/bébé										
Raison pour l'absence de Peau à Peau: Soins urgents : ☐ Refus maman : ☐ Surcharge de travail : ☐										
Couveuse / Berceau										
Surveillance de la mère										
Éveil / Somnole / Dort										
Surveillance du bébé										
Éveil / Dort										
Pleure / Geint										
Coloration + -										
Réactivité + -										
Puls / O²										
T° Rect.- Axill										
Urine- Méco										
Comportement alimentaire										
TT S pontannée / TT A idée / B iberon										
Difficultés TT	l'enfant ne s'accroche pas : ☐ A fait seulement quelques suctions : ☐ Douleur de la mère : ☐									
Présence permanente	Père : ☐ Autre personne non soignant : ☐ préciser : _____ Soignant : _____ Signature : _____ Surveillance réalisée par : _____									

Surveillance clinique recommandée toutes les 15 minutes

Légende

Cocher le début de l'action et prolonger avec un trait suivant l'évolution

Heure de sortie de la salle de naissance :

Date :Heure de N :Poids de N :APGAR

TERME :

DECLENC : ☐ APD : ☐ AG : ☐ ACC N : ☐ VENTOUSE : ☐ FORCEPS : ☐ CESAR : ☐

Minutes de vie	5	10	15	30	45	60	75	90	105	120
Peau à Peau										
Position sécurisée mère/bébé										
Raison pour l'absence de Peau à Peau: Soins urgents : ☐ Refus maman : ☐ Surcharge de travail : ☐										
C ouveuse / B erceau										
Surveillance de la mère										
É veil / S omnole / D ort /										
Surveillance du bébé										
É veil / D ort										
P leure / G eint										
Coloration + -										
Réactivité + -										
P uls / O ²										
T ° R ect.- A xill										
U rine- M éco										
Comportement alimentaire										
TT S pontanée / TT A idée / B iberon										
Difficultés TT	l'enfant ne s'accroche pas : ☐ A fait seulement quelques suctions : ☐ Douleur de la mère : ☐									
Présence permanente	Père : ☐ Autre personne non soignant : ☐ préciser : Surveillance réalisée par :									
	Soignant : Signature :									

Surveillance clinique recommandée toutes les 15 minutes

Cocher le début de l'action et prolonger avec un trait suivant l'évolution

Soins de routine (à pratiquer à 2 h de vie si possible)

Aspiration**C**hoanes**P**esée**(E**nveloppée)**M**ensuration**C**ollyre**V**itamine K1

Heure de sortie de la salle de naissance :

2A- SUIVI DE L'ALLAITEMENT EN MATERNITÉ (FICHE POUR LES SOIGNANTS)

Nom et prénom de la maman

Informations anténatales : OUI - NON

Allaitement antérieur : OUI - NON

Durée la plus longue :

Nom et prénom du bébé

Père favorable à l'allaitement : OUI - NON

Difficultés rencontrées :

	expliqué			compris			autonome		
INFORMATIONS MAMAN	fait	soignant	Date	fait	soignant	Date	fait	soignant	Date
Signes d'éveil									
Intérêt du peau à peau									
Prise asymétrique du sein									
Positions pour la tétée									
Signes d'efficacité de la tétée									
Compression mammaire									
Nuit de java, tétées groupées									
Perte de poids physiologique									
Expression manuelle									

☐ Le bébé a une sucette

☐ L'information sur les conséquences possibles de la sucette a été présentée aux parents

En cas de complément		02H/24H						24H/48H						48H/72H				
	Heure	raison	lait mat	PPNRS	quantité	comment	Heure	raison	lait mat	PPNRS	quantité	comment	Heure	raison	lait mat	PPNRS	quantité	comment

Raison : **M**édicale ou **P**arentale (choix des parents accompagné d'une information de la part du soignant)

Lait mat : lait maternel

Comment ? : Administration par **C**uillère, **T**asse, **S**eringue, **D**AL au **d**oigt, **D**AL au **s**ein, **S**oft-**C**up®, **B**iberon

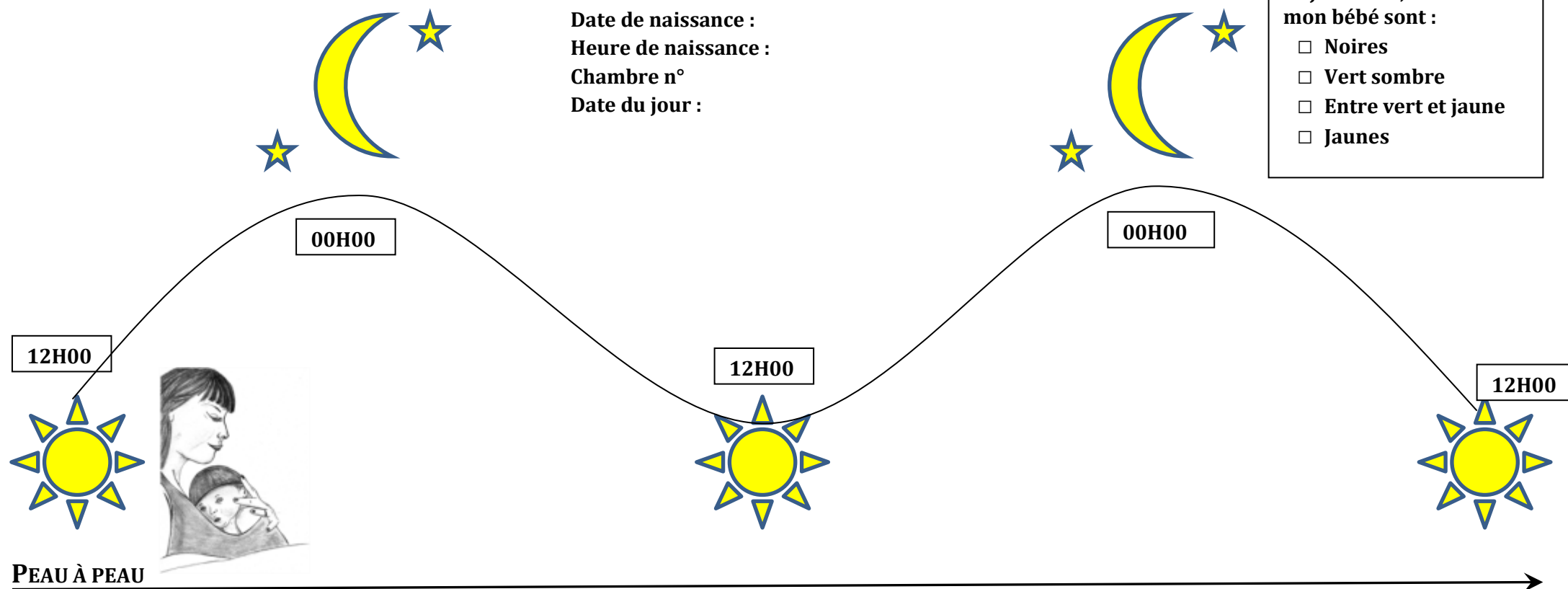
PPNRS : préparation pour nourrisson

2B- RYTHME DE VOTRE BÉBÉ (FICHE POUR LES MÈRES QUI ALLAIENTENT)

Prénom du bébé :
Date de naissance :
Heure de naissance :
Chambre n°
Date du jour :

Aujourd'hui, les selles de mon bébé sont :

- ☐ Noires
- ☐ Vert sombre
- ☐ Entre vert et jaune
- ☐ Jaunes



Sommeil



Bain



Tétée



Urines



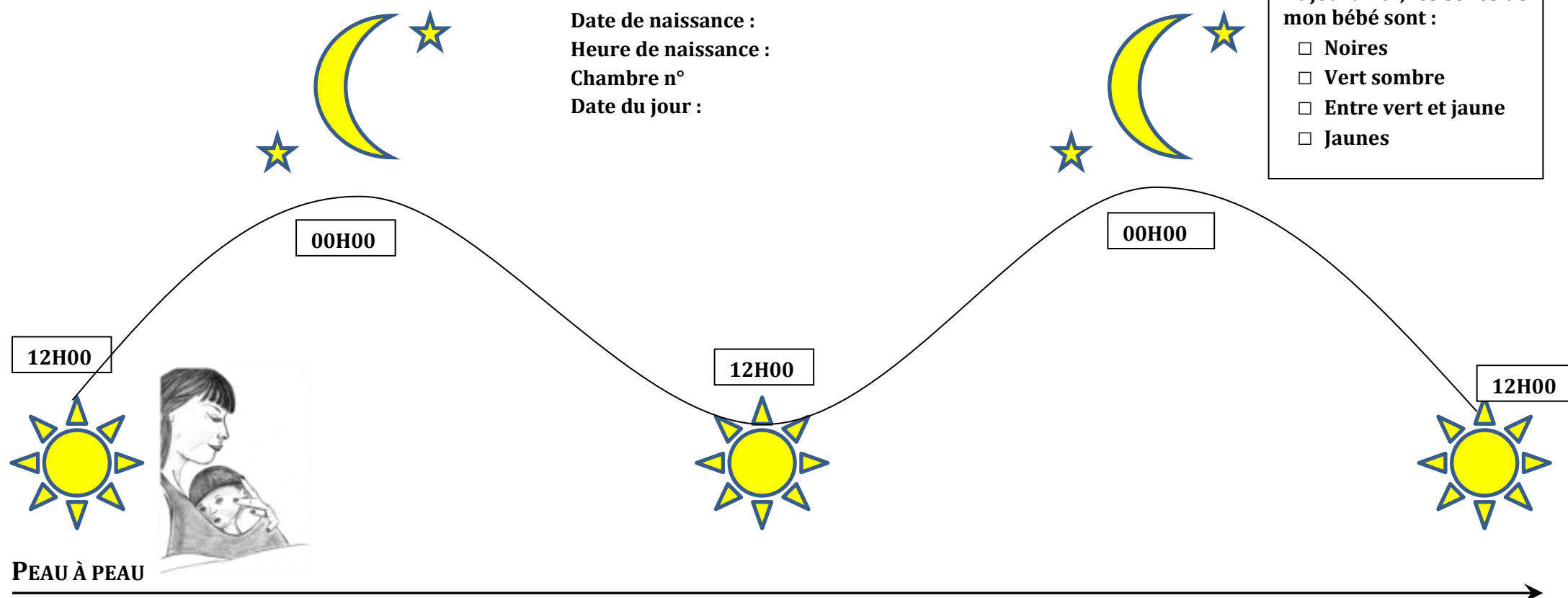
Selles

2c- RYTHME DE VOTRE BÉBÉ (FICHE POUR LES MÈRES QUI N'ALLAIENT PAS)

Prénom du bébé :
Date de naissance :
Heure de naissance :
Chambre n°
Date du jour :

Aujourd'hui, les selles de mon bébé sont :

- ☐ Noires
- ☐ Vert sombre
- ☐ Entre vert et jaune
- ☐ Jaunes



Sommeil



Bain



Tétées



Urines



Selles

3- NOS PREMIERS JOURS (FICHE POUR LES MÈRES)

À la naissance



Quand je suis en peau à peau avec ma maman :

- ⇒ Je me sens bien
- ⇒ J'ai plus chaud
- ⇒ Je me remets plus vite de la naissance
- ⇒ Je ressens moins les éventuelles douleurs liées à l'accouchement et à la naissance
- ⇒ Je m'adapte mieux à ma nouvelle vie
- ⇒ Je suis plus en forme pour faire ma première tétée

Si je suis né(e) par césarienne, je peux avoir ce temps de peau à peau avec mon papa, puis avec ma maman dès que possible.

Il me faut en général une heure ou un peu plus pour prendre le sein : c'est la première fois !
Regarde-moi : tu vas voir tout ce que je suis capable de faire !



Après la naissance du bébé, le soignant va vérifier rapidement que votre bébé va bien et vous aider à l'installer contre vous. Quand c'est possible, tous les soins seront faits après la première tétée.

Si ce premier contact en peau à peau n'a pas eu lieu à la naissance, vous pouvez faire du peau à peau avec votre bébé pendant tout votre séjour à la maternité.

Il est utile de prévoir un **vêtement adapté** pour faire du peau à peau en toute discrétion : paréo, bustier ou tee-shirt un peu moulant, ceinture de grossesse, écharpe de portage...

À savoir :

Votre corps fabrique du lait depuis le milieu de la grossesse.
Quand bébé est prêt à téter, vos seins le sont aussi !

Mon premier jour

Après la 1^{ère} tétée, je dors plusieurs heures.

Je suis d'accord pour que

- ⇒ tu me remettes en peau à peau :
c'est là que je suis le mieux
- ⇒ tu me proposes le sein dès que je m'étire,
je bouge les yeux derrière les paupières,
j'ai des petits mouvements de bouche...

Si tu trouves que je dors trop longtemps, tu peux me mettre en peau à peau, j'adore ça !



À savoir :

Les premiers jours, les bébés tètent souvent les yeux fermés en état de somnolence.



Si je suis tout contre toi, je peux téter plusieurs fois sur 1 ou 2 h et dormir plusieurs heures et je recommence, c'est normal, j'apprends !

Ton lait : un délice !
Aujourd'hui, je prends environ le contenu d'une cuillère à café à chaque tétée.
Il coule en goutte à goutte, c'est ce qu'il me faut pour apprendre à téter en respirant.



Si la tétée te fait mal,
demande de l'aide,
les soignants peuvent nous aider.

En général, j'ai une selle assez sombre (c'est le méconium) et une urine.

Mon deuxième jour

Je continue souvent sur le même rythme : plusieurs tétées à la suite, puis je dors quelques heures, je prends maintenant l'équivalent d'1 cuillère à soupe de lait à chaque tétée. Je peux aussi faire des tétées plus longues, je suis plus compétent.



J'aime bien quand tu t'installés en arrière : je suis à plat ventre sur toi, je me sens en sécurité pour prendre le sein tout seul, laisse-moi faire !

J'ai perdu du poids : c'est normal ! Dans ton ventre, j'avais beaucoup d'eau que j'élimine maintenant. Je vais reprendre du poids dans les jours qui viennent.

J'ai besoin de calme, même quand je dors, j'entends tout :

- ⇒ Pas trop de bruit (tu peux baisser le son de la télé et de ton téléphone...)
- ⇒ Pas trop de visites (je préfère être admiré en peau à peau ou dans tes bras, ou ceux de Papa que de passer d'un bras à l'autre, ça me stresse, après je dors et je tête moins)

Si tu dors en même temps que moi, on récupère tous les deux plus vite !

Quand je tête, j'ai la bouche très grande ouverte, comme pour bâiller

J'ai besoin de lever un peu la tête pour prendre le sein efficacement.

Si je pleure, Papa ou toi pouvez me parler, me bercer, m'installer en peau à peau, parfois, j'ai encore envie d'une petite tétée...



Ce soir ou cette nuit, je vais peut-être demander plus souvent : c'est ma nuit de java ! Tu produis de plus en plus de lait et moi, je veux en prendre de plus en plus.

En général, j'ai au moins une ou deux selles (elles commencent à changer de couleur, ce sont les selles de transition) et deux urines.

Mon troisième jour

Aujourd'hui, je vais être plus éveillé et demander à téter plus souvent (8 à 12 fois par 24 h en moyenne) et du coup tu fabriques de plus en plus de lait et je vais cesser de perdre du poids et commencer à en reprendre.

Fais appel à l'équipe soignante pour nous aider si tu vois que j'ai du mal à prendre le sein car il peut être plus lourd, tendu et chaud... et moi j'apprends encore à téter !



Selon le moment, je peux prendre un seul sein ou les deux, ça dépend !

En général, j'ai plus d'urines qu'hier (au moins 2) et au moins 2 à 3 selles ; elles commencent à devenir plus liquides et jaunes d'or.

Aujourd'hui, il va se passer beaucoup de choses : je vais avoir le test auditif, le test de Guthrie, la visite du pédiatre. Ce sera peut-être notre jour de sortie !

Alors Maman, tu vas peut-être te sentir épuisée, essaie de te reposer quand je dors et prévois de te faire aider quand tu vas me ramener à la maison !

Propose-moi le sein avant que je ne pleure, quand je m'étire, quand je porte mes mains à ma bouche, tâte ma langue et ouvre ma bouche.

Installe-toi confortablement pour être à l'aise et positionne-moi bien en face du sein contre toi en me soutenant.

Comment sais-tu si je tète bien ?

- Je tète lentement et profondément avec des temps de pause, je suis détendu et calme, tu entends quand j'avale, mes oreilles et mon menton bougent.
- Tu peux ressentir des picotements dans le sein mais pas de douleur, avoir des contractions utérines et avoir soif.
- Quand je lâche le sein ou que je m'endors, je suis repu et apaisé ; ton sein est plus souple et l'autre peut couler, ton mamelon est étiré mais non déformé.



4- LE RETOUR A LA MAISON : UNE NOUVELLE ÉTAPE !

Vos prochains rendez-vous :

Le	Avec	Téléphone

Une visite est conseillée avant les 10 jours de votre bébé et une autre entre la 2^e et la 3^e semaine pour peser votre bébé et répondre à vos éventuelles questions.

N'hésitez pas à consulter

- ⇒ si votre bébé vous paraît inconsolable.
- ⇒ si votre bébé dort presque tout le temps.
- ⇒ si les tétées se font rares.
- ⇒ si des douleurs au sein persistent
- ⇒ si vous avez de la fièvre

Les alliés de votre allaitement :

L'équipe de la maternité - tel :

Votre sage-femme libérale :

La puéricultrice de PMI de votre secteur :

Votre médecin traitant ou votre pédiatre :

Les associations de soutien de mère à mère :

Consultation spécialisée d'allaitement :

Fiche 4 : Le retour à la maison : une nouvelle étape (fiche pour les mères)

Histoire de l'allaitement de :

Je suis né(e) le/...../..... à SA par

☺ Maman a eu une anesthésie :

A la naissance, je pesais g.

Je suis le ème bébé allaité de la famille.

Je rentre à la maison

le/...../.....

et je pèse g.

Depuis que je suis née

☺ J'ai fait du peau à peau avec Maman et/ou Papa.

☺ J'ai été séparé(e) de Maman pendant jours. Cause :

☺ J'ai bénéficié du traitement médicamenteux suivant :

☺ J'ai eu une section du frein de langue

☺ J'ai pris des compléments de préparation pour nourrisson

☺ J'ai suivi un traitement de l'ictère

☺ Maman utilise un tire-lait

☺ Je prends le lait de Maman à la seringue, à la tasse, à la cuillère, au biberon
(rayer les mentions inutiles)

☺ Maman utilise des bouts de sein ou écrans en silicone

☺ Maman me donne une sucette

Le retour à la maison : une nouvelle étape !

*Il faut souvent 1 mois pour que l'allaitement se mette vraiment en place.
Prenez le temps, écoutez votre bébé, faites-vous confiance...*

Comment savoir si votre bébé tète suffisamment ?

Les bébés allaités ont au moins 6 couches mouillées d'urine et au moins 3 selles / 24h les 6 premières semaines de vie,
Passé les 5 premiers jours, les selles sont molles ou franchement liquides, de couleur jaune à marron-vert.

Quelques repères :

Pendant les premiers mois, un bébé tète en moyenne **8 à 12 fois / 24h**. Mais rares sont les bébés qui tètent à heure régulière. Les tétées peuvent être groupées, surtout le soir où les périodes d'éveil agité sont plus longues. Il y a des jours où les bébés veulent téter plus souvent. **La plupart des bébés demandent à téter la nuit.** Cela correspond à un réel besoin et contribue à prévenir le risque d'engorgement et à entretenir la fabrication du lait.

Suivre le rythme du bébé les premiers temps facilite le repos des mères qui ont souvent besoin de récupérer de la grossesse et de l'accouchement. Si votre bébé est agité ou s'énervé, vous pouvez lui proposer le sein ; s'il n'en veut pas, il a peut-être besoin de rester contre vous pour se calmer. Le portage est souvent utile au quotidien.

Il est recommandé que l'enfant dorme dans son lit dans votre chambre au moins les 6 premiers mois. Cela permet à la maman de percevoir ses petits signes de réveil avant les pleurs et au bébé de combler son besoin de présence (contact, voix...), même pendant son sommeil.

Certains bébés ont un besoin intense de contacts ; si vous vous sentez dépassée, fatiguée et irritée, il est préférable de le confier à une autre personne et de chercher de l'aide pour mieux vivre ces moments difficiles.

Que faire si des douleurs apparaissent ?

Les crevasses : étaler un peu de lait sur le mamelon aide à cicatriser. Si la douleur persiste, n'hésitez pas à demander l'aide d'un professionnel pour revoir la prise du sein de votre bébé.

L'engorgement : Les tétées fréquentes, au rythme du bébé, permettent en général d'éviter les engorgements. Si les seins deviennent durs et douloureux, si tendus que le bébé ne peut téter et que le lait ne coule pas, on peut exprimer un peu de lait à la main et faire téter le bébé le plus souvent possible. Si l'engorgement dure ou si vous avez de la fièvre, il est conseillé de consulter un professionnel.

Puis-je manger de tout ? oui !

A éviter : l'excès de caféine (café, thé, boissons au cola), l'automédication et les boissons alcoolisées.

Boire à sa soif est suffisant.

Si vous fumez, il est utile d'allaiter pour la santé de votre bébé. Il est très important de ne pas fumer en présence du bébé et de choisir de fumer après une tétée.

L'OMS recommande
l'allaitement exclusif
pendant les 6 premiers
mois de l'enfant, les
professionnels de santé
sont là pour vous aider.

Reprendre une activité ?

La pratique d'un sport est compatible avec l'allaitement.

Si vous prévoyez de reprendre votre travail, vous pouvez continuer à allaiter. Les tétées adoucissent la séparation même si cela demande une certaine organisation. Vous pouvez vous informer sur vos droits au travail et en parler avec les personnes qui accueilleront votre bébé. Allaiter dans les locaux de la crèche ou chez votre assistante maternelle est souvent possible. Vous pouvez choisir d'apporter votre lait pour l'alimentation de votre bébé pendant le temps d'accueil.

5- DÉMARRAGE DE LA LACTATION EN CAS DE SÉPARATION MÈRE-ENFANT

La séparation mère/enfant est un facteur de risque pour la mise en route de la production de lait. L'état de l'enfant ne permet pas en général des tétées efficaces dès la naissance.

INFORMATIONS, SOUTIEN, ACCOMPAGNEMENT ÉMOTIONNEL

Informations sur l'importance pour le développement de l'enfant :

- ✓ du contact mère-enfant et père-enfant,
- ✓ du don de lait maternel, même en l'absence de projet d'allaitement.

EN PRÉNATAL

Si la mère est hospitalisée en service de grossesse pathologique, lui proposer un entretien pour présenter les pratiques du service et discuter l'intérêt du peau à peau et du don de lait.

À LA NAISSANCE

- ✓ Contact peau à peau précoce, même très limité, en salle de naissance.
- ✓ Si possible, tétée précoce

APRÈS LA NAISSANCE

Un bébé né à terme et en bonne santé tête en moyenne à 1 heure de vie. Le contact mère-enfant et l'expression précoce de lait sont à favoriser dès que la situation le permet.

- ✓ Proposer une chambre mère-enfant dès que possible.
- ✓ Ne pas fixer de limitation d'horaires ou de fréquence aux visites des parents.
- ✓ Proposer à la mère de commencer l'expression manuelle du lait aussi tôt que possible.

Facteurs favorisant la mise en route de la lactation

- ✓ Appliquer de la chaleur sur les seins avant le massage (douche chaude ou linge chaud).
- ✓ Penser au bébé, regarder une photographie si le contact direct n'est pas possible.
- ✓ Exprimer le lait **pendant ou après une séance de peau à peau**.
- ✓ Exprimer le lait à la main les 3 premiers jours (voir tableaux ci-dessous).
- ✓ Après la montée de lait, utiliser une technique combinant l'utilisation du tire-lait et les mains (voir tableaux ci-dessous).
- ✓ Exprimer **aussi souvent que possible**, et si la mère peut l'envisager, une fois la nuit. Il n'est pas nécessaire d'observer un intervalle donné entre 2 séances : la mère peut faire des séances rapprochées si ça lui convient.
- ✓ Utiliser un **journal de bord**.

Chaque mère détermine, jour après jour, ce qui lui est possible de faire pour initier et maintenir sa lactation, en fonction des pratiques actuellement validées et a besoin du soutien de toute l'équipe.

INFORMATIONS POUR L'EXPRESSION DU LAIT

Il est nécessaire de :

- ✓ montrer le matériel à la maman,
- ✓ lui apprendre à s'en servir et s'assurer qu'elle peut refaire seule,
- ✓ vérifier que la taille de la tétérille choisie permet une expression efficace et confortable,
- ✓ donner les informations sur le nettoyage du matériel et des mains,
- ✓ donner les informations sur la conservation du lait,
- ✓ fournir l'ordonnance pour la location d'un tire-lait adapté.

STRATÉGIES DÉVELOPPÉES PAR L'ÉQUIPE DE JANE MORTON POUR OPTIMISER LE DÉMARRAGE DE LA LACTATION

Ce schéma d'expression est à présenter aux mères, chacune expérimentant ce qui est le plus efficace pour elle. La fréquence des expressions est également à ajuster.

Les 3 premiers jours, avant la montée de lait - 8 fois par 24 h

Séquence	Objectif	Modalités
1)- Massage des seins	Stimuler le réflexe d'éjection	intensité selon le ressenti de la mère, ne doit pas être douloureux
2)- Expression manuelle	Recueil du colostrum	en alternant d'un sein à l'autre jusqu'à l'expression de la dernière goutte de lait
3)- Tire-lait double recueille	Augmenter le temps de stimulation des seins comme pour un enfant à terme	La compression mammaire peut être utile si la mère trouve un moyen de la pratiquer

Après la montée de lait - 8 fois par 24 h

Séquence	Objectif	Modalités
1)- Massage des seins	Stimuler le réflexe d'éjection	intensité selon le ressenti de la mère, ne doit pas être douloureux
2)- Tire-lait double recueille	Commencer le recueil de lait	La compression mammaire peut être utile, aider la mère à trouver un moyen de la pratiquer
3)- Massage des seins	Relancer le réflexe d'éjection	intensité selon le ressenti de la mère, ne doit pas être douloureux
4)- Expression manuelle	Optimiser le drainage des seins pour stimuler la lactation et augmenter la quantité de lait recueilli	en alternant d'un sein à l'autre jusqu'à l'arrêt complet de l'écoulement de lait
ou		
4)- Tire-lait simple recueille		en pratiquant la compression mammaire et en alternant d'un sein à l'autre jusqu'à l'arrêt complet de l'écoulement de lait

L'utilisation de galactogogues, homéopathie, dompéridone (Motilium®), fenugrec, fenouil, cumin, tisane galactogène, est possible. Ces produits ne remplacent pas les mesures citées précédemment mais peuvent être une aide complémentaire pour la maman, certains nécessitent une ordonnance médicale (voir l'information de décembre 2011 de l'AFSSAPS pour la dompéridone³).

³ voir <http://www.ansm.sante.fr/Infos-de-securite/Lettres-aux-professionnels-de-sante/Medicaments-a-base-de-domperidone-et-securite-d-emploi-cardiovasculaire-Lettre-aux-professionnels-de-sante>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES SUR L'EXPRESSION DU LAIT EN CAS DE PRÉMATURITÉ

Une étude menée sur 95 mères ayant accouché d'un enfant prématuré (de moins de 31 SA) a déterminé les facteurs associés à une production de lait quotidienne supérieure à 500 ml. Les quantités de lait produites en fin de 1^{ère} semaine et à 6 semaines de vie de l'enfant étaient fortement associées. [1]

Dans une étude prospective sur 87 mères dont l'enfant était né en moyenne à 28 SA, le fait d'avoir commencé à exprimer le lait avant 6 h de vie, de tirer fréquemment et pratiquer le peau à peau était associé à une plus grande production de lait quotidienne et à une poursuite de l'allaitement à 4 mois [2].

L'équipe du Centre Hospitalier de l'University de Stanford a développé une stratégie de drainage optimal des seins en cas de naissance prématurée et a observé, en comparant deux groupes d'environ 15 mères, que les mères ayant exprimé manuellement le colostrum au moins 6 fois les 3 premiers jours, obtenaient à 14 jours une production de lait quotidienne de 780 ml contre 443 ml pour les femmes qui avaient exprimé le colostrum 3 fois ou moins les 3 premiers jours.

La mise en œuvre des techniques combinant les mains et le tire-lait à double recueil a permis aux mères ayant tiré leur lait au moins 6 fois les 3 premiers jours, à augmenter leur production de lait quotidienne de 820 ml à 955 ml en moyenne, sans augmenter le nombre de séances d'expression [3].

Les auteurs estiment qu'une production entre 800 et 1000 ml par jour entre 10 et 14 jours, permet à la mère de faire aux situations de baisse de lait, souvent rencontrées pendant l'hospitalisation de l'enfant [4].

Les techniques d'expression manuelle et d'expression combinée mains-tire-lait sont montrées sur 2 vidéos disponibles à : <http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/> ('Hand Expressing Milk', 'Maximizing Milk Production').

L'expression précoce de colostrum, l'expression fréquente de lait par la suite, les techniques développées à Stanford, le contact peau à peau et l'utilisation d'un journal de bord font des moyens recommandés en 2011 par l'association des banques de lait nord-américaines pour favoriser l'établissement et le maintien de la lactation pour les mères d'enfants prématurés [5].

- [1] Hill PD, Aldag JC, Chatterton RT, Zinaman M. Comparison of milk output between mothers of preterm and term infants: the first 6 weeks after birth. J Hum Lact. 2005 Feb;21(1):22-30.
- [2] Furman L, Minich N, Hack M. Correlates of lactation in mothers of very low birth weight infants. Pediatrics. 2002 Apr;109(4):e57.
- [3] Morton J, Hall JY, Wong RJ, Thairu L, Benitz WE, Rhine WD. Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. J Perinatol. 2009 Nov;29(11):757-64.
Voir aussi : <http://www.lactitude.com/text/Bebe-premature-Optimiser-la-production-de-lait.html>
- [4] Managing Breastfeeding in the NICU, in Best Medicine: Human Milk in the NICU, Wight NE, Morton JA, Kim JH, Hale Publishing, Amarillo, USA, 2008, pp 97-134.
- [5] Best Practice for Expressing, Storing and Handling Human Milk in Hospitals, Homes and Child Care Setting. Human Milk Banking Association of North America, 3rd Ed. 2011.

JOURNAL DE BORD ET COURBE DE LACTATION

Le journal de bord permet à la mère de noter au quotidien les quantités de lait tirées et les éléments importants du développement de son bébé (premier contact en peau à peau, première prise du mamelon, premières suctions, etc.). Il donne l'opportunité aux soignants de soutenir la mère concrètement en cas de baisse de lait.

La courbe de lactation permet à la mère d'ajuster le nombre de séances d'expression en fonction de sa production quotidienne et de son projet d'allaitement à long terme.

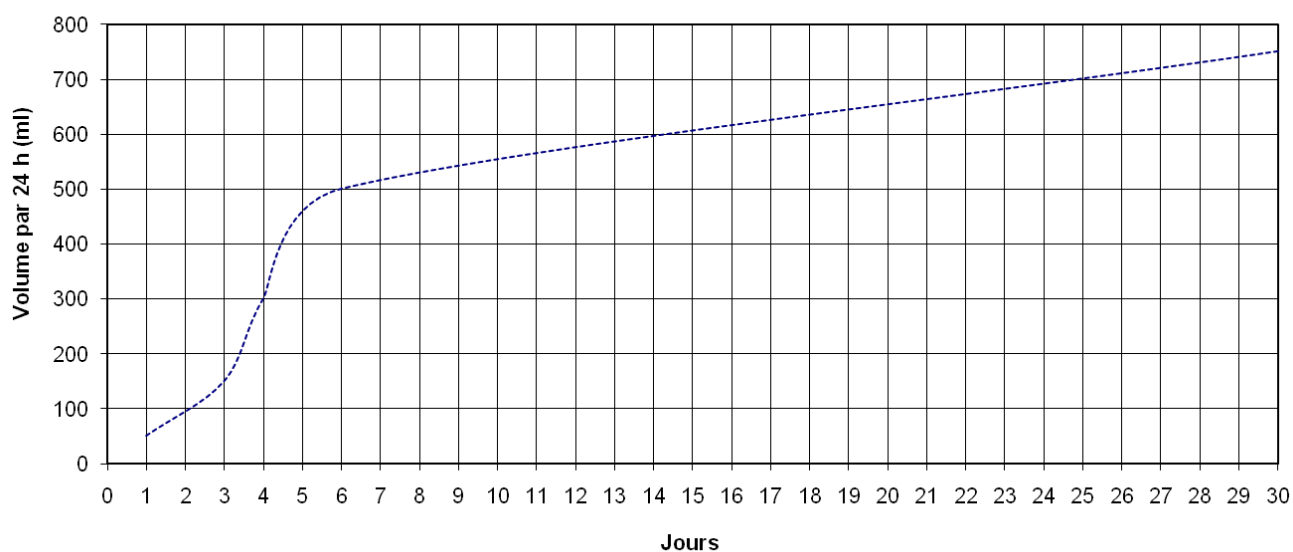
Date :

Poids de mon bébé :

séance :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
heure de début										
heure de fin										
Quantité tirée (ml)										

Que s'est-il passé aujourd'hui ?

Evolution de la lactation



6- OBSERVATION DES TÉTÉES – SIGNES FAVORABLES À L'ALLAITEMENT

Date et heure de naissance :	Date :											
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
PRISE DU SEIN												
- Le mamelon et l'aréole semblent sains	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- La mère propose le sein aux premiers signes d'éveil chez le bébé	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- Le bébé cherche le sein et l'explore (fouissement)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- Le bébé est calme (il peut être éveillé ou somnolent)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
POSITION DU CORPS DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT												
- La mère est détendue, à l'aise (dans la position de son choix)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- Le corps du bébé est contre la mère, face au sein	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- La tête et le corps du bébé sont dans le même axe	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- Le corps du bébé est soutenu (fesse, tronc)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- Le menton du bébé touche le sein	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
EFFICACITE DE LA SUCCION												
- La bouche est grande ouverte	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- Le bébé prend une majeure partie de l'aréole	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- Le bébé tète lentement et profondément avec des temps de pause	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- On entend ou on voit le bébé avaler	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- Signes d'éjection du lait (picotement, tranchées, écoulement, soif)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- Absence de douleur du mamelon pendant et en dehors des tétées	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RELATION MÈRE - ENFANT												
- Participation active de la mère pour se positionner et aider son bébé	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- Interaction entre la mère et l'enfant	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
EN FIN DE TÉTÉE												
- Le bébé lâche le sein, paraît repu et apaisé	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- À partir de la montée de lait, les seins sont plus souples après la tétée	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- Le mamelon est étiré mais non déformé quand le bébé lâche le sein	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nom de l'observateur												

Commentaires au verso si nécessaire

L'observation d'une tétée par jour est recommandée quand tout va bien, plus souvent en cas de difficulté.

7- LE BÉBÉ BIEN PORTANT QUI NE TÊTE PAS, QUI DORT OU QUI « REFUSE » LE SEIN

Le groupe préconise d'intervenir en prévention si l'enfant n'a pas pris (ou repris) le sein dans les 6 h qui suivent sa sortie de salle de naissance (8 h de vie).

De manière générale, ANTICIPER sans attendre des signes cliniques supplémentaires (perte de poids, hypoglycémie, ictère aggravé, etc.).

1- UN TEMPS D'OBSERVATION

- Comportement du bébé (cf. Fiche 10- Comportement du nouveau-né en maternité)
- Observation d'une tétée (cf. Fiche 6- Observation des tétées – signes favorables à l'allaitement)
- Examen des seins (cicatrices, mamelons ombiliqués, etc.)
- Vérification du frein de langue

2- LES POINTS ESSENTIELS

=> Limiter les pertes d'énergie :

- Proposer le contact peau à peau prolongé
- Surveiller le comportement du bébé
- Retarder le bain

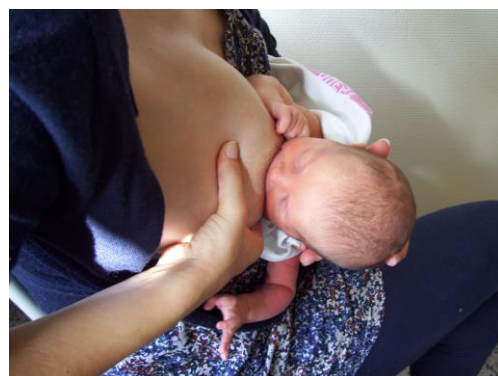


=> Informer les parents :

- Repérage des signes d'éveil et rythme tétées / sommeil, cf. Fiche 10- Comportement du nouveau-né en maternité et Fiche 15- Accompagner le démarrage de l'allaitement maternel.
- éviter tétines et sucettes
- peau à peau prolongé et proximité 24/24h avec la mère

=> Alimenter l'enfant : expression manuelle (éventuellement tire-lait) du colostrum

- Don de colostrum à la cuillère ou à la seringue, aux signes d'éveil sans attendre les pleurs, soit environ 8 à 12 fois /24h
- Après H24, quand le bébé est éveillé, la tasse peut aussi être utilisée
- Si l'enfant prend le sein, augmenter le transfert de lait avec :
 - Compression mammaire (cf. photo ci-contre et Fiche 15- Accompagner le démarrage de l'allaitement maternel)
 - Alternance : changer de sein dès qu'il y a ralentissement du rythme de succion



=> Soutenir les parents

3- SUGGESTIONS POUR LES CAUSES LES PLUS FRÉQUENTES

Causes fréquentes du côté du bébé

- **Hypersensibilité de la tête** (si la mère ou un professionnel a appuyé sur la tête de l'enfant pour la prise du sein ou en cas de douleur)
- **Préférence sein-biberon** (si l'enfant a reçu des biberons, parfois un biberon suffit à perturber les réflexes de l'enfant)
- **Difficulté de succion**
l'enfant ne maintient pas le sein en bouche,
ou fait quelques suctions et lâche le sein,
ou prend le sein sans mouvement de succion observable)

Ce qu'on peut proposer à la mère (Cf. Fiche 15)

- **Contact peau à peau prolongé** (sinon proximité mère-enfant pour favoriser et repérer plus aisément les signes d'éveil)
- **Positions de type transat** (sinon madone inversée)
- **Présentation du sein avec la main en U** dans un moment où l'enfant est calme (dans un demi sommeil ou après l'avoir apaisé)
- **Soutien postural** de la nuque et du dos de l'enfant, permettre à l'enfant d'avoir un appui plantaire
- **Expression manuelle fréquente de colostrum et don à la seringue** (surtout si l'enfant est profondément endormi) **ou à la cuillère** (à privilégier si l'enfant est éveillé)

Cause fréquente liées à la mère

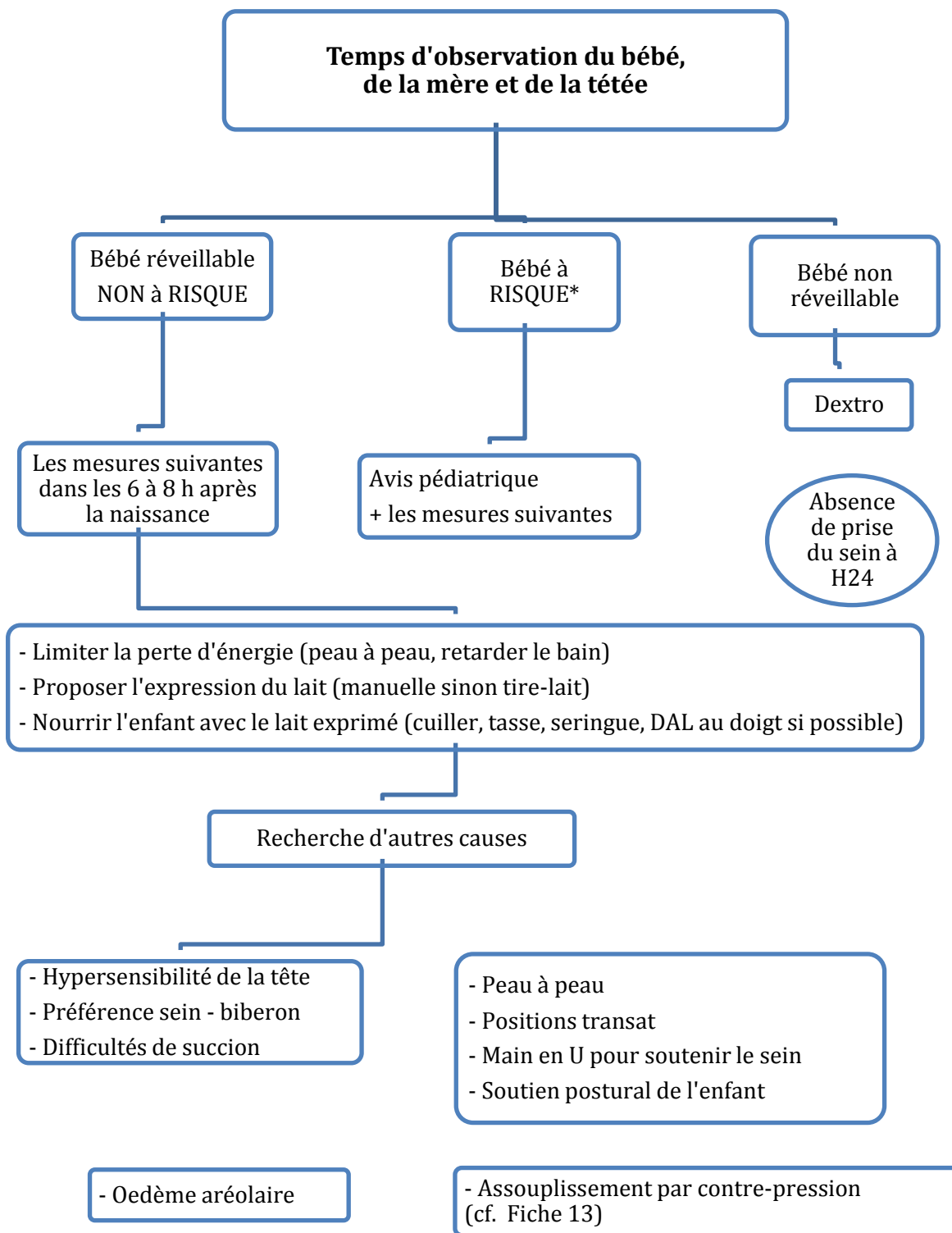
- **Œdème des aréoles de la mère** (en cas de perfusions importantes pendant le travail ou en cas d'engorgement)

Ce qu'on peut proposer à la mère

- **Assouplissement des aréoles** par contre-pression juste avant la tétée ou l'expression manuelle de colostrum (cf. Fiches 11 et 13)

4- QUAND DEMANDER UN AVIS PÉDIATRIQUE ?

- Bébé réveillable mais n'a pas pris le sein à H24 (alimenté par don de colostrum de préférence)
- Bébés à risque (cf. Fiche 9- Prévention de la perte de poids excessive)
- Bébé impossible à réveiller



* bébé à risque : cf. Fiche 9- Prévention de la perte de poids excessive.

8- ALLAITEMENT DES Jumeaux

SOUTIEN

Il existe des aides au niveau social, pour faciliter la logistique et apporter un soutien financier, à demander auprès de la CAF, la CPAM et les mutuelles (déclarer la grossesse gémellaire avant la 14^e semaine de grossesse et faire la demande d'aide spécifique pour les jumeaux !).

On peut aussi voir avec les employeurs des parents (conventions collectives particulières) : possibilité d'aide financière, de congés prolongés, d'aide ménagère ou travailleuse familiale, participation frais de garde des enfants aînés éventuels...

Soutien par les professionnels:

- sage-femme ou puéricultrice à domicile, y compris préparation prénatale +++
- consultantes en lactation,
- psychologues,
- Mettre en lien avec la PMI pour infos et réseau local.

Soutien entre pairs :

- Associations allaitement jumeaux : Allaitement des jumeaux et plus (ADJ+) - 04 73 53 17 95 (numéro national) www.allaitement-jumeaux.com
- Toutes les associations de soutien à l'allaitement en général.
- Il existe des associations de parents de jumeaux qui peuvent soutenir les aspects logistique, organisationnel et matériel (ne font pas forcément de soutien à l'allaitement).

POSITIONS : ENSEMBLE OU SÉPARÉMENT ?

	Allaiter chaque bébé séparément	Allaiter les 2 bébés en même temps
Avantages	• Permet un tête à tête, attention à chacun • Installation plus facile => autonomie de la mère • Attention particulière pour un bébé qui a des difficultés pour téter (permet compression mammaire, permet un suivi plus attentif de la prise du sein...)	• Gain de temps • Le bébé le plus efficace déclenche les réflexes d'éjection dont l'autre bébé bénéficie à l'autre sein
Inconvénients	• Le temps consacré aux tétées est plus long	• Besoin d'être aidée par quelqu'un au début, conditions d'installation plus complexes (coussins, fauteuils...) • Positions spécifiques • Nécessité d'un rythme de tétée commun pour les 2 bébés (favorisé par berceau commun et par le peau à peau) • Demande une attention particulière pour que chacun prenne correctement le sein

Souvent, les mères envisagent d'allaiter les 2 enfants simultanément pour certaines tétées à partir du moment où chaque enfant tète efficacement sans trop d'aide de leur part. Il est important de discuter avec elles des possibilités d'allaiter les 2 enfants ensemble avant la sortie de maternité, même si elles ne l'ont pas expérimenté pendant le séjour.

SITUATIONS PARTICULIÈRES

Certaines mères choisissent de recueillir leur lait et de le donner au biberon. Elles ont tout autant besoin d'être soutenues dans ce choix et la réalisation de ce type d'allaitement.

Certaines difficultés de l'allaitement ne sont pas spécifiques aux jumeaux : prématurité, hypotrophie... Les suggestions habituelles peuvent être adaptées à la gémellité.

Le peau à peau est possible avec 2 enfants, le père peut prendre le relais en s'installant en peau à peau avec un enfant.

Position dite « transat »

La mère est semi-allongée, selon un angle qui est confortable pour elle. Ses bras sont soutenus par des coussins.

Chaque enfant est le long de son corps.

Cette position :

- permet une transition facile quand, au cours d'une séance de peau à peau, les enfants sont prêts à prendre le sein ;
- est souvent bien adaptée à la première tétée en salle de naissance ;
- demande moins d'efforts à la mère pour maintenir les deux enfants au sein ;
- est souvent jugée très confortable par les mères ;
- est très appropriée en cas de naissance par césarienne.



Dans cette position, un enfant est en position « madone » et l'autre en « ballon de rugby ».

Cet arrangement :

- peut aider le plus petit des enfants, ou celui qui a le plus besoin d'aide pour la prise du sein à être plus efficace, c'est cet enfant qui est placé en « ballon de rugby » ;
- permet de varier les positions en cas de douleur ;
- peut faciliter le drainage des seins.



Dans cette position, l'enfant le plus léger est placé au-dessus de l'autre. Pour chacun, la tête est libre et légèrement défléchie, posée sur l'avant-bras de la mère.

Cette position :

- convient plutôt aux enfants qui sont déjà assez autonomes pour la prise du sein ;
- peut être utilisée en position « transat » pour la mère qui s'installe semi-couchée.



Position avec « 2 ballons de rugby »

La mère a placé un coussin dans son dos pour dégager de la place pour le corps et les jambes des enfants. La mère tient chaque enfant avec la paume d'une main placée entre les omoplates, sans appuyer sur la tête. Le nez de chaque enfant est spontanément dégagé car sa tête est légèrement défléchie.

Dans cette position :

- la main de la mère derrière la nuque facilite une prise du sein efficace ;
- le geste est symétrique pour la mère ;
- aucun enfant n'appuie sur le ventre de la mère, ce qui peut être avantageux en cas de naissance par césarienne.



9- PRÉVENTION DE LA PERTE DE POIDS EXCESSIVE

D'après les études, les nouveau-nés perdent **entre 5 et 7 % de leur poids de naissance**, dans les conditions physiologiques où l'allaitement se met en place sans difficulté.

ÉVALUATION DES RISQUES

L'évaluation du risque de perte de poids excessive est toujours spécifique du couple mère-enfant. Néanmoins, il peut être utile de se donner une classification fondée sur l'expérience.

Un bébé est dit à risque modéré de perte de poids excessive si lui ou sa mère sont concernés par un seul item du tableau ci-dessous.
Un bébé est dit à risque important de perte de poids excessive pour 2 items ou plus.

Circonstances liées à l'accouchement	Circonstances liées à la mère	Circonstances liées au bébé
Déclenchement	Surpoids IMC > 25	Endormi, pas de signes d'éveil
Accouchement long	Diabète	Hypotrophie
Extraction instrumentale	Échec d'un allaitement antérieur	Macrosome
Césarienne	Anémie	Hypothermique
Hémorragie de la délivrance	Douleur (épisiotomie, lésions des mamelons, etc.)	Douleur (bosse séro-sanguine, etc.)
Péridurale	Séparation mère –enfant	Infection
Réanimation néonatale	Antécédent de chirurgie mammaire	Ictère
		Signe de déshydratation
		Séparation mère –enfant
		Naissance prématurée < 37 SA
		L'enfant n'a pas pris le sein en salle de naissance

POURQUOI PRÉVENIR LA CHUTE DE POIDS EXCESSIVE ?

Dans le but d'éviter :

- Une hypoglycémie, une déshydratation, une aggravation de l'ictère banal
- Un séjour prolongé à la maternité, une hospitalisation en pédiatrie
- Une prescription de compléments

De manière générale être attentif dès les premières 24h pour tous les bébés.
Et les 24h suivantes pour les bébés à risque (voir tableau ci-dessus)

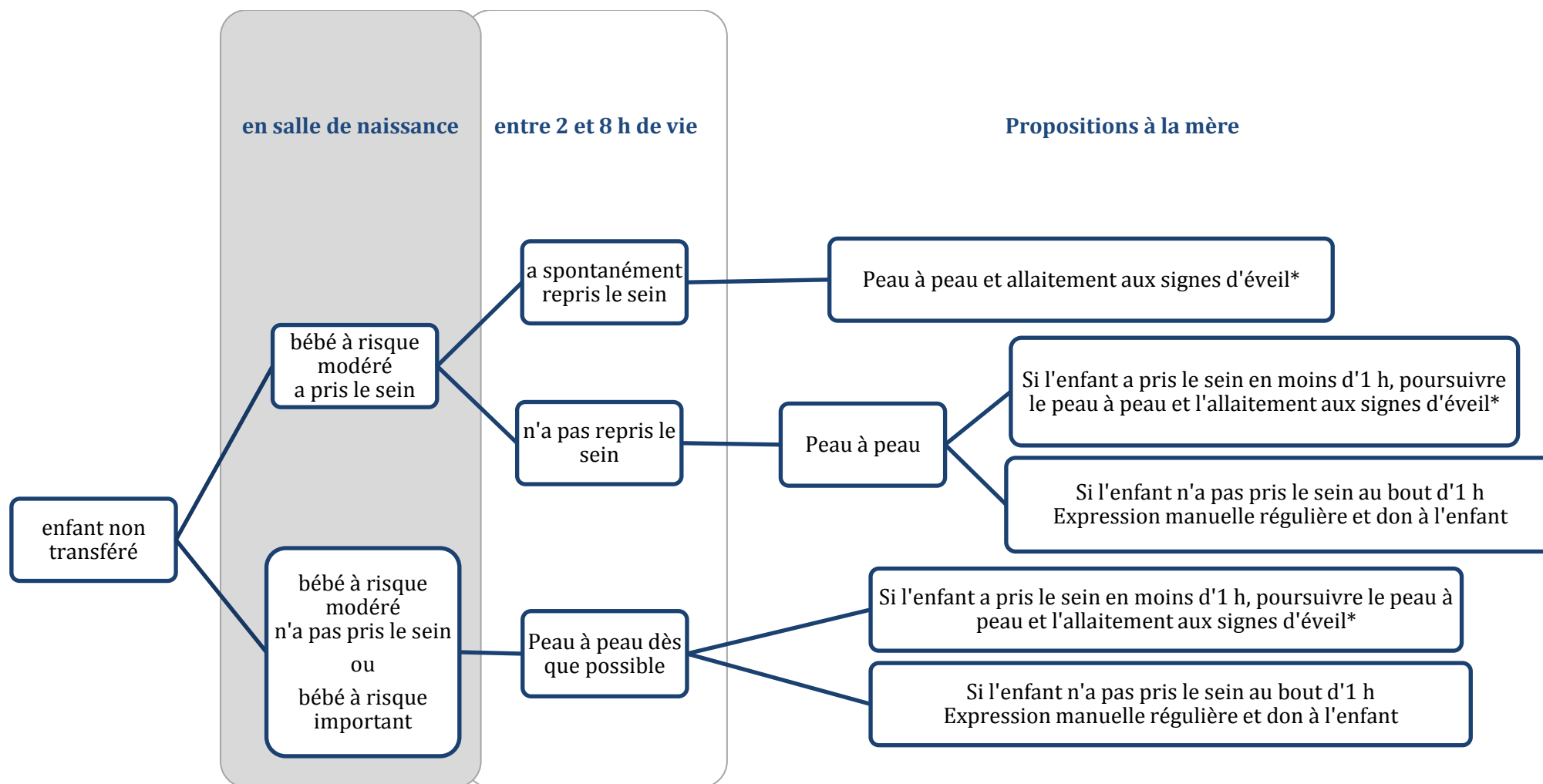
COMMENT PRÉVENIR LA CHUTE DE POIDS EXCESSIVE ?

- Pratiquer le peau à peau en salle de naissance, renouvelé en chambre.
- Suggérer à la mère de proposer le sein dès les premiers signes d'éveil.
- Limiter les pertes d'énergie de l'enfant en retardant le bain, calmer les pleurs.
- Observer une tétée du début à la fin, cf. fiche 6- Observation des tétées – signes favorables à l'allaitement.
- Proposer à la mère de pratiquer la compression mammaire pendant la tétée.
- Proposer à la mère d'exprimer manuellement son lait, pour le donner à l'enfant, si possible à la cuillère ou à la tasse.
- Contrôler une glycémie (si bébé non réveillable ou prescription pédiatrique).
- Examen du bébé par le pédiatre.

ÉVALUATION

Stabilisation du poids ou reprise de poids au bout du 4^e jour de vie..

SCHEMA POUR LA PREVENTION D'UNE PERTE DE POIDS EXCESSIVE DANS LES 24 PREMIERES DE VIE DE L'ENFANT ALLAITÉ



* : La compression mammaire peut être utile les premiers jours pour aider le bébé à recevoir plus de lait, cf. Fiche 15- Accompagner le démarrage de l'allaitement maternel.

10- COMPORTEMENT DU NOUVEAU-NÉ EN MATERNITÉ

ENVIRONNEMENT, BESOINS DES PARENTS

Le bien-être de la mère devrait être une préoccupation de chaque équipe soignante, pour lui permettre de répondre au mieux aux besoins de son enfant. Une mère en sécurité sera un soutien sûr pour son enfant.

Environnement matériel : favoriser le calme et l'intimité des parents et de leur enfant. Parfois aider les parents à limiter les visites pour le bien-être de leur enfant. Veiller à ce qu'ils aient toujours à disposition le matériel nécessaire aux soins au moment où ils en ont besoin.

Environnement humain : Pour aider les parents à s'adapter à l'enfant, le soignant devra lui-même être en mesure de s'adapter à eux. Cela sous-entend :

- écouter et prendre le temps pour cela avec bienveillance et empathie.
- aborder chaque situation sans idée préconçue.
- délivrer des informations correctes, adaptées et individualisées à chaque famille sur l'allaitement, l'alimentation et le comportement du nouveau-né.
- encourager, valoriser les parents dans leurs compétences.
- permettre au père de s'impliquer dans les soins courants : peser le bébé, le baigner, etc. en pratiquant ces soins avec enveloppement de l'enfant si cela aide à éviter les pleurs.
- ne pas « faire » à la place des parents.
- permettre aux parents d'exprimer leurs besoins futurs pour proposer et les mettre en relation avec des professionnels qui pourront répondre à ces besoins hors de la maternité.

La sécurité du soignant dans ses compétences lui permettra d'accompagner au mieux la mère et le père, même s'il peut être parfois amené à adresser le parent à un professionnel plus spécialisé.

La confiance donne confiance.

SOMMEIL ET RYTHME DES PREMIERS JOURS

Un nouveau-né a son rythme propre qui est encore celui du fœtus. Il dort par périodes d'environ 45 à 60 min et s'endort directement en sommeil agité. Typiquement il dort plus le matin que la nuit.

La deuxième et troisième nuit sont le plus souvent particulièrement animées, ce qui correspond à un comportement biologique naturel souvent appelé « nuit de java ». Il convient donc d'informer les mères sur les manifestations à venir de leur bébé et de les soutenir au moment venu.

Nuit de java

Ce terme correspond en général à la deuxième et troisième nuit au cours desquelles l'immense majorité des nouveau-nés bien portant sont très agités, sollicitent sans arrêt leur mère, ne se calment que dans ses bras, contre elle en peau à peau ou au sein.

Lorsque la mère n'a pas été informée de la « nuit de java », elle se sent dépassée, désemparée, démunie et remet en cause ses capacités à répondre aux besoins de son bébé, et notamment doute de son allaitement.

Cette nuit de java est une étape physiologique qui survient quasiment chez tous les bébés allaités ou non allaités. Elle fait partie de la programmation du comportement du nouveau-né humain (attachement, démarrage de la lactation...).

Tétées groupées

La plupart des nouveau-nés ne tète pas régulièrement. À certains moments de la journée, notamment le soir, en début de nuit, ils vont avoir des tétées très rapprochées de courte durée.

Ces tétées ne sont pas reliées à une insuffisance qualitative ou quantitative du colostrum ou du lait, elles sont l'expression biologique du rythme du nouveau-né.

Les pleurs du soir ne devraient pas être une indication systématique de complément ou conduire à calmer l'enfant avec une sucette.

Ces tétées groupées ne sont pas source de douleur ou de crevasse à condition que l'enfant ait une prise du sein adaptée (cf. Fiche 15- Accompagner le démarrage de l'allaitement maternel).

Le soutien consiste à encourager les mères à proposer le sein sans restriction, en les aidant à trouver les conditions permettant des tétées confortables.

Évolution des selles et des urines

Âge de l'enfant	Nombre d'urines par 24 h	Nombre de selles par 24 h	Couleur des selles
1 ^{er} jour (0 à 24 h)	1	1	Méconium
2 ^e jour (25 à 48 h)	2 ou plus	1 ou 2	Méconium / Transition
3 ^e jour (49 à 72 h)	2 à 5	3 ou plus	Transition / Jaunes
4 ^e jour (73 à 96 h)	5 à 6	3 ou plus	Jaunes

Rythme des tétées

À partir du 2^e jour, la plupart des nouveau-nés bien portants vont en général s'éveiller spontanément entre 8 à 12 fois par 24h pour téter. L'alimentation est en effet corrélée au cycle d'éveil.

CRI ET PLEUR

Le nouveau-né humain est un être immature qui a des besoins corporels et émotionnels. Il exprime ces besoins par de petits signes et en l'absence de réponse adaptée, par des cris et/ou des pleurs.

Les premiers jours en maternité, il n'existe pas de différenciation des pleurs (faim, froid, insécurité, inconfort...).

Tout pleur, les premiers temps, doit avoir comme réponse le réconfort, dans les bras, en peau à peau, au sein... Les études montrent que plus le parent répond aux sollicitations de l'enfant nouveau-né, plus celui-ci gagne en sécurité affective et émotionnelle : il se sent accueilli, entendu, accompagné et reconnu. Il prend confiance en lui et en son entourage proche. Cela participe au fondement de sa future sécurité intérieure.

**De ce fait il n'existe pas de « caprices » ou de « mauvaises habitudes » en maternité.
Il n'y a aucune restriction à ce que l'enfant soit câliné dans les bras à longueur de temps.**

Laisser pleurer l'enfant dans son berceau génère du stress (augmentation des hormones de type adrénérgiques), et induit un sentiment d'insécurité.

Le pleur non entendu peut finir par amener l'enfant à se résigner.

MANIFESTATIONS DIGESTIVES OU « COLIQUES »

Dans la terminologie médicale, le terme de coliques ne concerne pas le nouveau-né en maternité. Il est à éviter dans le discours des professionnels car, trop souvent, les parents associent ce terme à celui de « maladie et de difficultés à venir pendant de nombreuses semaines ».

Il convient de proposer des explications⁴ sur ce comportement de pleurs, d'agitation, de bruits digestifs, et de proposer des moyens d'apaiser le nouveau-né : regroupement, portage, bercement, tétée...

Le lait maternel peut se digérer en 30 minutes à 1 heure selon la quantité prise par l'enfant.

Le lait maternel tapisse les muqueuses du tube digestif de l'enfant, ce qui le protège des germes pathogènes. Les tétées fréquentes entretiennent ce tapissage. Tout complément, eau, tisane, préparation pour nourrisson agit comme un diluant de cette protection.

Ce phénomène justifie le rythme habituel de tétée des nouveau-nés allaités (tétées fréquentes et groupées, sans espacement régulier) et explique l'augmentation du risque allergique en cas d'allaitement non exclusif avant 4 mois.

Tout complément modifie également la flore intestinale pendant environ 3 semaines et pourrait avoir un impact sur le développement du système immunitaire de l'enfant à long terme⁵.

⁴ inconfort digestif, adaptation du transit, mise en place des selles.... qui ne sont que l'expression de l'adaptation physiologique du bébé.

⁵ Walker M. Supplementation of the Breastfed Baby - "Just One Bottle Won't Hurt" ---or Will It?, 2009.
http://www.naba-breastfeeding.org/images/Just_One_Bottle.pdf

11- EXPRESSION MANUELLE ET TIRE-LAIT

Le démarrage de la lactation est optimal quand la stimulation des seins se rapproche de celle qu'exerce un nouveau-né à terme et en bonne santé qui reste proche de sa mère pendant les premiers jours : **tétées nombreuses et efficaces dès les premières heures de vie** (cf. Fiche 10- Comportement du nouveau-né en maternité).

Pendant le séjour en maternité, quand il n'y a pas séparation mère-enfant, il est souhaitable que la proposition de tire-lait soit peu fréquente.

En effet, si le tire-lait est un accessoire banal pour les soignants de maternité, il n'en est pas de même pour les mères. Le tire-lait peut être vu comme une instrumentalisation des seins, faire référence à l'industrie laitière, etc. Il est, de toutes façons, très éloigné des attentes de la plupart des mères qui souhaitent allaiter.

Il est donc très important que les soignants proposent l'utilisation du tire-lait en deuxième intention après avoir proposé à la mère de :

- favoriser des tétées fréquentes et efficaces (cf. Fiche 15- Accompagner le démarrage de l'allaitement maternel)
- exprimer manuellement le lait pour nourrir un bébé peu efficace ou qui est à risque d'une perte de poids importante (cf. Fiche 7- Le bébé bien portant qui ne tète pas, qui dort ou qui « refuse » le sein et Fiche 9- Prévention de la perte de poids excessive).

L'EXPRESSION DU LAIT AU COURS DES 2 OU 3 PREMIERS JOURS

C'est l'expression manuelle qui est à privilégier :

Elle permet de recueillir les quantités physiologiquement faibles des premiers jours⁶ :

Jour de vie de l'enfant	1 ^{er} jour	2 ^e jour	3 ^e jour
Volume de lait attendu à chaque expression (ml)	5 à 7	10 à 15	20 à 30

Elle nécessite peu de moyens : il suffit que la mère se lave soigneusement les mains avant chaque expression et utilise un récipient de recueil également soigneusement lavé (cuillère ou petit flacon)⁷.

Elle renforce le sentiment de compétence maternelle : après la phase d'apprentissage, la mère peut être rapidement autonome et se sentir soulagée de nourrir complètement son enfant, en attendant de pouvoir arriver à l'allaitement exclusif au sein.

En cas de difficulté durable ou de séparation mère-enfant, l'expression manuelle combinée au tire-lait est aujourd'hui présentée comme la stratégie la plus efficace d'après certaines études récentes (voir ci-dessous les stratégies développées par le Dr Jane Morton et la fiche 14- Douleur et lésions du mamelon).

⁶ L'utilisation du tire-lait entraîne souvent une perte très importante de ces quantités dans les tubulures, ce qui peut décourager la mère.

⁷ Quelques études ont montré que la qualité bactériologique du lait exprimé manuellement était supérieure ou équivalente à celle du lait obtenu avec un tire-lait. (HMBANA, 2012 p. 10)

EXPLIQUER L'EXPRESSION MANUELLE DU LAIT À LA MÈRE

Le faire sur le sein de la mère ou le montrer ?

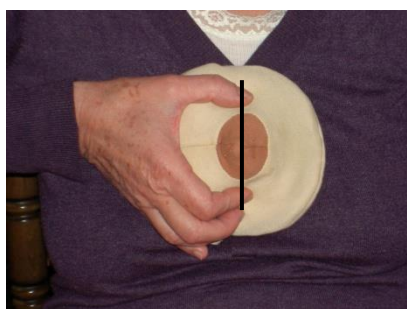
Il n'est habituellement pas nécessaire que le soignant pratique l'expression manuelle sur le sein de la mère : des explications sur un sein en tissu sont en général suffisantes pour que la mère apprenne la séquence des gestes. Cela évite également toute douleur car la mère adapte la pression de ses doigts en fonction de ses sensations. Certaines mères apprécient au début que le soignant pose ses doigts sur les leurs pour les aider à sentir le mouvement vers la cage thoracique et le geste de compression qui suit.

Il est très important d'informer que les gestes allant vers l'avant, c'est-à-dire vers le mamelon, sont le plus souvent inefficaces, voire douloureux (par la friction qu'ils entraînent), car ils peuvent bloquer l'écoulement du lait dans les canaux lactifères.

Avant l'expression

Un massage doux des seins, aréoles et mamelons ainsi que l'application de chaleur peuvent aider à stimuler l'éjection du lait (ou du colostrum).

Comment faire ?

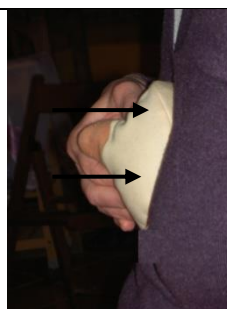


Position des doigts en forme de « C »

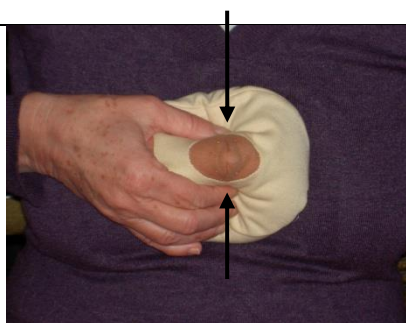
La mère place ses doigts à environ 3 cm en arrière de la base du mamelon pour former un « C » ou un « U ». Les pulpes du pouce et de l'index sont sur une ligne qui passe par le mamelon. La position des pulpes par rapport à la base du mamelon est variable d'une femme à l'autre : chaque mère trouvera l'ajustement qui lui convient



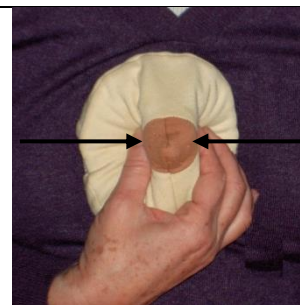
Position des doigts en forme de « U »



La mère comprime son sein vers son corps, en direction de la cage thoracique,



puis presse son sein entre le pouce et les autres doigts quelques secondes, et relâche la pression.



La mère reprend ensuite la même séquence pendant quelques minutes et change de sein. Il est courant que les mères obtiennent plus de lait en changeant plusieurs fois de sein au cours d'une même séance. Certaines mères ont plus de facilité à faire venir le lait en alternant d'un sein à l'autre après seulement 2 ou 3 séquences. (voir le lien vers la vidéo de l'Université de Stanford, en fin de fiche).

COMMENT ACCOMPAGNER LA MÈRE À RECUEILLIR SON LAIT ?

Conditions d'hygiène :

- Au préalable, lavage soigneux des mains.
- Pour l'hygiène du matériel, chaque établissement établira des procédures en accord avec le CLIN.

Choix de la taille des téterelles

- Il est important que la taille soit adaptée en fonction de la taille du mamelon.
- Choisir une téterelle dont la taille correspond au diamètre à la base du mamelon + 2 mm.
- Certains fabricant de tire-lait proposent des réglettes de mesure.

	Situation	Objectifs	Expression manuelle	Modèle de tire-lait	Fréquence de recueil
Avant la montée de lait	Nouveau-né transféré prématuré ou à terme	Initier la lactation	Très importante les premiers jours, à combiner avec l'utilisation du tire-lait (cf. stratégies de Jane Morton)	Physiologique double recueil	Proposer en priorité les stratégies de Jane Morton
	Défaut de transfert de lait	Initier la lactation	Très importante les premiers jours, à combiner avec l'utilisation du tire-lait	Physiologique double recueil	Proposer en priorité les stratégies de Jane Morton
Après la montée de lait	Insuffisance de lactation	Optimiser la lactation	Peut être utilisée selon le choix de la mère	Physiologique double recueil	Au moins 8/24h
	Défaut de transfert de lait **	Entretenir la lactation et prévenir l'engorgement (cf. fiche 13- Tension mammaire et prévention de l'engorgement)	Peut s'avérer utile en fonction de la situation	Physiologique double ou simple recueil- tire lait manuel	Selon situation
	Utilisation ponctuelle tire-lait *	Entretenir la lactation	Peut s'avérer utile selon le choix de la mère	Tout type de tire-lait ou expression manuelle selon le choix de la mère	Fréquence libre

* : concerne de rares situations : contre-indication temporaire, par exemple scanner injecté à base de produit iodés...

** : ne pas oublier de rechercher l'origine du défaut de transfert de lait.

STRATÉGIES DÉVELOPPÉES PAR LE DR JANE MORTON POUR OPTIMISER LE DÉMARRAGE DE LA LACTATION⁸

Ce schéma d'expression est à présenter aux mères, chacune expérimentant ce qui est le plus efficace pour elle. La fréquence des expressions est également à ajuster.

Les 3 premiers jours, avant la montée de lait - 8 fois par 24 h

Séquence	Objectif	Modalités
1)- Massage des seins	Stimuler le réflexe d'éjection	Intensité selon le ressenti de la mère, ne doit pas être douloureux
2)- Expression manuelle	Recueil du colostrum	En alternant d'un sein à l'autre jusqu'à l'expression de la dernière goutte de lait
3)- Tire-lait double recueil	Augmenter le temps de stimulation des seins comme pour un enfant à terme	La compression mammaire peut être utile si la mère trouve un moyen de la pratiquer

Après la montée de lait - 8 fois par 24 h

Séquence	Objectif	Modalités
1)- Massage des seins	Stimuler le réflexe d'éjection	Intensité selon le ressenti de la mère, ne doit pas être douloureux
2)- Tire-lait double recueil	Commencer le recueil de lait	La compression mammaire peut être utile, aider la mère à trouver un moyen de la pratiquer
3)- Massage des seins	Relancer le réflexe d'éjection	Intensité selon le ressenti de la mère, ne doit pas être douloureux
4)- Expression manuelle	Optimiser le drainage des seins pour stimuler la lactation et augmenter la quantité de lait recueilli	En alternant d'un sein à l'autre jusqu'à l'arrêt complet de l'écoulement de lait
ou		
4)- Tire-lait simple recueil		En pratiquant la compression mammaire et en alternant d'un sein à l'autre jusqu'à l'arrêt complet de l'écoulement de lait

Si la mère utilise un tire-lait, il est nécessaire de :

- lui montrer le matériel,
- lui apprendre à s'en servir et s'assurer qu'elle peut refaire seule,
- vérifier que la taille de la tétérrelle choisie permet une expression efficace et confortable,
- donner les informations sur le nettoyage du matériel et des mains,
- donner les informations sur la conservation du lait,
- fournir l'ordonnance pour la location d'un tire-lait adapté.

⁸ Des vidéos sont disponibles à cette adresse :

Expression manuelle : <http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/HandExpression.html>

Utilisation combinée du tire-lait et des mains :

<http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/MaxProduction.html>

12- PROCÉDURE D'ACCUEIL DU NOUVEAU-NÉ EN SALLE DE NAISSANCE

L'objectif est de respecter la physiologie de la naissance et de favoriser le **contact précoce, prolongé et ininterrompu** du nouveau-né et de sa mère. Celui-ci permet à l'enfant de se mobiliser pour prendre le sein de façon optimale, en cas d'allaitement maternel ou de tétée d'accueil.

Il facilite l'établissement du lien mère-enfant tout en garantissant la sécurité de l'enfant et de sa mère.

A – ENFANT NÉ PAR VOIE BASSE SPONTANÉMENT APRÈS 37 SA, SANS RISQUE DE PATHOLOGIE

1 – Définition

- Contact précoce et prolongé sans interruption, du nouveau-né et de sa mère dès la naissance en salle d'accouchement pendant au minimum 2 heures.

2 – Installation du nouveau-né

- En présence d'une tierce personne.
- En décubitus ventral sur le thorax de sa mère.
- Séché, avec mise en place d'un bonnet et d'un tissu chaud qui sera changé une fois.
- Le visage de l'enfant est dégagé, en permanence visible (intérêt de sensibiliser les parents).

3 – Installation de la mère

- La mère est installée en proclive (environ 45°).
- Veiller à ce que la mère ait chaud. La mère peut être couverte d'une couverture afin de maintenir sa température. Des serviettes peuvent soutenir ses avant-bras et ses coudes pour faciliter son confort.

4 – Les autres conditions

- Un bandeau de peau à peau peut permettre de stabiliser le nouveau-né sans effort musculaire de la mère.
- La température ambiante de la pièce doit être suffisante (22-24 °C).
- Limiter les agressions visuelles et sonores.
- Les soins du cordon, la pose du bracelet d'identité et la mise de la couche peuvent être faits sur le ventre de la mère.

- 5 – **La surveillance** : elle doit être particulièrement renforcée chez les primipares qui sont plus à risque.



Observation clinique toutes les 15 minutes,
cf. Fiche 1 : surveillance du peau à peau en salle de naissance

- Respiration nasale libre : à ce sujet, sensibiliser les parents sur le positionnement du visage du bébé.
- Couleur
- Comportement : éveil, réactivité, pleurs
- Appréciation clinique de la thermorégulation (toucher)

Au moindre doute : surveillance
renforcée et pose d'une saturation O₂
(SA O₂).

6 - Les autres soins de routine : à pratiquer au terme des 2 heures de surveillance

- La température
- La vérification des choanes par l'obstruction alternée des narines.
- Collyre – Vit K
- Les mensurations

B - ENFANT À RISQUE DE PATHOLOGIE

- Pré maturité < 37 SA après accord du pédiatre sur le peau à peau
- Accouchement ou extraction difficiles
- Indications de prélèvement gastrique
- Nubain® dans les 12 heures précédant l'accouchement
- Mère sous TRANDATE® ou Béta bloquants
- Prise de psychotropes ou sédatifs chez la mère
- Césarienne

Selon la situation	Si l'adaptation néonatale est bonne, le peau à peau peut être immédiat	Si l'adaptation initiale n'est pas satisfaisante, le peau à peau sera différé
Précautions	Mise en place d'une Sa O ₂ Pratiquer l'aspiration gastrique, si nécessaire, sur le ventre de la mère	Appréciation des fonctions vitales Désobstruction des voies aériennes si nécessaire Si des soins supplémentaires ne sont pas nécessaires : • Peau à peau • Surveillance renforcée • Pose d'une saturation

C – PEAU À PEAU AVEC LE PÈRE

Si la maman est dans l'impossibilité de réaliser le peau à peau (hémorragie de la délivrance, anesthésie générale, etc.) ou ne le souhaite pas, celui-ci peut être fait par le papa dans les mêmes conditions.



D- RAPPELS

1 – Indications de désobstruction des VAS à la naissance

Elle doit être immédiate et systématique à la naissance en cas de détresse évidente et en cas d'inhalation méconiale (aspiration gastrique + désobstruction VAS).

Elle peut s'avérer nécessaire en cas de :

- Prématurité < 37 SA
- Difficultés d'adaptation quel que soit le terme
- Encombrement du bébé à la naissance
- Hypotonie même si adaptation cardio-respiratoire satisfaisante
- Césarienne
- Psychotropes ou sédatifs chez la mère
- Analgésiques sédatifs à la mère (Nubain®)
- ARCF (anomalies RCF et/ou PH < 7,20 et ou LAT et/ou lactates ≥ 5)

Le geste de désobstruction des VAS peut se limiter à une aspiration douce (max 150 mbar) de la cavité buccale et de la partie antérieure des fosses nasales

2 – Indications d'aspiration gastrique

Elle n'est pas systématique car elle peut perturber la séquence comportementale initiale qui amène le bébé à téter le sein et elle peut induire des lésions œsophagiennes.

Elle a lieu dans les cas suivants :

- Impérativement à la naissance si détresse immédiate et ou si LA teinté,
- Prélèvement gastrique dès la naissance en fonction arbre décisionnel infections materno-fœtales,
- En cas de suspicion d'atrésie de l'œsophage,
- Dans un contexte de syndrome malformatif connu,
- Dans le cas de grossesse non suivie.

Lorsque qu'elle est impérative chez un enfant sans détresse vitale, l'aspiration gastrique se fera en utilisant des procédures de soutien comportemental de l'enfant (peau à peau, regroupement en flexion, soutien plantaire).

3 - La pesée



Pour faciliter le bien-être de l'enfant, une pesée dite « enveloppée » est souhaitable : l'enfant est enveloppé dans un linge chaud en position regroupée avant d'être posé sur la balance.

Photo ci-contre utilisée avec l'aimable autorisation du Centre de Recherches, d'Évaluation et de Formation à l'Allaitement Maternel (CREFAM).

13- TENSION MAMMAIRE ET PRÉVENTION DE L'ENGORGEMENT

1- DESCRIPTION

Le terme de « **montée de lait** » est souvent interprété par les mères comme le moment à partir duquel elles commencent à avoir du lait dans les seins. Il peut renforcer l'idée que le colostrum des deux premiers jours ne suffit pas à leur nouveau-né. Il a donc été jugé pertinent d'utiliser ici d'autres termes pour décrire cette situation.

On réserve le terme d'**engorgement** à une situation pathologique, où la mère a une forte douleur et l'enfant ne peut prendre le sein, et le terme de **tension mammaire** à la situation physiologique, observée par les mères entre le 2^e et le 3^e jour de vie de l'enfant.

	Tension mammaire	Engorgement
Sensation de seins chauds	OUI	OUI
Sensation de seins tendus	OUI	tension très importante
Douleur	NON	OUI
Placard rouge	NON	OUI, éventuellement
Le lait coule facilement	OUI	NON
Le bébé arrive à prendre le sein	OUI	NON

Tableau 1 : les signes cliniques permettant de différencier la tension mammaire physiologique de l'engorgement.

Physiologiquement, un nouveau-né efficace qui a eu 8 à 12 tétées par 24 H depuis la naissance, est habituellement assez compétent pour gérer la tension normale des seins et continuer à téter. Néanmoins, il se peut que l'enfant ait des difficultés à téter au moment où les seins sont plus tendus, s'il n'a pas pu s'exercer suffisamment sur le sein plus souple des premiers jours. Dans ces cas-là, la tension mammaire est retardée, elle peut se compliquer d'un engorgement et celui-ci peut entraîner des difficultés dans la prise du sein, majorant à son tour l'engorgement.

2- L'AUGMENTATION DE LA LACTATION PENDANT LES PREMIERS JOURS

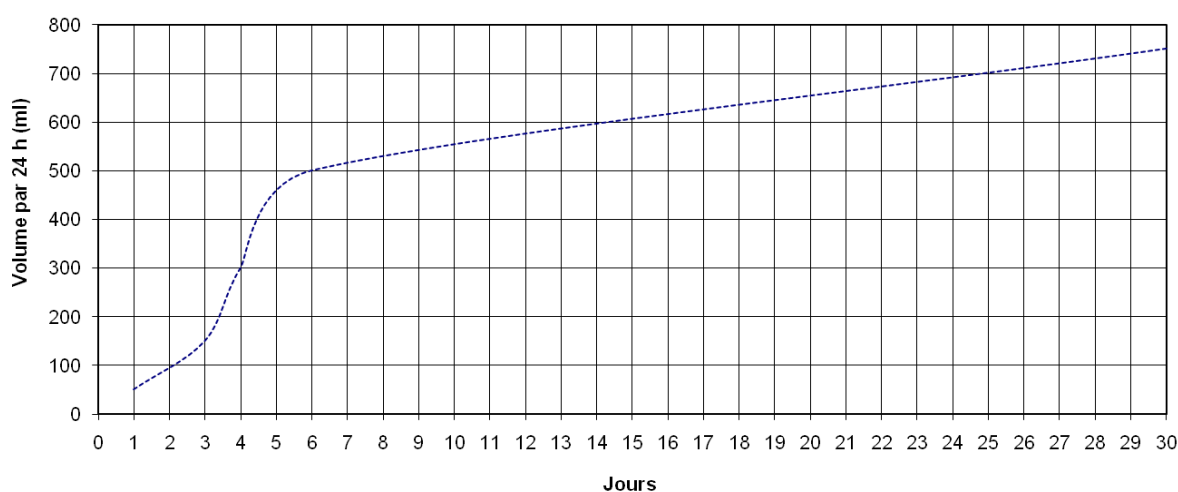


Figure 1 : Augmentation de la sécrétion lactée (volume produit par 24 H) pendant le 1^{er} mois de vie de l'enfant

L'augmentation de la sécrétion lactée est déclenchée par la chute de la progestérone et des œstrogènes associée à la délivrance⁹. Physiologiquement, elle s'exprime par la tension mammaire autour du 2^e ou du 3^e jour et la quantité produite par les seins sur 24 H augmente fortement de façon continue pendant les 5 premiers jours de vie : elle est comprise entre 50 et 100 ml le 1^{er} jour et entre 400 et 600 ml le 5^e jour.

Si les seins sont insuffisamment stimulés les 2 premiers jours,

- l'augmentation de la production de lait est retardée et limitée,
- la tension mammaire résulte principalement de l'œdème.

Ceci peut expliquer pourquoi, quand le démarrage de l'allaitement n'est pas optimal¹⁰, certaines mères expriment très peu de lait alors que leurs seins sont très tendus.

3- LES CONSÉQUENCES POSSIBLES DE L'ENGORGEMENT

Les risques pour l'enfant

La difficulté à prendre le sein entraîne plusieurs risques pour l'enfant :

- agitation et pleurs
- perte de poids excessive
- aggravation de l'ictère

Les risques pour les seins

L'œdème exerce une pression mécanique sur les lactocytes, cellules sécrétrices du lait dans la glande mammaire.

Cette pression :

- diminue l'efficacité de l'action de la prolactine dans la glande mammaire,
- diminue le débit sanguin irrigant la glande. En particulier, l'ocytocine n'arrive plus suffisamment aux lactocytes : la mère peut avoir des difficultés pour exprimer son lait (réflexe d'éjection partiellement ou totalement inhibé). Ce phénomène est renforcé par la douleur de la mère.

Si la pression perdure, il y a un risque de mort cellulaire des lactocytes et de diminution irréversible de la capacité de la glande mammaire à produire du lait pour l'allaitement en cours.

Le vécu maternel

Compte-tenu de la douleur intense, certaines mères décrivent parfois l'engorgement comme un véritable traumatisme, dans une période où elles sont en pleine adaptation à leur nouveau-né. Un engorgement sévère peut amener à sevrer brutalement. Cette expérience peut les décourager par la suite d'envisager l'allaitement pour un nouvel enfant.

⁹ Ceci explique pourquoi, en l'absence de tout traitement inhibiteur de la prolactine, les mères qui n'allaitent pas expérimentent une tension mammaire importante au cours de la première semaine de vie de l'enfant.

¹⁰ Par démarrage optimal de l'allaitement, on entend des tétées fréquentes et efficaces dès les premières heures de vie.

4- LA PRÉVENTION DE L'ENGORGEMENT

Elle repose sur des tétées efficaces et suffisamment nombreuses dès les premières heures de vie.

Ceci implique d'accompagner la mère pour :

- repérer les signes d'éveil indiquant que l'enfant est prêt à téter, au besoin avec l'aide du peau à peau,
- s'installer confortablement pour proposer le sein à l'enfant,
- préserver son sommeil et celui de l'enfant (limiter les visites, par exemple)
- garder le bébé en proximité,
- éviter les biberons et sucettes.

L'observation régulière de la tétée (cf. Fiche 6- Observation des tétées – signes favorables à l'allaitement) permet de suivre l'évolution de l'ajustement entre la mère et l'enfant et d'intervenir précocement en cas de douleur maternelle ou de difficulté de l'apprentissage de l'enfant.

5- FACTEURS PRÉDISPOSANT À UN RETARD À LA TENSION MAMMAIRE

Risques liés à la mère

- primiparité
- diabète insulino-dépendant
- obésité

Risques liés à la naissance

- césarienne
- prématurité
- hémorragie de la délivrance
- rétention placentaire

Risques liés au démarrage de l'allaitement

- si la mère a limité la durée des tétées,
- si l'enfant a beaucoup dormi pendant le 1^{er} jour, voire le 2^e jour,
- si l'enfant est peu efficace (problème de succion transitoire ou pas).

On a constaté cliniquement que la **perfusion de liquides pendant l'accouchement** était un facteur de risque de l'engorgement, en particulier de l'œdème aréolaire qui peut gêner la prise du sein dès la naissance.

Situation exceptionnelle

Très rarement, certaines mères, y compris des primipares, ont une tension mammaire dès le 1^{er} jour de vie de leur enfant. Même avec un bébé très efficace qui tète fréquemment, ces femmes pourront expérimenter une tension très importante pendant plusieurs jours, qui se rétablit après chaque tétée. Si l'enfant a une difficulté temporaire pour prendre le sein, la situation peut évoluer très vite vers l'engorgement. Ces femmes ont besoin d'aide pour soulager cet inconfort, et d'accompagnement pour la suite car, habituellement, elles sont sujettes à l'hyperlactation.

6- LE TRAITEMENT DE L'ENGORGEMENT

Dans un premier temps, il est important de comprendre les circonstances de survenue et de refaire le point sur le déroulement de l'allaitement. Savoir si le bébé a tété fréquemment jusque-là, permet d'envisager qu'il sera capable de prendre le sein dès que celui-ci aura été assoupli. À l'inverse, si l'enfant a peu tété et/ou si les tétées étaient douloureuses, il sera peut-être nécessaire de drainer le sein par un autre moyen que la tétée (expression du lait).

1- Drainage du sein

Le drainage est le seul moyen validé pour traiter l'engorgement et éviter les complications. Il n'y a pas de risque de « sur-stimulation » de la production quel que soit le moyen de drainage : quand les mères expriment leur lait, les quantités de lait sont en général assez faibles et il s'agit là d'un drainage ponctuel. Pour drainer le sein, le soignant propose par ordre de priorité :

- La tétée, en aidant la mère à trouver une position qui permet une prise du sein optimale (cf. Fiche 15- Accompagner le démarrage de l'allaitement maternel)
- L'expression manuelle ; elle est à privilégier si l'enfant ne peut pas téter ou si la tétée ne suffit pas à soulager la tension des seins car elle permet à la mère de rester autonome sans matériel supplémentaire. (cf. fiche 11- Expression manuelle et tire-lait)
- L'expression avec un tire-lait (manuel ou électrique) si c'est la préférence de la mère. Le soignant propose une téterelle de taille adaptée (cf. Fiche 11- Expression manuelle et tire-lait).

Parfois, exprimer un peu de lait avant de proposer le sein au bébé peut aider.

2- L'assouplissement par contre pression aréolaire

Il est utile quand l'enfant a des difficultés pour prendre le sein et s'il existe un œdème de l'aréole, même peu visible.

Elle est à effectuer juste avant la tétée et autant de fois que nécessaire. Elle consiste à repousser l'œdème dans la partie profonde du sein.

La mère exerce une pression digitale douce de l'aréole, en plaçant la pulpe des doigts à la base du mamelon. Pendant environ une minute, la mère augmente la pression des doigts en fonction de sa sensibilité. Cela n'est pas douloureux.

La mère parcourt toute la base du mamelon en changeant la position de ses doigts.

Ensuite, elle refait la même série de pressions en éloignant ses doigts du mamelon pour assouplir toute la partie de l'aréole que l'enfant aura en bouche pendant la tétée.



Si l'aréole est très tendue, on voit le signe du godet à l'endroit où les doigts ont fait pression.

Si la mère a les ongles longs, elle peut le faire comme sur les photos ci-dessous.



3- Moyens pour soulager la mère

La restriction hydrique et le bandage des seins ne sont pas à proposer car inefficaces, douloureux et risqués pour la mère.

Favoriser le bien-être de la mère est important pour déclencher le réflexe d'éjection : éviter les visites au moment du traitement, proposer au papa de masser le dos de sa conjointe, veiller au confort maternel.

Aucun des moyens décrits ci-dessous n'a été validé comme traitement mais, en association avec le drainage des seins, leur efficacité pour soulager est reconnue cliniquement.

a)- On peut avoir recours à des **moyens locaux**

- Application de chaleur avant le drainage : douche ou gant chaud
- Application de froid après le drainage
- Application de feuille de chou vert fraîche ou congelée. La feuille de chou peut être aplatie pour briser les nervures centrales si elles sont grosses. Elle est placée dans le soutien-gorge jusqu'à son flétrissement ou la tétée suivante.

b)- **Les autres moyens**

L'utilisation d'ocytocine est parfois ponctuellement efficace pour déclencher l'éjection du lait, mais le plus souvent inutile si les autres suggestions sont mises en œuvre.

Si besoin, on peut **prescrire** une préparation homéopathique et/ou des médicaments à visée antalgique (paracétamol), voire anti-inflammatoire (ibuprofène, acide acétylsalicylique en prise unique). L'acupuncture, pratiquée par un professionnel formé, est aussi un moyen possible.

Rappelons cependant que le meilleur traitement de l'engorgement est sa prévention.

14- DOULEUR ET LÉSIONS DU MAMELON

La douleur pendant la tétée est souvent évoquée par les femmes allaitantes et surtout les primi-allaitantes. Elle est une des causes principales d'arrêt précoce de l'allaitement durant les premières semaines, et de stress si l'allaitement est maintenu.

Le plus souvent, ce phénomène douloureux est, soit peu attendu, soit craint par les mères.

La douleur peut être réduite au minimum ou évitée, si la mère reçoit une information adaptée et de l'aide pour optimiser la prise du sein.

CARACTÉRISTIQUE DE LA DOULEUR

On distingue deux situations typiques :

- ✓ La douleur d'accroche, limitée au début de la tétée, qui dure environ 10 secondes : elle s'estompe au bout de quelques jours et n'est pas alarmante.
- ✓ La douleur intense et/ou qui persiste pendant toute la tétée, se compliquant ou non de lésions : elle peut perturber le déroulement de l'allaitement.

Quel que soit le type de douleur, l'accompagnement de la mère et l'observation de la tétée restent indispensables.

LA CAUSE LA PLUS FRÉQUENTE EST MÉCANIQUE

La douleur et /ou les lésions sont la conséquence de frictions anormales entre le mamelon et la langue, les gencives ou le palais de l'enfant.

- ✓ Prise du sein non optimale,
- ✓ Position inadaptée de l'enfant,
- ✓ Succion inadéquate,
- ✓ Particularités anatomiques de la cavité buccale, du mamelon ou du sein.

LES AUTRES CAUSES

Infectieuses

Elles se surajoutent ou non aux facteurs mécaniques mais restent exceptionnelles lors du séjour en maternité.

Les infections sont le plus souvent bactériennes.

A évoquer s'il y a une prise correcte du mamelon et succion adéquate avec une douleur persistante avec plus ou moins des lésions.

Dermatoses diverses

ACCOMPAGNEMENT

L'étape diagnostique est indispensable

Anamnèse complète :

- Déroulement de la grossesse et de l'accouchement
- Conditions d'accueil du nouveau-né
- État clinique de la patiente
- Antécédent d'allaitement
- Conduite pratique de l'allaitement

Examen de la cavité buccale :

- Frein de langue
- Particularités anatomiques

Les étapes du diagnostic

Évaluation de la douleur :

- Échelle de la douleur
- Description précise de la douleur : début et/ou fin de tétée ou en cours de tétée

Observation d'une tétée complète :

- Positionnement de la mère et du nouveau-né
- Prise du sein, succion
- État du mamelon en fin de tétée

Caractérisation précise des lésions :

- Description : rougeurs, érosion, ulcération
- Localisation de la lésion sur le mamelon et/ou l'aréole

Propositions

Elles reposent sur un **accompagnement** avec du soutien et dans la réassurance de la mère sur ses compétences. Les informations données vont permettre à la mère **de modifier ses pratiques** et de traiter les lésions selon leur gravité.

- Varier les positions de l'enfant pour la tétée
 - Intérêt de la position transat +++
 - Prise asymétrique du sein et déflexion de la tête, cf. fiche 15- Accompagner le démarrage de l'allaitement maternel.
- Application locale après la tétée (après un lavage simple des mains) :
 - de lait maternel : apaise, cicatrise et prévient les infections
 - de lanoline : faible quantité à faire chauffer entre les doigts et appliquer sur le mamelon et l'aréole
- Respect du rythme propre du nouveau-né, cf. fiche 10- Comportement du nouveau-né en maternité :
 - Tétées à l'éveil
 - Peau à peau
- Amorcer l'éjection du lait pour diminuer la durée de la prise du sein
- Compression mammaire pendant la tétée pour augmenter le transfert de lait et diminuer la durée
- Utilisation d'antalgique : paracétamol
- Recours à l'expression manuelle ou avec un tire-lait si la tétée est impossible. Elle permet de maintenir la lactation et de privilégier un apport de lait maternel (cf. fiche 11- Expression manuelle et tire-lait).
 - Expression manuelle
 - Expression au tire lait :
 - ⇒ la démonstration doit être faite par un professionnel
 - ⇒ respecter les règles d'hygiène
 - ⇒ utilisation de téterelles adaptées à la dimension du mamelon
- Ostéopathie pour corriger d'éventuelles malpositions de l'enfant
- Homéopathie
- Acupuncture
- Autres méthodes

Surveillance et suivi

La surveillance repose sur un constat d'amélioration, d'une bonne mise en route de la lactation, d'un transfert de lait efficace et d'une pérennisation de l'allaitement maternel.

Le suivi doit se poursuivre au-delà du séjour à la maternité.

CONCLUSION

La douleur au démarrage de l'allaitement peut apparaître comme banale pour les professionnels de santé.

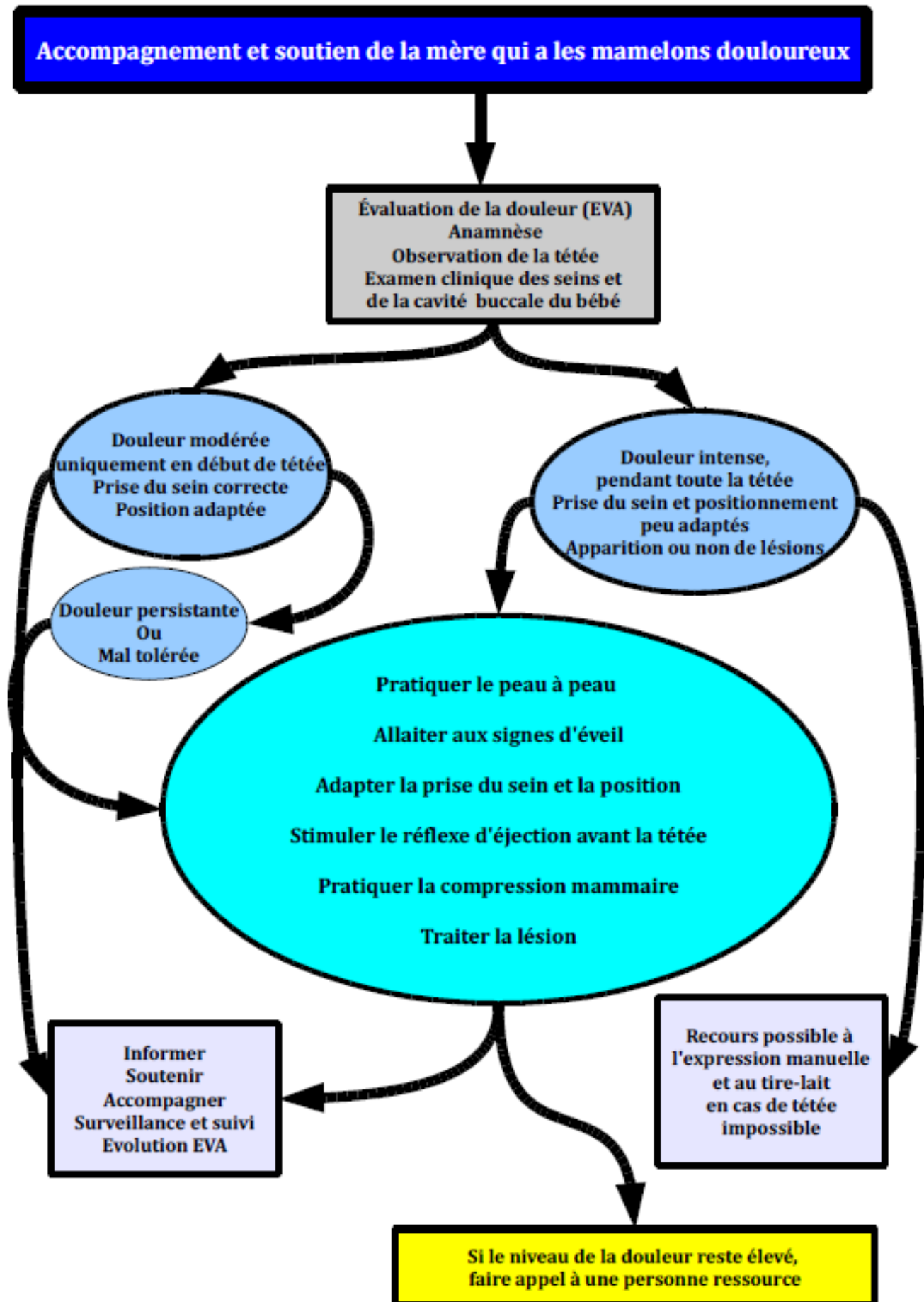
Pourtant, un début douloureux peut engendrer des complications et avoir des répercussions importantes sur le déroulement de l'allaitement, voire même entraîner un arrêt précoce.

Il est nécessaire de proposer à toute femme qui a des douleurs importantes ou des crevasses en maternité, une prise en charge adaptée et un accompagnement régulier, y compris au-delà de son séjour et à proximité de son domicile.

Si le niveau de la douleur reste élevé, faire appel à une personne ressource.

N.B : à propos du bout de sein (ou écran) en silicone

- Il n'est pas à proposer en première intention car il diminue rarement la douleur et n'améliore pas la guérison des lésions.
 - S'il s'avère utile, sa mise en place est guidée par un professionnel.
- Cf. fiche 15- Accompagner le démarrage de l'allaitement maternel.



15- ACCOMPAGNER LE DÉMARRAGE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

• Sommaire

• 1- Le rôle du soignant.....	44
• 2- Les différents stades d'éveil - Quand proposer le sein.....	44
• 2- Faire appel aux réflexes du nouveau-né pour la prise du sein.....	46
• 3- Positions possibles pour allaiter.....	47
• La position « madone inversée ».....	47
• La position « madone ».....	47
• La position « en ballon de rugby ».....	48
• La position allongée sur le coté.....	48
• 4- La sécurité de l'enfant.....	48
• 5- La prise du sein asymétrique.....	49
• 6- L'observation de la tétée (Cf. Fiche 6- Observation des tétées – signes favorables à l'allaitement).....	50
• Avant la prise du sein.....	50
• Au moment de la prise du sein.....	50
• Pendant la tétée.....	50
• À la fin de la tétée.....	50
• 7- Les facteurs favorables à une tétée efficace.....	51
• Encourager la proximité mère enfant 24h/24.....	51
• Le contact peau à peau (cf. Fiche 12- Procédure d'accueil du nouveau-né en salle de naissance)....	51
• La compression mammaire.....	52
• L'expression manuelle.....	52
• 8- Les accessoires utiles ou pas... ..	52
• Écran (ou embout ou bout de sein) en silicone.....	52
• Les dispositifs d'aide à l'allaitement (DAL)	54

1- LE RÔLE DU SOIGNANT

Il est surtout **d'observer** et **d'encourager la mère à observer** avec les informations appropriées.

Dans la plupart des cas, une **aide non intrusive** est adaptée : « mettre le bébé au sein » présente de nombreux risques, en particulier un appui sur la tête de l'enfant peut l'amener à se rejeter en arrière, voire à refuser le sein par la suite. D'autre part, une aide non intrusive respecte l'autonomie de la mère : elle a besoin de se sentir compétente pour aider son enfant à prendre le sein efficacement.

En l'absence de difficulté, il est recommandé d'observer une tétée par jour pour accompagner au mieux le démarrage de l'allaitement maternel en maternité.

Le rôle du soignant est aussi d'informer la mère :

(cf. Fiche 2a- Suivi de l'allaitement en maternité (fiche pour les soignants))

- En moyenne, les bébés tètent 8 à 12 fois /24h, y compris la nuit et dès le 1^{er} jour de vie.
- Les tétées sont à la demande, en réponse aux signes d'éveil, et sans limitation de durée.
- Les tétées sont rarement espacées avec des intervalles de temps réguliers : la plupart des enfants font plusieurs tétées rapprochées puis dorment quelques heures.
- Allaiter à la demande facilite la mise en route de l'allaitement, diminue les risques d'engorgement, réduit la perte de poids, le risque d'ictère et augmente la durée de l'allaitement.
- Il est recommandé de proposer les deux seins au nouveau-né : le bébé prend le premier sein, le lâche de lui-même quand il est repu et la mère lui propose le second qu'il prendra ou pas. Ne pas s'inquiéter s'il le refuse, il peut reprendre le sein un peu plus tard. Cette pratique stimule la lactation et augmente le transfert de lait.
- La cohabitation mère-enfant 24h/24 et le peau à peau pendant le séjour favorisent l'allaitement à la demande.
- La compression mammaire pendant la tétée augmente le transfert de lait et peut prévenir certaines difficultés de démarrage.

Il est important que la mère soit confortablement installée, sans appui douloureux et qu'elle ne ressente aucune tension dans le dos et les membres.

2- LES DIFFÉRENTS STADES D'ÉVEIL - QUAND PROPOSER LE SEIN

Entre le sommeil profond et l'éveil agité avec pleurs, l'enfant passe par plusieurs stades, certains étant plus favorables à une prise du sein efficace sur le transfert de lait et non douloureuse pour la mère.

Jusqu'au milieu de la 1^{ère} année de vie, l'enfant s'endort en sommeil agité.



Bébé en sommeil calme ou profond

- Pas de mouvement des membres
- Pas d'expression faciale
- Les yeux sont fermés

Le bébé n'est pas prêt à téter de suite.

C'est un moment favorable pour le manipuler doucement et **l'installer en peau à peau contre sa mère s'il paraît important que l'enfant tète..**

Le peau à peau permet à l'enfant de passer au stade suivant où il pourra utiliser ses compétences pour prendre le sein



Bébé en sommeil agité ou léger

- Mouvements des membres et de la tête
- A les yeux ouverts ou fermés
- Ramène ses mains vers la bouche
- Expressions faciales variées
- Ouvre la bouche, tire la langue, a des mouvements de succion

Pour les enfants qui ne s'éveillent pas spontanément pour téter 8 à 12 fois par 24 H, c'est le moment le plus favorable pour l'installer près du sein en position « transat » et le laisser prendre le sein à son rythme.



(voir ci-après pour la position « transat »)

Proposer le sein à ce stade est à privilégier chez le nouveau-né hypotrophe, prématuré ou hypotonique.



Bébé en éveil calme et attentif

- bébé calme, attentif, observateur
- Cherche la présence, le contact
- Communique par ses regards et ses gestes

C'est un moment très favorable pour

- l'installer près du sein en position « transat »,
- ou l'installer dans la position qui convient le mieux à la mère.

et le laisser prendre le sein à son rythme.



Bébé en éveil agité avec pleurs

- Mouvements désordonnés
- Stress
- Pleurs

Si l'enfant prend le sein à ce stade, le risque est grand que la tétée soit **douloureuse** pour la mère et **peu efficace**, l'enfant s'endormant souvent au bout de quelques suctions.

Il est préférable de calmer d'abord le bébé, peau à peau, bercement, câlins, etc., avant de l'installer près du sein.

2- FAIRE APPEL AUX RÉFLEXES DU NOUVEAU-NÉ POUR LA PRISE DU SEIN

Des observations publiées en 2008 ont montré que l'environnement dans lequel le bébé est le plus compétent pour téter est d'être :

- installé contre sa mère légèrement inclinée vers l'arrière,
- en sommeil agité ou en éveil calme.

Ce type d'installation est appelé « Biological nurturing » ou en français, position « transat ».



Positions « transat » ou « Biological nurturing » (définition : Proposer au bébé l'environnement dans lequel il est le plus compétent pour téter).



C'est une position particulièrement utile en début d'allaitement, y compris en cas de césarienne.

La mère est semi couchée, inclinée en arrière, et détendue, comme dans un transat, il faut seulement éviter que la mère ait le dos droit. Elle prend son bébé contre elle verticalement, obliquement ou transversalement. Il peut être en sommeil agité ou en éveil calme.

Le bébé va alors exprimer ses reflexes néonataux et archaïques (comme lors du « peau à peau » en salle de naissance) en utilisant l'appui plantaire que lui offre le corps de sa mère.

Très souvent, le bébé ainsi installé prend le sein de façon optimale, sans que la mère ait à faire autre chose que d'accompagner et de guider son bébé.

Des études sur de petits groupes de mères ont montré que le taux de tétée réussie était de 100 % et le retour des équipes qui l'ont mis en place en maternité ou en néonatalogie en France est très positif.

3- POSITIONS POSSIBLES POUR ALLAITER

Les mères souhaitent souvent utiliser une position qu'elles connaissent ou ont déjà vue pratiquer par d'autres. Pour que la prise du sein soit efficace, en général, la position qu'une mère va utiliser est une adaptation des positions décrites ci-dessous car il s'agit d'un **ajustement très spécifique** entre la mère et l'enfant. Si la mère est informée de l'intérêt de la position « transat », elle peut s'installer en « transat » et installer l'enfant selon ce qui lui convient le mieux.



La position « madone inversée »

Elle est adaptée pour les premiers jours et utile au bébé qui a des difficultés à téter. Elle permet de bien guider la tête du bébé et de soutenir sa nuque d'une main, on peut soutenir le sein avec l'autre main au besoin.

Sur la photo ci-contre, le bébé serait plus stabilisé si la mère était installée un peu inclinée en arrière, avec des coussins sous ses avant-bras.

La position « madone »

C'est la position la plus connue des mères et donc la plus couramment utilisée. Certains nouveau-nés ont des difficultés à défléchir la tête pour ouvrir grand la bouche dans cette position si la tête est un peu bloquée par le coude de la mère.

Ci-contre : Position « madone » où la mère est en position « transat »





La position « en ballon de rugby »

Elle peut être proposée aux mères en cas de césarienne (car elle protège la zone incisée : le poids de bébé n'y exerce aucune pression), ou chez les mères ayant des seins volumineux.



La position allongée sur le côté

Utile, car elle permet à la mère de s'assoupir ou de dormir pendant que bébé tète, de jour comme de nuit.

Quelle que soit la position choisie, on observe les points suivants :

- Le bébé est face à sa mère, son ventre contre elle et bien soutenu.
- L'oreille, l'épaule et la hanche du bébé forment une ligne droite.
- La tête du bébé est légèrement inclinée vers l'arrière.

4-LA SÉCURITÉ DE L'ENFANT

Une tétée efficace amène souvent la mère à se sentir détendue en fin de tétée, ce qui, en post-partum immédiat, se traduit généralement par un assoupissement. Le contact peau à peau peut aussi provoquer le même effet chez la mère.

Il est donc important de veiller aux conditions de sécurité permettant d'éviter que l'enfant ne glisse (sous l'aisselle de la mère ou entre ses seins, par ex.) en cas d'assoupissement de la mère.

Si la mère allaite en position transat, elle peut utiliser un bandeau de peau à peau (ou l'équivalent avec un paréo ou un lange) qui entoure son corps et celui de l'enfant, ou avec un tee-shirt élastique. Des oreillers ou un coussin d'allaitement permettent de soutenir les bras de la mère pour éviter tout effort musculaire¹¹.



Dessin : Christine Cruchaudet

¹¹ Laurent C. **Influence de la proximité mère-bébé sur le sommeil du nouveau-né et celui de sa mère, et sur l'allaitement. Quelle proximité recommander sans mettre en danger la sécurité de l'enfant ?** Rev. Méd. Périnat. (2011) 3:25-33

Si la mère allaite en position couchée, les barrières du lit sont remontées, le matelas est ferme et l'oreiller de la mère est loin de la tête de l'enfant.

Le berceau accolé au lit de la mère est une possibilité intéressante en cas de césarienne ou quand la mère est en surpoids ou prend des antalgiques.

Photo : Régine Mania (Ste Afrique).



5- LA PRISE DU SEIN ASYMÉTRIQUE

De façon optimale, les nouveau-nés prennent le sein en **défléchissant légèrement la tête**, ce qui leur permet d'ouvrir très grand la bouche. Elle recouvre une grande partie de l'aréole. Les lèvres sont retroussées sur le sein. La lèvre inférieure est déroulée et touche presque le menton. La partie supérieure de l'aréole (au-dessus de la bouche de l'enfant) est plus visible que la partie inférieure.



Situation à risque de douleur pour la mère



Situation favorable (Croquis OMS)

Si le bébé a des difficultés à ouvrir largement la bouche, la mère peut l'aider en passant son mamelon sur le philtrum du bébé (espace entre la lèvre supérieure et le nez). Elle peut également masser lentement le pourtour de la bouche (stimulation des réflexes des points cardinaux) et par compression mammaire, faire perler du colostrum (odeur du liquide amniotique).

La plupart des nouveau-nés font plusieurs tentatives de prise du sein avant de s'accrocher efficacement : il est important que la mère le sache et ne se décourage pas au premier essai de son bébé.



6- L'OBSERVATION DE LA TÉTÉE (Cf. FICHE 6- OBSERVATION DES TÉTÉES – SIGNES FAVORABLES À L'ALLAITEMENT)

Avant la prise du sein

- La mère propose le sein aux premiers signes d'éveil
- Le bébé est calme (il peut être éveillé ou encore somnolent)
- Le bébé cherche le sein et l'explore, il exprime son réflexe de foussement

Au moment de la prise du sein

- La mère est détendue, à l'aise (dans la position de son choix)
- Le corps du bébé est contre la mère, face au sein
- La tête et le corps du bébé sont dans le même axe
- Le corps du bébé est soutenu (fesse, tronc)
- Le bébé défléchit la tête pour prendre le sein : il peut faire plusieurs tentatives
- Le menton du bébé touche le sein

Pendant la tétée

- La bouche du bébé est grande ouverte
- Le bébé prend une majeure partie de l'aréole
- Le bébé tète lentement et profondément avec des temps de pause
- On entend ou on voit le bébé avaler (surtout après le 2^e jour de vie)
- Les joues du bébé restent rondes, ne se creusent pas
- La mère a un ou plusieurs des signes suivants, associés à l'éjection du lait (largage d'ocytocine dans la circulation sanguine maternelle) :
 - ✓ picotement dans les seins
 - ✓ contractions utérines (tranchées) durant les premiers jours
 - ✓ écoulement de lait à l'autre sein
 - ✓ sensation de soif
- La mère n'a pas de douleur au mamelon ou au sein pendant et en dehors des tétées : les premiers jours, quand l'enfant apprend à téter, il est fréquent que les mères ressentent une douleur à la prise du sein, qui disparaît au bout de quelques secondes (Cf. Fiche 14- Douleur et lésions du mamelon)
- La succion s'effectue en longues salves, les pauses sont rares et de courte durée
- Le mouvement est lent et régulier ; après le 2^e jour de vie, il déglutit à chaque succion et celle-ci est audible
- Le rythme succion-deglutition- respiration s'établit de façon coordonnée
- Le bébé respire en tétant, sa respiration n'est pas accélérée pendant les pauses

À la fin de la tétée

- Le bébé lâche le sein, paraît repu et apaisé
- Quand la tension mammaire (« montée de lait ») apparaît, les seins sont plus souples après la tétée



En fin de tétée, le mamelon est toujours étiré mais non déformé.
(cf. dessin ci-contre - source OMS)

Si le mamelon est aplati d'un côté, il y a en effet un risque de douleur et de gerçure du mamelon par la suite.

7- LES FACTEURS FAVORABLES À UNE TÉTÉE EFFICACE

Encourager la proximité mère enfant 24h/24.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) recommande de laisser l'enfant 24h sur 24 avec sa mère. C'est un facteur essentiel pour le succès de l'allaitement. Il permet à la mère d'apprendre à reconnaître les signaux de faim et d'éveils. Les mères et les bébés apprennent à se connaître et à se synchroniser. Il favorise également le tissage du lien mère enfant.

Il est donc essentiel ;

- d'informer les parents de l'importance et de l'impact positif de cette cohabitation jour et nuit,
- d'éviter de proposer de prendre l'enfant la nuit en nursery,
- de ramener l'enfant auprès de sa mère quand il semble prêt à téter, si la mère souhaite le confier au soignant pour se reposer.

Certaines équipes proposent de prendre l'enfant en nursery la nuit (souvent la première après la naissance) afin de vouloir préserver la qualité et le sommeil de la mère. Or, **la plupart des mères dorment peu la première nuit**, elles somnolent et observent leur bébé. Cet état de vigilance est lié au bouleversement hormonal et émotionnel de la naissance. De plus, plusieurs études ont montré que la présence du bébé dans la chambre facilite les tétées de nuit. Celles-ci aident la mère et le bébé à se rendormir en fin de tétée (effet du pic nocturne de prolactine).

Le contact peau à peau (cf. fiche 12- Procédure d'accueil du nouveau-né en salle de naissance)

Il favorise le bien-être de la mère et de l'enfant et aide l'enfant à exprimer ses compétences au sein.

Il est associé à une libération d'ocytocine chez la mère qui permet :

- l'érection du mamelon pour une prise du sein plus facile pour l'enfant,
- une première éjection de lait qui encourage l'enfant à téter efficacement.

Ne pas hésiter à proposer le peau à peau le plus tôt possible en salle de naissance, et ensuite de façon régulière en chambre, par exemple après le bain, un soin ou un change.



Le peau à peau peut également être proposé au père : il procure à l'enfant un état de bien-être qui peut l'aider à prendre le sein efficacement par la suite.

La compression mammaire

C'est un geste pratiqué par la mère pendant une tétée afin d'augmenter le transfert de lait dans la bouche de bébé¹². Il stimule de ce fait la lactation et encourage l'enfant à rester au sein.

Il est d'une aide précieuse pour aider le nouveau-né en apprentissage, qui dort beaucoup, à acquérir une succion vigoureuse et à téter efficacement.

Elle évite une perte de poids et un ictère majoré car le bébé reçoit une plus grande quantité de colostrum ou de lait.

Elle consiste à aider l'éjection du lait en exerçant une pression manuelle continue derrière la glande mammaire.

Description du geste :

La mère place ses doigts rapprochés à environ 3 cm en arrière de la base du mamelon, et fait une pression continue, plus ou moins appuyée et non douloureuse (en ajustant l'intensité). Elle peut vérifier l'efficacité de son geste en observant la déglutition de son bébé.

Il est plus aisé de positionner l'enfant en position de « madone inversée » ou « ballon de rugby » pour cette pratique.



L'expression manuelle

C'est l'action d'exprimer le colostrum ou le lait avec la main. (cf. Fiche 11- Expression manuelle et tire-lait)

Elle peut être pratiquée par la mère pour que l'enfant obtienne du lait dès le début de la tétée : cela peut être utile si l'enfant s'endort rapidement après quelques suctions et semble peu efficace.

Elle est à recommander en cas de difficulté (séparation mère-enfant, cf. Fiche 5- Démarrage de la lactation en cas de séparation mère-enfant, bébé somnolent ou qui refuse de téter, cf. Fiche 7- Le bébé bien portant qui ne tète pas, qui dort ou qui « refuse » le sein ou en prévention de la perte de poids excessive, cf. Fiche 9- Prévention de la perte de poids excessive).

8- LES ACCESSOIRES UTILES OU PAS...

Écran (ou embout ou bout de sein) en silicone

Accessoire en silicone qui épouse la forme du mamelon, il est percé à l'extrémité de petits trous qui laissent passer le lait.

Il ne doit pas être utilisé en première intention ou comme une solution de « facilité », car il présente des inconvénients qui peuvent entraîner un sevrage non désiré.

Il peut être utile dans des situations spécifiques comme :

- pour les enfants : hypotoniques, peu actifs au sein, endormis, prématurés.
- pour les mères : dans certains cas de mamelons ombiliqués ou rétractés, ou persistance de douleurs fortes et inexpliquées pendant la tétée, quand aucune modification de la position n'a amélioré la douleur (Cf. Fiche 14- Douleur et lésions du mamelon).



¹² La pression exercée par la mère en arrière de la glande mammaire augmente l'intensité de l'éjection du lait et bloque le retour du lait, non consommé par l'enfant, vers les acini. Le lait est donc disponible en plus grande quantité et plus longtemps pour l'enfant.

Utilisé dans les conditions appropriées, il facilite chez les enfants peu efficaces une meilleure « accroche » lors de la prise du sein, ce qui augmente le transfert de lait. Ceci a été montré pour des enfants prématurés dont la mère entretenait sa lactation au tire-lait.

Il peut aussi être utilisé en cas de réflexe d'éjection fort en ralentissant le flux de lait. Cette situation n'est pas fréquente en maternité.

La mère doit être guidée par un professionnel pour la 1^{ère} utilisation, pour le suivi de l'allaitement ainsi que pour son arrêt car le sevrage de l'écran peut parfois être difficile.

Inconvénients :

- il peut entraîner une baisse du transfert de lait. Certaines mères sont amenées à tirer leur lait pour entretenir leur lactation, en plus des tétées (même quand l'enfant n'est pas prématuré).
- Il peut favoriser les engorgements en induisant une perturbation de la succion et ainsi diminuer l'efficacité des tétées.
- Il peut induire une dépendance chez l'enfant qui est susceptible de refuser de prendre le sein sans écran.
- Il peut induire, chez la mère, une perception négative de ses capacités à allaiter.

Il vaut mieux le considérer comme « une solution temporaire » ou ponctuelle. Le retour à une prise du sein sans accessoire est à envisager dès que possible. Certains bébés n'en ont besoin qu'en début de tétée et peuvent reprendre le sein sans écran au cours de la tétée.

Conditions pratiques d'utilisation

- Il est important de choisir un écran en silicone le plus souple possible qui soit ajusté à la taille et à la forme du mamelon de la mère. On trouve souvent en pharmacie des écrans qui sont trop gros et trop longs pour les mamelons de beaucoup de mères.
- Pour installer l'écran sur son sein, il est préférable de le retourner partiellement avant de le placer sur l'aréole pour qu'il fasse « ventouse » et reste en place lors de la prise du sein par l'enfant. (voir les photos ci-contre où un écran a été mis en place sur l'avant-bras)
- Avec ou sans écran en silicone, l'enfant fait son apprentissage en tétant. Adapter la position pour que la prise du sein soit optimale est toujours important.
- Si la mère rentre à domicile en utilisant un écran en silicone, **il est indispensable de l'informer des risques** que cette pratique présente pour la stimulation de la lactation, et donc pour la poursuite de l'allaitement. Parmi les moyens pour stimuler : compression mammaire, expression manuelle et tire-lait (cf. Fiche 11- Expression manuelle et tire-lait).

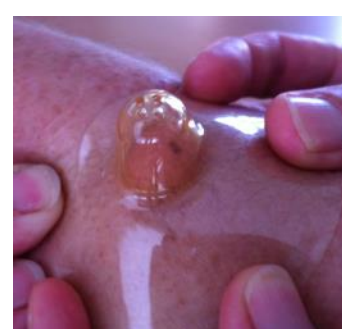
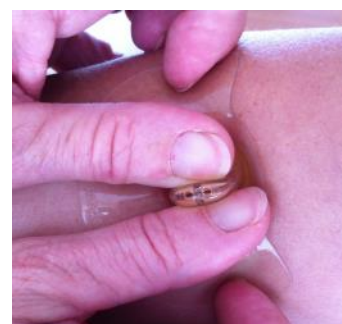


Photo : Prise du sein avec un écran en silicone placé sur le mamelon de la mère et délimité par le pointillé blanc. Ici, la bouche de l'enfant pourrait être encore un peu plus largement ouverte et la tête un peu plus défléchie.

Les dispositifs d'aide à l'allaitement (DAL)

Le DAL dit « de fortune » est constitué d'un réservoir de lait (flacon de biberon, seringue) dans lequel est plongée une tubulure (sonde alimentation entérale de petit calibre). L'extrémité de la sonde est glissée à la commissure des lèvres du bébé pendant la tétée. En maternité, c'est ce dispositif qui est le plus souvent utilisé (voir photo¹³ ci-contre).



Il existe aussi un dispositif vendu dans le commerce ; les tubulures sont plus souples, et sont fixées à l'aide d'un adhésif sur le sein en prenant soin de faire dépasser un peu le bout de la tubulure au niveau du mamelon (voir photo¹³ ci-contre).

Le DAL au sein apporte au bébé un complément de lait maternel ou artificiel (préparation pour nourrissons), pendant les tétées. En plus de sa fonction nutritive, il établit, stimule et maintient la lactation. Il donne les moyens à l'enfant de faire un apprentissage de la tétée au sein. On considère que le DAL au sein perturbe moins la succion du bébé que d'autres types d'alimentation alternative au sein.

Le DAL peut être utile quand

- la lactation de la mère est insuffisante (insuffisance de lactation primaire suite à une pathologie, secondaire suite à une chirurgie mammaire, par ex.)
- et/ou l'enfant a un trouble de la succion transitoire ou durable qui ne lui permet pas de prendre au sein tout le lait dont il a besoin.

Les limites du DAL au sein :

- Le sevrage du DAL pour revenir à un allaitement exclusif au sein est parfois difficile car la mère peut ressentir une perte de confiance dans ses capacités à allaiter son enfant sans l'accessoire.
- Son utilisation est inappropriée si le bébé ne prend pas le sein en bouche. On a alors recours à la tasse, la seringue ou le DAL au doigt pour nourrir le bébé, la lactation étant stimulée par ailleurs.
- Éventuellement, le DAL peut induire des fausses routes chez les nouveau-nés qui présentent des problèmes de coordination.

Les limites du DAL au doigt :

- L'enfant peut ressentir la sonde au doigt comme un système invasif.
- le DAL pourrait induire des difficultés pour téter efficacement au sein car il occasionne de nombreuses expériences buccales différentes. Dans certains services de néonatalogie, le DAL au doigt n'est donné que par l'un des parents.

¹³ Photos extraites du livre « Allaitement maternel - Précis de pratique clinique », collectif coordonné par Evelyne MAZURIER et Martine CHRISTOL et utilisées avec l'aimable autorisation de Sauramps Médical.

16- LA SUCETTE : FAIRE LE POINT POUR INFORMER LES PARENTS

L'analyse des études et des recommandations internationales fait apparaître des éléments qui peuvent être transmis aux parents qui souhaitent donner une sucette à leur nouveau-né.

1- LA SUCCION FAIT PARTIE DU COMPORTEMENT DU NOURRISSON

Dans l'histoire de l'humanité, on retrouve l'usage de la tétine dans certaines sociétés très anciennes. Dans d'autres, l'enfant a un libre accès au sein.

Quelques repères historiques

Longtemps utilisée empiriquement par les mères, la sucette fut condamnée par le corps médical au début du XX^e siècle pour différents motifs : problèmes d'hygiène, risque d'inadaptation sociale de l'enfant, plaisir solitaire condamnable [1]...

Jusque dans les années 1970, elle est particulièrement utilisée dans les populations défavorisées où la mère se sent dévalorisée, marginalisée et ne fait pas confiance à ses capacités de maternage.

À partir de la deuxième moitié du XX^e siècle, elle acquiert peu à peu un statut « physiologique ». Elle est considérée comme objet de substitution en remplacement du corps maternel.

« Or l'attachement de l'enfant à un objet n'est pas universel : dans les pays d'Amérique du Sud et d'Afrique, les parents utilisent principalement la proximité physique pour rassurer et endormir l'enfant. » [2]

Au cours des deux dernières décennies, la sucette a été réhabilitée par le corps médical à la faveur de travaux sur la prise en charge de la douleur de l'enfant.

Pratiques en Languedoc-Roussillon

Actuellement l'utilisation de la tétine est extrêmement fréquente dans les maternités de la région. Les parents l'utilisent pour différentes raisons : pleurs, irritabilité, « besoin de succion », « coliques », sentiment « d'insuffisance de colostrum », tout particulièrement en soirée et début de nuit.

Les différents moyens utilisés en alternative à la sucette

Ils varient selon la culture des parents et selon l'âge et la personnalité de l'enfant.

- Contacts corporels : peau à peau les premières semaines, bercement dans les bras, portage, regroupement, maintien des mains, stimulations tactiles (tapotements selon une certaine rythmicité du dos ou autre partie du corps, pression manuelle sur l'abdomen).
- Chants, berceuses.
- Tétée.

Il est important que les soignants :

- expliquent aux parents le besoin de proximité corporelle de leur nouveau-né. Ce besoin de proximité peut être considéré comme biologiquement programmé et est plus ou moins intense selon les rythmes de l'enfant.
- proposent des moyens d'y répondre en utilisant les possibilités listées ci-dessus.

2- LA SUCETTE ET L'ALLAITEMENT, POUR LES ENFANTS NÉS À TERME ET EN BONNE SANTÉ

Depuis plusieurs décennies, de nombreuses études ont constaté que l'utilisation précoce d'une sucette en cas d'allaitement était associée à un arrêt plus précoce de l'allaitement exclusif et une diminution des durées complètes d'allaitement. Ces résultats ont conduit l'OMS à recommander que les professionnels de santé ne proposent pas aux parents de donner une sucette à leur nouveau-né, ce qui a été repris dans les Dix conditions pour le succès de l'allaitement [3] et dans les recommandations françaises (ANAES [4] et HAS [5]).

Pourtant, toutes les études sur le sujet ne sont pas concordantes et la méta-analyse[6] de la revue Cochrane menée en 2012 a constaté qu'il n'y avait pas d'impact de l'utilisation d'une sucette sur les taux d'allaitement à 3 et 4 mois, tant pour l'allaitement exclusif que pour l'allaitement partiel. Il est à noter que cette méta-analyse s'est appuyée sur deux études seulement ; dans l'une, les mères recrutées n'avaient aucun problème d'allaitement à 2 semaines de vie de leur enfant ; dans l'autre, les mères étaient toutes motivées pour allaiter plusieurs mois. Les auteurs concluent que l'utilisation d'une sucette pour des enfants allaités est sans effet sur les taux d'allaitement et la durée d'allaitement, si elle commence après l'établissement de la lactation [7].

En résumé :

- L'utilisation précoce d'une sucette pour un enfant allaité peut être le signe de **difficultés dans la mise en place de l'allaitement**.

Il importe que le soignant soit attentif à ce risque et évalue la situation quand une mère souhaite donner une sucette à son nouveau-né allaité (Cf. Fiche 6- Observation des tétées – signes favorables à l'allaitement).

- En l'absence de difficulté objective dans la mise en place de l'allaitement, l'utilisation d'une sucette chez un nouveau-né allaité peut
 - perturber son apprentissage d'une succion efficace (la sucette est une expérience orale différente de la tétée au sein) ;
 - rendre plus difficile le repérage des signes d'éveil par la mère ;
 - contribuer à espacer les tétées, pratique à risque pour la stimulation de la lactation.

Tous ces facteurs sont susceptibles de **compliquer le démarrage de l'allaitement et de favoriser le sevrage précoce**.

Si des parents souhaitent utiliser une sucette pour leur nouveau-né allaité, ils ont besoin de savoir que :

- beaucoup de nouveau-nés se calment avec une sucette alors qu'ils seraient prêts à téter ;
- les nouveau-nés allaités tètent en moyenne 8 à 12 fois par 24 h, et souvent plus les premiers jours ;
- certains bébés tètent moins efficacement quand ils ont commencé à prendre une sucette.

3- SUCETTE ET PRÉMATURITÉ

Chez l'enfant né très prématurément et hospitalisé de longues semaines, la succion non nutritive fait actuellement partie de l'arsenal des soins de soutien du développement. Elle favorise la stabilisation posturale et l'organisation du développement oro-moteur [8]. Par exemple, donner une sucette à un enfant prématuré lui permet souvent de regrouper ses mains près de la bouche et de s'apaiser. De même, proposer une sucette pendant une alimentation par sonde entérale gastrique facilite, pour l'enfant, l'association entre succion et nutrition.

En présence du parent, il a été constaté que le recours à la sucette était moins fréquent pendant les séances de peau à peau.

Au fur et à mesure de ses expériences dans la prise du sein et la proximité croissante avec sa mère, l'enfant né très prématuré aura moins besoin de la succion non nutritive et l'utilisation de la sucette devient de moins en moins pertinente.

Les études n'ont pas montré d'association entre utilisation de la sucette et précocité de l'alimentation orale complète : comme pour l'enfant né à terme, **c'est l'apprentissage de la succion au sein qui est essentielle pour la mise en place de l'allaitement au sein.**

Chez les enfants nés prématurés et non séparés de leur mère, l'intérêt de la succion non nutritive à l'aide d'une sucette n'a pas été montré par les études.

Pour ces enfants qui restent avec leur mère, il est primordial de privilégier le contact peau à peau prolongé et répété[9]; selon les circonstances, des techniques complémentaires à la prise du sein peuvent être proposées : sonde gastrique, tasse, dispositif d'aide à la lactation (DAL), etc. (voir Fiche 15- Accompagner le démarrage de l'allaitement maternel).

Les parents ont besoin d'informations sur :

- l'intérêt de la sucette, quand leur enfant est prématuré et hospitalisé, en particulier quand ils ne sont pas auprès de leur enfant ;
- l'utilité de pratiquer le peau à peau de façon prolongée et répétée et de proposer souvent le sein plutôt que la sucette, quand l'enfant est prématuré et reste en maternité.

4- EFFET ANTALGIQUE DE LA SUCETTE

Au cours de ces 20 dernières années, des travaux internationaux [10] ont confirmé l'intérêt de la succion non nutritive d'une sucette, associée à l'utilisation du saccharose oral, pour la prévention de la douleur aigüe lors d'interventions mineures [11] (ponction veineuse et capillaire, pose d'une sonde entérale gastrique, vaccination, etc.)

Chez l'enfant allaité, la douleur peut être prévenue lors de ces mêmes gestes, en les réalisant au cours d'une tétée [12].

L'effet antalgique de la tétée n'est effectif qu'après plusieurs déglutitions, quand l'enfant commence à se détendre.

Les chercheurs sont unanimes pour considérer que l'enfant n'associe pas la douleur et la tétée.

5- SUCETTE ET DENTITION

Les données actuelles ne permettent pas de conclure sur une relation de cause à effet entre utilisation de sucette et caries.

Les sociétés dentaires américaines proposent néanmoins aux parents d'éviter de sucer la tétine de l'enfant afin de limiter la transmission de germes cariogènes [12].

Il est risqué d'enduire la sucette avec un produit sucré (miel, sirops, etc.) et il est souhaitable de la nettoyer régulièrement.

De nombreuses études ont montré que l'utilisation prolongée (1 an et plus) d'une sucette était associée à un risque augmenté de béances et malocclusions dentaires [13].

La Société canadienne de pédiatrie [14] relève que : « Plus le nombre de mois d'usage est élevé et plus le lien avec la béance et la malocclusion est probant. »

6- SUCETTE ET OTITES

« L'usage de la sucette semble être un facteur de risque dans le développement de l'otite moyenne. Cependant, ce n'est que l'un des nombreux facteurs associés à sa pathogenèse. La responsabilité de la sucette semble augmenter avec la prolongation et la fréquence de son usage. » [14].

Les parents ont besoin de savoir que, pour réduire l'éventuel impact de la sucette dans la survenue d'otites moyennes aiguës, il est prudent de :

- ne proposer la sucette qu'aux seules périodes d'endormissement ;
- limiter l'usage de la sucette à la première année de la vie, lorsque le risque d'otite moyenne aiguë est faible.

7- SUCETTE ET PRÉVENTION DE LA MORT INATTENDUE DU NOURRISSON

Depuis plusieurs années, une controverse existe sur l'intérêt de la sucette pour prévenir la mort inattendue du nourrisson (MIN). S'appuyant sur une méta-analyse de 2005 [15], l'Académie américaine de pédiatrie [16] propose de considérer la sucette chez le nourrisson au moment de l'endormissement lors des siestes et de la nuit comme ayant un effet protecteur contre la mort inattendue du nourrisson, bien que les raisons en demeurent obscures. Il est précisé qu'après l'endormissement, la sucette ne devrait pas être réintroduite dans la bouche, une fois tombée. De même, un nourrisson ne doit pas être forcé à prendre une sucette s'il la refuse. Pour les enfants allaités, il est recommandé de la proposer après 3 à 4 semaines de vie.

Les parents ont besoin de savoir que :

- L'allaitement maternel, en particulier s'il est exclusif, est un facteur de protection de la MIN.
- L'absence de sucette n'est pas un facteur de risque de MIN.
- Il est recommandé que l'enfant dorme dans son propre lit, dans la chambre de ses parents jusqu'à au moins 6 mois.
- En cas de partage du lit parental, des recommandations sur les conditions de sécurité existent [17].

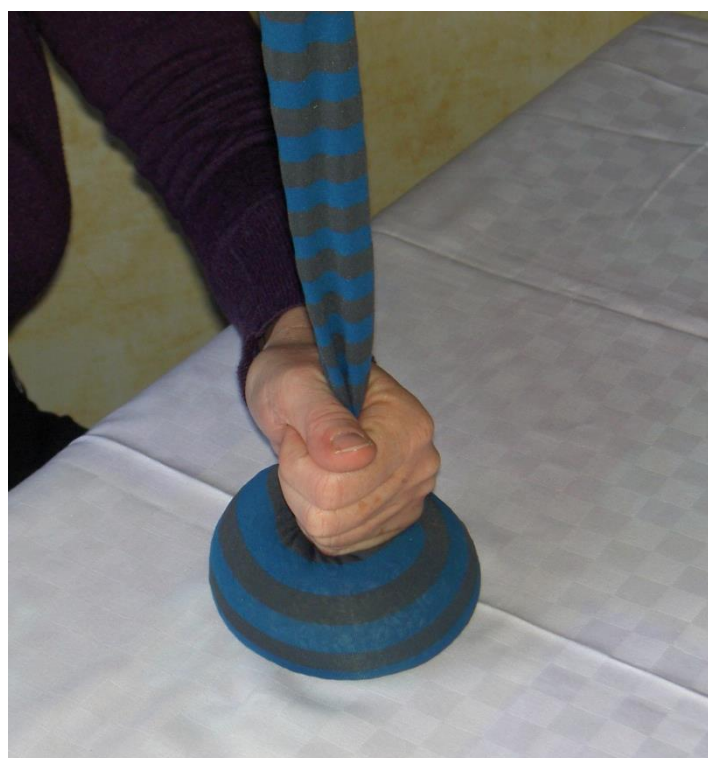
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Delaisi de Parseval G, Lallemand S. **L'art d'accueillir les bébés**. Paris : Odile Jacob ; 2001.
- [2] Gaspirini R. **Doudous, sucette et tétines : la socialisation des enfants à ces « objets transitionnels »**. 9^{es} Journées de sociologie de l'enfance. Paris, 2010.
<http://www.enfanceetcultures.culture.gouv.fr/actes/gasparini.pdf>
- [3] OMS. **Données scientifiques relatives aux 10 conditions pour le succès de l'Allaitement**. Genève: OMS; 1999. Disponible sur :
http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_fre.pdf
- [4] Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Évaluation en Santé. **Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant**. Paris: ANAES; 2002. Disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf
- [5] Haute Autorité de Santé. **Favoriser l'allaitement maternel. Processus - Évaluation**. Paris: HAS; 2006. Disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_449101/favoriser-l-allaitement-maternel-processus-evaluationguide
- [6] Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. **Pacifier use versus no pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding**. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Mar 16;(3):CD007202.
- [7] Pinelli J, Symington A. **Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants**. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Oct 19;(4):CD001071.
- [8] Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. **Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants**. Cochrane Database Syst Rev. 2012 May 16;5:CD003519.
- [9] Pillai Riddell RR, Racine NM, Turcotte K, Uman LS, Horton RE, Din Osmun L, Ahola Kohut S, Hillgrove Stuart J, Stevens B, Gerwitz-Stern A. **Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain**. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Oct 5;(10):CD006275.
- [10] Carbajal R, Chauvet X, Couderc S, Olivier-Martin M. **Randomised trial of analgesic effects of sucrose, glucose, and pacifiers in term neonates**. *BMJ* 1999;319:1393-7.
- [11] Carbajal R. **Traitement non pharmacologique de la douleur du nouveau-né**. *Arch Pediatr*. 2005 Jan;12(1):110-6.
- [12] Nelson AM. **A comprehensive review of evidence and current recommendations related to pacifier usage**. *J Pediatr Nurs*. 2012 Dec;27(6):690-9.
- [13] Sexton S, Natale R. **Risks and benefits of pacifiers**. *Am Fam Physician*. 2009 Apr 15;79(8):681-5.
- [14] Société canadienne de pédiatrie. **Recommendations for the use of pacifiers**. *Paediatr Child Health*. 2003 Oct;8(8):515-28. Mise à jour 2012 disponible sur : <http://www.cps.ca/fr/documents/position/sucettes>
- [15] Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. **Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis**. *Pediatrics*. 2011 Jul;128(1):103-10.
- [16] Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, Moon RY. **SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment**. *Pediatrics*. 2011 Nov;128(5):1030-9.
- [17] UNICEF-UK Baby Friendly Initiative. **Partager un lit avec votre bébé - un guide pour les mères qui allaitent**. 2005. Disponible sur :
http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Leaflets/Other_languages/sharingbedleaflet_french.pdf

17- FABRIQUER UN SEIN EN LENTILLES



Remplir le mi-bas avec environ 500 g lentilles corail.
Bien tasser dans le bas (pas trop quand même pour que le sein puisse être assez souple pour les démonstrations d'expression manuelle, par ex.)



Tourner la boule de lentilles plusieurs fois et retourner le bas
Renouveler jusqu'à épuisement de la longueur.



Quand toute la longueur du mis bas a été utilisée,
Retourner une dernière fois pour finir le bord et le coudre.



Enfin, on constitue le mamelon avec la boule de tissu qui a été entortillée.



Si on utilise un mi-bas uni de couleur chair, on peut coudre un rond d'un mi-bas plus sombre pour représenter le mamelon et l'aréole.