Retour sur les journées ACLP 2022

IPA était présente aux journées de formation de l'Association de Consultantes en Lactation Professionnelles de santé, le 23 septembre dernier

Nous avons eu le plaisir d'y tenir un stand pour rencontrer et échanger avec les participant·es. Nous remercions vivement l'ACLP pour l'invitation.

Pernelle Pastorelli, bénévole d'IPA, infirmière puéricultrice et consultante en lactation IBCLC, a assisté à ces sessions de formation continue et partage avec nous son regard de professionnelle.

Prématurité, mise en place d’un chemin sonde-sein : formation d’un service de néonatalogie et retour d’expérience.

Frédérique Garnier IPDE Consultante IBCLC au Réseau Périnatal de Franche-Comté - Dr Adèle Schiby Pédiatre CHU Besançon

L’équipe de Besançon nous a présenté **le chemin alimentaire que les soignants proposent aux bébés prématurés pour passer de la sonde au sein** et ce même pour les plus grands prématurés.
Elle se base sur la **Méthode SOFFI** (Support of Oral Feeding Fragil Infant). Cette méthode permet de **soutenir les bébés vulnérables** tout en apportant des **soins individualisés**, en prenant en compte des **compétences de l’enfant**. Cette méthode privilégie la qualité plutôt que la quantité et elle intègre les parents dans l’alimentation.

L’équipe s’est appuyée notamment sur un document belge « Les recommandation pratiques en matière d’alimentation du nouveau-né prématuré ». Ce sont des recommandations **basées sur des évidences scientifiques** et qui utilise la théorie « Cure Base Feeding » ainsi que des outils pratiques.

Pourquoi et pour qui ?

- **Parents** : se sentaient coupables, n’étaient pas acteurs. Avec cette méthode, cela leur permet d’être eux même **observateur de leur propre enfant**
- **Soignants** : il y avait beaucoup de subjectivité d’un soignant à l’autre. Les documents et protocoles ont été créées également afin d’**harmoniser les pratiques**.
- **Médecins** : ils étaient perdus au niveau des prescriptions.

En pratique…

- **Observation des capacités du bébé** prématuré et ne plus se baser sur son âge gestationnel => c'est répondre à ses envies de téter tout en s'adaptant à ses besoins (en complétant à la sonde)
- **Utiliser des échelles d'évaluation** « la fleur de lait » : favoriser un langage commun pour la progression et la communication avec les parents, permettre la collaboration interdisciplinaire

Comment s'y prendre ?

- Apprendre à reconnaître **les signes de stabilisation et de déstabilisation**
- Reconnaître l'importance de **l'environnement et de la préparation**
- Se base sur la **théorie du Nidcap** : favoriser la qualité que la quantité

Les deux professionnelles nous ont ensuite présentés un tableau présentant les 8 étapes pour arriver à **l'autonomie complète au sein du bébé**.
Elles nous ont par la suite présenté un cas concret à l'aide d'une courbe de poids afin d'illustrer leurs propos et nous présentant le chemin alimentaire mais également les changements d'environnement ayant évolués.

Mon regard de professionnelle : Ayant suivi la formation du CREFAM (préparation à la certification de consultante en lactation IBCLC) récemment (2020-2021), ce chemin nous avait déjà été présenté par une consultante du CHU de Valencienne donc c'était un élément avec lequel j'étais déjà familiarisée. Cela donne envie de faire un stage pour observer la mise en pratique de ce très beau projet ! **Et cela donne envie de diffuser cet état d'esprit partout ailleurs**.

Réflexes archaïques et allaitement : quand les 1ers jours sont difficiles

Violaine Parenti Ostéopathe Saint Germain Troyes

Cette professionnelle nous a présenté très succinctement les **3 réflexes archaïques oro-fasciaux intervenant dans l'allaitement** : fouissement, succion, déglutition ainsi que le réflexe paume/bouche.
Elle nous a également montré et **invité à pratiquer sur notre propre visage** la relaxation du visage et la stimulation du Trijumeau ; ceci pouvant être pratiqué sur le visage du bébé avant d'examiner sa bouche à l'aide d'un doigtier.
Elle nous a fait visionner par la suite une vidéo très courte de **sa pratique de l'insertion de son doigt dans la bouche de l'enfant** afin de déceler des problèmes de succion. Les explications étaient très brèves. Elle conclue en nous invitant à faire de même dans notre pratique.

Mon regard de professionnelle : J'attendais une intervention plus approfondie sur le thème qui, a mon goût, **a été seulement survolée**. **Le fait de suggérer de regarder la bouche des bébés**

quasiment en routine était surprenant sachant qu'elle s'adressait à des professionnels pas nécessairement formés à cela. L'automassage du visage était un moment plaisant.

Apports des soins de développement dans la prise en charge de l'allaitement du prématuré

Laetitia Piroddi IPDE certifiée NIDCAP, CHU Besançon

Nous avons eu un rappel sur ce qu'était **les soins de développement**.
Ceux-ci impliquent **un changement dans plusieurs éléments de la prise en soin** : environnement (vestibulaires, auditives, visuelles, tactile), l'organisation des soins (regroupement/fractionnement des soins), l'intégration des parents dans les soins, l'individualisation des soins.

Les soins de développement s'adressent **aux enfants prématurés** mais également **aux bébés nés à terme**.

Ils interviennent à plusieurs niveaux de la prise en soin de l'enfant et de la famille. Ils vont avoir une influence sur :

- la situation **psychosociale et affective**
- la **douleur** : pour éviter les traitement médicamenteux et notamment les lourdes sédations
- le **stress**
- impact sur les parents, permettre **la confiance en leur capacité d'être parent** pour une sortie plus rapide
- **l'allaitement**

La professionnelle nous a également présenté **la théorie synactive**. C'est un système hiérarchisé allant du plus central vers les « extrémités :

1. système végétatif
2. système moteur
3. vigilance (veille/ sommeil)
4. relation
5. système d'autorégulation

Elle nous a présenté une photo et plusieurs vidéos de la **mise en pratique de cette théorie**. Elle nous a montré l'exemple d'un bébé prématuré né à 25 SA, actuellement à 28 SA, intubée, en couveuse et sédatée en capacité de démontrer des signes de nécessité de téter.
Elle était allongée sur le côté, emmaillotée et quelques goûtes de lait lui ont été proposée jusqu'à ce qu'elle démontre des signes de désorganisation.
Elle n'a pas été mobilisée afin que cela ne l'épuise pas et la seringue n'a pas été introduite dans

sa bouche afin que cela ne provoque pas une aversion par la suite.
La professionnelle rajoute qu'avant cela, l'équipe fait sentir l'odeur du lait maternel également.
Elle explique que l'on n'arrête pas toujours au premier signe de désorganisation car sinon le travail de l'oralité n'avance pas. On fait une pause puis on reprend.

Pour le complément à la sonde et les volumes importants de lait, il est souvent utilisé « la tulipe » (pas d'alimentation en continu, pas de présence de piston, hauteur de la seringue adaptée selon l'état de l'enfant et selon comment celui-ci supporte la vitesse du complément).
Si les quantités sont très petites, il sera utilisé plutôt du débit continu car avec la tulipe le premier bolus est trop rapide.

Mon regard de professionnelle : comme pour la première intervention, je connaissais déjà le thème. Cependant, **le fait de pouvoir se rendre compte « en réel » grâce aux vidéos est très riche**. **Cela est réellement intéressant qu'il puisse être proposé une tétée en direct** à la seringue et/ ou au sein quel que soit l'âge gestationnel mais également si l'enfant présente une assistance respiratoire par exemple.

Réalités biologiques et aspirations sexuelles et érotiques chez la femme allaitante

Nadia Flicourt IDE Cadre de Santé Sexologue Formatrice

Il existe l'idée que la femme allaitante ne serait pas intéressée par le sexe. Est-ce une constatation ? une réalité ? une croyance ? Mais la question réelle ne serait-elle pas : Qu'est ce qui la fait femme ?

Il intervient plusieurs **changements nouveaux de l'intimité**, du toucher ; **le plaisir se déplace**. Elle se questionne, découvre, se découvre. Alors se pose les questions : Comment passer d'un plaisir (celui avec l'enfant) à l'autre (celui du/ de la conjoint.e) ? Est-ce possible de retourner en arrière ? Le manque d'intérêt sexuel caractérisant la femme allaitante est annoncé comme réducteur.

- **Le vécu du père** : la nouvelle fonction des seins, qu'il considérait jusqu'alors uniquement dans la pratique sexuelle, interpelle voire traumatise. Cela nécessite un repositionnement en s'adaptant à la nouvelle situation qui affecte ou pourrait affecter la relation sexuelle.
- **Absence de désir** :
    - « Je ne peux pas j'allaite » : parfois c'est une arme pour ne pas pratiquer de relations sexuelles
    - En occident, le conseil de « ne pas reprendre avant 6 semaines », qui sonne comme une « prescription » (non prouvé scientifiquement), peut être une manière pour les mères de se protéger
- **Plaisir d'allaiter ou autre désir** :

    - Certaines parlent de ressenti de l’orgasme car les seins et l’utérus sont en connexion
    - La sensualité à allaiter, le soulagement la relaxation après l’éjection de lait …
    - Ce sont des réactions physiologiques qui n’affectent pas l’enfant
- **Confusion ?**
    - des seins attirants, excitants : éjection du lait, orgasme, écoulement recherché…
    - bloquant et dégoutant : dimension pornographique ou animale, rejet
- **Un nouveau regard sur la vie de couple** :
    - Pourquoi la femme allaitante irait-elle chercher une satisfaction pour un désir déjà comblé ?
    - Les relations sexuelles vont devoir être meilleures qu’avant !

Mon regard de professionnelle : cette intervention était une des plus **intéressante** voire la meilleure de ces journées et ce malgré qu’elle ait été faite en visioconférence.
Cette professionnelle a présenté **un sujet parfois tabou pour les familles** de manière très authentique et vraie mais aussi dynamique. Son approche était dans **une réelle empathie et les échanges avec l’auditoire ensuite a pu être riches**.
Ex : une sage-femme a questionné comment elle devait se positionner face à une femme enceinte qui se masturbait pour déclencher le travail ou un futur père qui masturbait sa femme pour provoquer l’expulsion en présence de la professionnelle. Nadia Flicourt a répondu que la tactique de ses personnes n’était pas mauvaise et a parlé de la remise en question de la présence/l’intervention absolues des équipes hospitalières dans tous ses moments.

Démarche IHAB son cheminement et les liaisons avec les ressources extérieures

Equipe de maternité de l’hôpital de Schweitzer de Colmar

Deux professionnelles nous ont présenté cette maternité de Type 1 ayant obtenue le label IHAB. La maternité s'appuie notamment sur 3 principes :

- une attitude centrée sur **les besoins individuels de la mère et du nouveau-né**
- **des soins centrés sur la famille** ; il existe des lits pour les deux parents
- un travail **en réseau** et équipe pour **la continuité de soin**

Les **12 recommandations IHAB** ont été présentées, ainsi que les démarches de la maternité pour s'y conformer. Plusieurs **groupes de travails pluridisciplinaires** ont été formés sur plusieurs thématiques. L’équipe est ses membres ont **des formations continues spécifiques**. L’équipe présente par exemple 3 consultantes en lactation, des puéricultrices, une psychologue et un ostéopathe. Une évaluation sur les différents thèmes de **pratiques professionnelles** a été faites : le peau à peau et sa sécurité, l’allaitement maternel, le don de complément (arbre décisionnel et techniques alternatives pour les administrer), l’alimentation au biberon, la cohabitation mère-bébé

couchage, sécurité, co-dodo…), la sortie.

Un vocabulaire commun et des outils ont été élaborés. Par exemple :

- le mot « supplément » est utilisé pour le lait maternel, le « complément » pour les préparations pour nourrissons
- les « bouts de sein » ont été remplacés par les « téterelles en silicone »
- « le petit albert » : un fascicule à destination des professionnels pour que notamment les nouvelles arrivées puissent avoir toutes les informations et ce vocabulaire commun
- « la charte de la maternité » traduite en plusieurs langues
- un site internet élaboré entièrement par une puéricultrice du service
- informations transmises en cas de transfert
- informations transmises aux sage-femme libérales
- travail avec la PMI et les pharmacies des alentours (une douzaine)

Une vidéo nous a été présentée en montrant notamment la pratique des bains enveloppés.

Les difficultés pour cette réaliser cette démarche ont **un volume de travail impressionnant** et **la non-adhésion de tous les professionnels** au projet. Mais cela a été présenté également comme une force car il est important de pouvoir prendre en compte leur peur et de leur parler. **Il aura fallu 4 ans avant d'obtenir le label.**

Mon regard de professionnelle : encore une fois il est très intéressant de voir ce qu'il se fait dans certaines maternités, d'en avoir **un ressenti des professionnels qui ont mis en place le projet**.

Recueil du lait avant un accouchement une césarienne

Catherine Gardot SF libérale consultante IBCLC et l'équipe de maternité de l'Hôpital Nord Franche-Comté de Trevenans

Présentation de l'expérience de la maternité de Trevenans, niveau 2B.
C'est une pratique qui fait partie des **soins de développement**.

Il a fallu monter de A à Z ce protocole : comment le recueillir, où le stocker, quel contenant utiliser …. Celui-ci a été appliqué pour **les naissances et grossesses à risque** : césariennes, transfert en néonat, mères diabétiques (à partir de 36 SA)…

Des fiches différentes ont été réalisées pour chaque étape :

1. Recueil à domicile
2. Salle de naissance ou la maternité

3. Administration du lait

Une étude de 2017 ainsi qu'une étude de 2021 ont démontré qu'il n'y avait **pas de risque d'accouchement prématuré.**

Puis les professionnelles ont partagé avec nous certains **témoignages** de mères mais également de soignants concernant cette nouvelle pratique.

Mon regard de professionnelle : Très intéressant d'avoir un retour sur **cette pratique qui est encore très peu mise en œuvre**.

Motiver les équipes hospitalières ? Comment lever les résistances au changement

Angela Giusti Rome SF chercheuse à l'Istituto Superiore di Sanita

Angela a débuté son intervention par un cas concret de Marie-Trotinette qui travaillait depuis 30 ans dans le même lieu et qui aimait son travail. Cependant qui ne s'informait et ne se formait pas. Les conduites étaient donc fortement anciennes. Jusqu'au jour où un autre professionnel vient remettre en causes ses pratiques et que celle-ci se sent comme une mauvaise professionnelle.
Il est difficile de d'apprendre à un adulte à désapprendre. Le changement est fatigant ; il faut déconstruire pour reconstruire.

L'intervenante propose une courte vidéo de la fée clochette où celle-ci veut absolument apprendre à faire voler un oisillon et celui-ci est tétanisé. Celle-ci veut montrer que parfois nous avons un focus sur un objectif mais nous oublions ce que la personne en face désire réellement.

Elle cite le **cadre théorique** de référence de **Carl Rogers** avec les 3 attitudes suivantes :

1. Considération positive de l'autre, sans jugement
2. Empathie
3. Congruence : être d'accord ou pas avec ce que dit la personne en face si son opinion est différente de la nôtre

Mon regard de professionnelle : l'intervention d'Angela Giusti était très dynamique malgré la visioconférence ; elle a pu faire passer des **messages intéressants** dans sa pratique et les **échanges avec l'auditoire étaient constructifs**.
Exemple : question d'une puéricultrice de néonatologie : comment travailler ensemble avec l'équipe de maternité avec une équipe qui reste dans ses retranchements ?
Tout d'abord il est très important de **valoriser** ce que l'autre équipe fait de bien.

Ensuite pouvoir **proposer des formations conjointes**, en même temps et en dehors des locaux de l'hôpital pour que toutes les personnes puissent réellement **s'investir dans la formation** et ne pas être appelé. Il pourra être intéressant de créer **une ambiance groupale** en proposant des activités autre que le travail qui unissent.

Difficultés après le retour à domicile, comment les résoudre, cas cliniques

Catherine Barroyer Sage-Femme Consultante en Lactation Nancy

Catherine Barroyer nous a présenté **3 cas cliniques** pour illustrer sa propre prise en charge pour les thèmes suivants : **le réflexe d'éjection fort**, **la prise en charge des crevasses** qui traînent et **la prise de poids lente**. Elle a a accompagné ses cas cliniques de photos.

Réflexe d'Ejection Fort (REF) :

- Elle propose d'**atténuer l'effet des postures** en proposant une position quasiment à plat dos ou encore ce qu'elle appelle le ballon de rugby assis.
- Elle rappelle que le REF n'est **pas forcément synonyme de d'hyperlactation**.
- Il vaut mieux **éviter de donner les 2 seins** s'il y a beaucoup de lait dans le premier.
- **Les bouts de seins en silicone** peuvent parfois aider mais parfois ils font réservoir ce qui amène le bébé à mal téter.
- Il existe des REF suivi de **perte de poids**

Il y a un besoin d'**harmonisation au cours du temps**, de rencontre d'accordage et d'équilibre entre le bébé et sa mère.

Crevasses :
Pour une mère avec une **ptose mammaire** et un important volume de sein, un **mamelon invaginé** d'un côté elle propose :

- **Un changement de posture** avec une position ballon de rugby car les seins sont lourds et un coussin sous le corps de l'enfant
- **De façonner le mamelon** afin de le rendre plus érectile
- **Mouiller la plaie** avec du lait
- **Prendre le sein en U** et pas en C
- **Traitement des plaies** : selon le type de plaie elle utilise différents produits (interface lipido colloïde, acide hyaluronique, crème corticoïde, pommade antibiotique)

Prise de poids lente
Objectifs :

- Avoir **plus de lait**
- 200 gr/semaine
- **Hyperalternance** pour optimiser l'énergie
- Être vigilant sur **la température**
- Apprendre à **maîtriser le DAL au sein**

Mon regard de professionnelle : je trouve toujours intéressant de voir quels sont **les pratiques d'autres professionnels**. Cela m'a aidé **à visualiser mieux le traitement des crevasses** par exemple. Il est vrai que je n'ai pas encore eu à accompagner des crevasses très importante et que le sujet du traitement reste encore flou pour moi. De plus, **pour les puéricultrices** il n'est pas toujours facile pour la mise en pratique par le fait que nous ne puissions pas prescrire.

Salon d'allaitement « une escapade pour maman et bébé »

Caroline Puertas, AP Consultante IBCLC - Dr Laurence Fraysse et Dr Marie-José Stumpf pédiatres Hôpital Schweitzer de Colmar

Ce salon est né en 2007. Il est adressé aux femmes enceintes, les nouvelles accouchées n'ont pas trop le temps.
Le salon est ouvert à toutes les mères onc le bébé a jusqu'à un an.
Il permet **un soutien de mère à mère** et **un sas de décompression** pour les mères mais également pour les bébés. Il permet **la rencontre avec d'autres bébés**. En effet, notamment pendant le COVID c'était parfois la première fois que les enfants en rencontraient d'autres.
Les thèmes abordés : poids et suivis de poids, rythmes, sommeil, position, tire-lait, douleur, place du père et sexualité, fratrie, organisation ….
Ce sont des expériences riches où par exemple les grèves de tétées se sont arrêtées car certains bébés tétaient en mimétisme aux autres, moins de compléments, un allaitement plus long …
L'équipe avait invité 3 mamans et deux bébés ayant déjà participé au salon.

Mon regard de professionnelle : cela conforte dans l'idée que **les groupes de mères** sont hyper riches et constitue **une source primordiale dans le soutien à l'allaitement**.

Présentation par Pernelle Pastorelli, secrétaire d'IPA, infirmière puéricultrice et consultante en lactation IBCLC

Pour aller plus loin

- Retour sur les journées ACLP 2021

Publié par JC, Documentaliste IPA