

L'allaitement au péril des chiffres

Dominique Leyronnas¹, Frédéric Roussel², Michelle Pascale Hassler³

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.

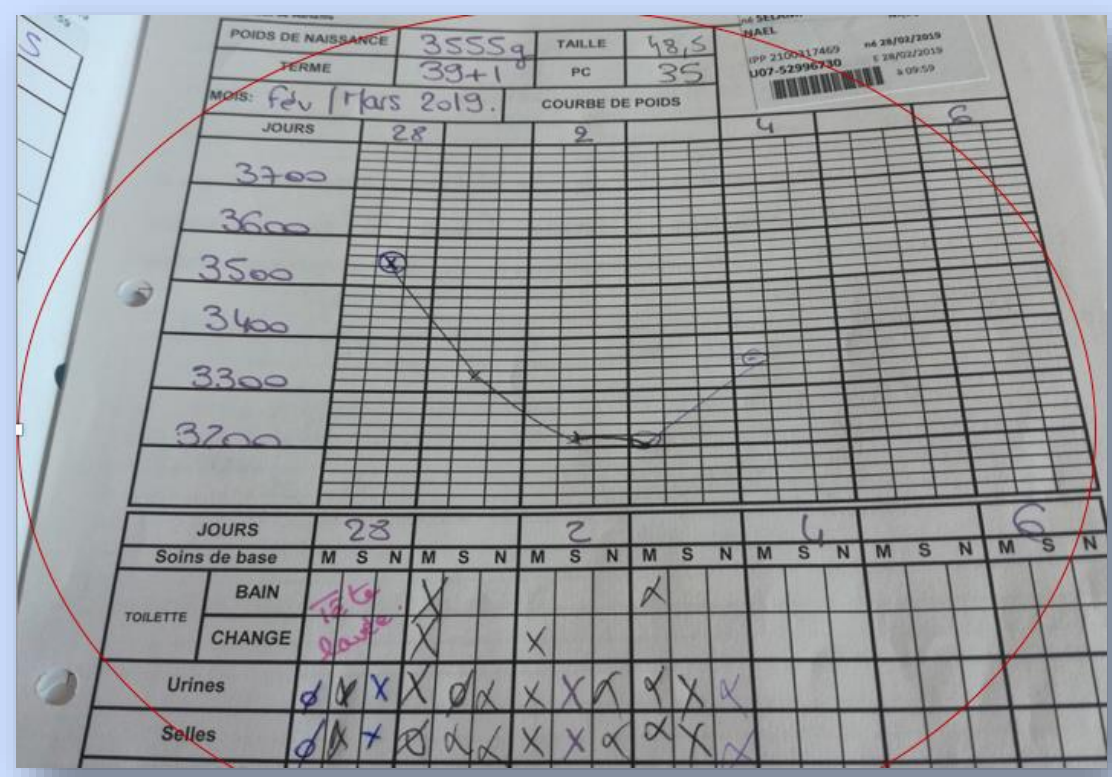
Introduction:

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**.

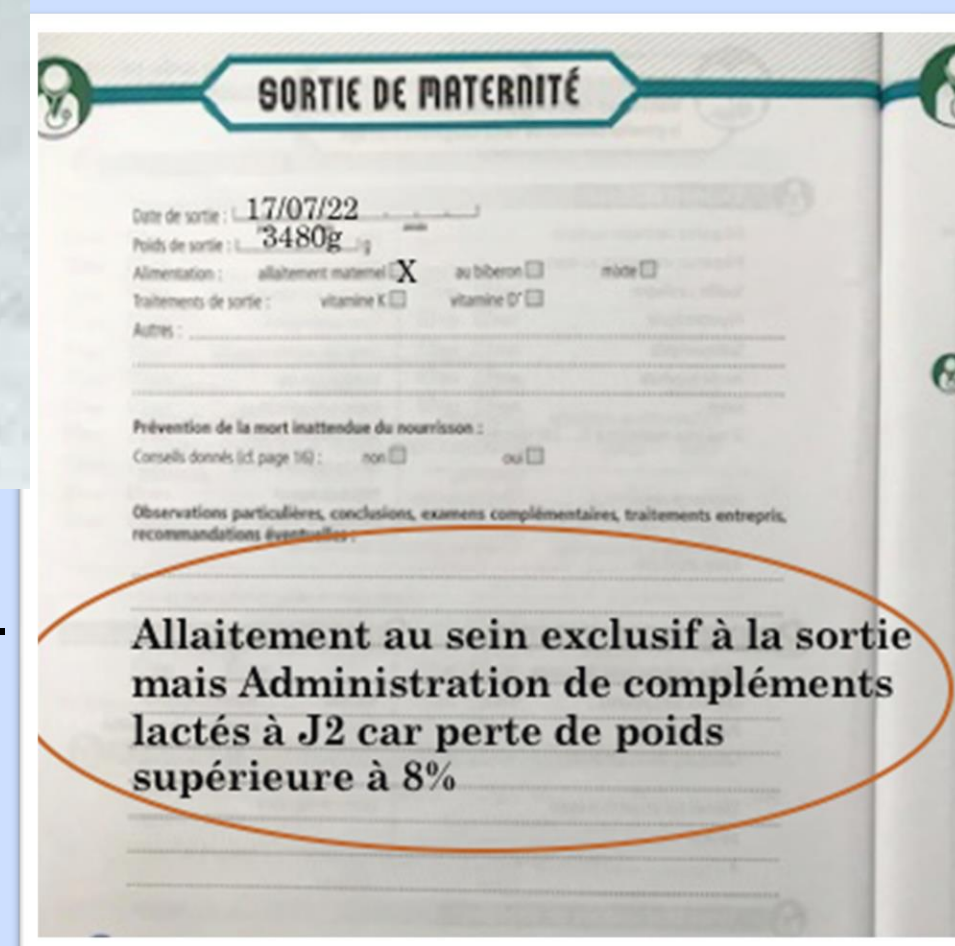
- Ce geste est **banalisé** et trop souvent laissé à l'initiative de tout(e) soignant(e) sans avis médical circonstancié.

- 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