

# L'allaitement au péril des chiffres

Dominique Leyronnas<sup>1</sup>, Frédéric Roussel<sup>2</sup>, Michelle Pascale Hassler<sup>3</sup>

1. Pédiatre référent du comité scientifique de la COFAM, France.

2. Pharmacien, Pharmacie Amie de l'Allaitement Maternel, Courbevoie 92400, France.

3. Aix-Marseille Université, Ecole universitaire de maïeutique Marseille Méditerranée, Marseille, France.

## Introduction:

La surveillance des nouveau-nés en maternité repose moins sur l'observation que sur des données chiffrées dont la validité est critiquable :

- le poids de naissance utilisé pour discriminer les enfants dits à risque n'est pas un reflet fiable de la **corpulence** dans une population hétérogène.

- la **perte de poids initiale** est majorée quand la mère reçoit des **apports hydriques** importants dans **les heures précédant la naissance** (travail long, dirigé, dystocique, césarienne).

- la **surveillance de la glycémie** est **excessive** chez le **nouveau-né à terme et en bonne santé**, car elle **ne tient pas compte du rôle des carburants alternatifs** (corps cétoniques, lactates et autres) dans le métabolisme néonatal.



## Conséquences:

- La valeur accordée à ces données aboutit trop souvent au **don injustifié d'un complément de substitut du lait maternel**.

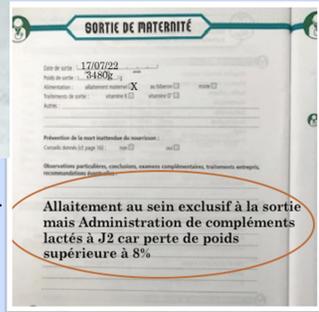
- Ce geste est **banalisé** et trop souvent laissé à l'initiative de tout(e) soignant(e) sans avis médical circonstancié.

- Il est pourtant **lourd de conséquences** :

- à court terme, il perturbe l'adaptation métabolique et l'installation du microbiote
- à long terme, il favorise l'obésité et peut être le point de départ d'une allergie au lait de vache, pathologie fréquente de la première année.

- Il **devrait donc toujours être mentionné dans le Carnet de Santé**.

- Enfin, il est **vécu** comme un **désaveu de la fonction de mère allaitante** et **compromet la poursuite de l'allaitement**.



## Pré-requis pour la mise en place et la pérennité de l'allaitement maternel:

- Environnement bienveillant et rassurant: soutenir la pulsativité ocytotique chez la mère
- Respect de la continuité sensorimotrice postnatale et connaissance des rythmes néonataux
- Observation des tétées : position confortable mère-enfant favorisant le transfert de lait, déglutition entendue, pas de douleur mamelonnaire
  - Objectivation des tétées efficaces : montée de lait, quantité et qualité des urines et des selles, seins souples après la tétée



## Propositions pour éviter le don de compléments de substituts de lait maternel

### Reconsidérer la pesée du nouveau-né eutrophe à terme :

- Prendre comme **poids de référence le poids de H24** ou **après les 1ères urines** afin de réduire l'influence des perfusions maternelles sur la chute de poids.
- Évaluer la **corpulence des enfants dont le poids est aux centiles extrêmes, ainsi que la morphologie de leurs parents**, pour définir s'ils entrent dans une catégorie à risque ou non.
- Remettre en question la pesée quotidienne en maternité en lui substituant une évaluation valide des tétées.
- Réserver la **surveillance de la glycémie capillaire aux seuls enfants à risque**, en fonction de protocoles tenant compte des mécanismes de transition métabolique chez le nouveau-né.

### Créer des conditions favorables à l'initiation de l'allaitement :

- En salle de naissance, favoriser le **peau-à-peau immédiat** qui permet l'**échange des regards** et facilite la **première tétée** en déclenchant la sécrétion d'ocytocine.
- Solliciter les systèmes sensoriels les plus matures (odorat, goût, toucher) et favoriser les comportements d'attachement et optimaux** du nouveau né (réflexes d'allaitement, continuité sensori-motrice).
- Former les professionnel(le)s à l'évaluation des tétées avec des critères d'observation validés, la surveillance du poids venant seulement confirmer les observations.
- Avoir une **attention particulière pour les situations reconnues plus fragiles** : primipares, mères plus âgées (38 ans) ou très jeunes, césariennes, les nouveau-nés vulnérables étant redevables d'une surveillance spécifique en néonatalogie.
- Pendant le séjour en maternité, permettre la proximité mère/enfant la plus continue possible et rendre la mère proactive, accompagnée mais non dirigée.



## Conclusion

Afin que l'allaitement exclusif devienne la norme pour tous les enfants allaités jusqu'à six mois de vie et **d'éviter le don abusif de compléments de substituts de lait maternel**, il importe de revoir les différentes pratiques lors de l'initiation de l'allaitement en milieu hospitalier. Pour y parvenir, Les soignants s'attacheront à :

- Acquérir des compétences nécessaires à une prise en charge respectée de la parturiente et du nouveau-né dans le respect du soutien et/ou de la restauration des mécanismes physiologiques de l'adaptation métabolique du nouveau-né à la naissance.
- Promouvoir une prise en charge globale et respectueuse en maternité (projet de naissance, recommandations HAS 2005).
- Accompagner les parents et les sensibiliser à la notion de continuité postnatale.
- Connaître et reconnaître les compétences pluridisciplinaires des professionnels de la périnatalité afin d'initier et d'entretenir un travail collaboratif.
- Soutenir le processus de parentalité: « La mère doit se sentir protégée et non enseignée » (Colson).



## REFERENCES:

Photos google, S Colson et MP Hassler, QRCode monkeycode