

Allaitement exclusif :

Quand la connaissance des rythmes peut lever des obstacles

Marie-France Morinaux - Sage-femme libérale, Consultante en lactation IBCLC en libéral et au CH de Coulommiers (77), formatrice Am-F.

Publié dans les Dossiers de l'Obstétrique 2007 ; 366 : 16-19.

Les bénéfices de l'allaitement exclusif durant les 6 premiers mois de la vie sont désormais reconnus et font partie des recommandations de l'HAS (1). Toutefois un certain nombre de situations usuelles, devant lesquelles ils se sentent démunis, amènent les mères et les professionnels de santé à proposer des compléments de lait industriel aux bébés allaités : macrosomie, bébé qui pleure et ne semble pas satisfait, tétées trop fréquentes, perception de manque de lait, prise de poids insuffisante, coliques, fatigue et inquiétude maternelles...



Transmettre aux mères allaitantes certaines connaissances sur les rythmes physiologiques des bébés allaités pourrait permettre de sauvegarder sereinement l'exclusivité d'un certain nombre d'allaitements à différents moments de la croissance de l'enfant et de mettre ainsi en œuvre les recommandations de santé publique (2). Des situations variées peuvent se cacher derrière des symptômes apparemment similaires. La connaissance de certains éléments peut permettre un discernement en finesse et un accompagnement personnalisé.

Si des différences importantes peuvent être observées d'un bébé à l'autre, y compris dans une même fratrie, certains comportements sont communs à beaucoup de bébés et l'on peut observer certains rythmes caractéristiques chez les bébés allaités (3).

Les trois premiers jours

Après une période d'éveil d'environ 2 heures où les capacités du nouveau-né sont à leur apogée, celui-ci devient le plus souvent somnolent au cours des 24 heures qui suivent. En dehors de situations d'hypothermie, il n'y a pas de risque d'hypoglycémie pour un nouveau-né à terme et en bonne santé dans les 48 premières heures (4).

Après un éveil progressif le 2^{ème} jour, survient un épisode de demande frénétique, qui dure souvent plusieurs heures juste avant la montée laiteuse. Les mères prévenues de l'existence de cet épisode normal et limité dans le temps sont plus à même de répondre à cette demande si elles sont assurées

de son caractère normal et transitoire. Leurs deux grandes inquiétudes à ce moment sont, d'une part de manquer de lait, et d'autre part, la crainte de ne pouvoir suivre un tel rythme sur une longue période. L'accompagnement par un personnel formé à l'allaitement et à l'écoute est alors essentiel. Cela permettra à la mère de faire l'expérience

gratifiante qu'elle « suffit » à combler les besoins de son bébé, et que ceux-ci sont normaux et transitoires. C'est une expérience fondatrice pour la poursuite de l'allaitement et la construction de la relation mère-enfant. L'enfant prend ensuite un rythme de croisière à partir de la « montée laiteuse », rythme auquel la maman va progressivement s'habituer.

Les rythmes par la suite

Au cours de la journée, il était culturellement admis qu'un nouveau-né « ça tète toutes les 3 heures environ ». Depuis quelques années, les conseils aux mères vont dans le sens d'un allaitement « à la demande ». Or certaines mères se plaignent de ce que leur bébé tète « tout le temps » ou bien qu'il « prend la nuit pour le jour ». Quand on interroge plus en détail ces mères, elles décrivent le plus souvent la situation suivante : le bébé dort le matin, avec des tétées plutôt espacées, mais pleure beaucoup le soir, moment où elles pensent manquer de lait. Cette situation amène classiquement à donner un complément de lait industriel. Or on touche là la réalité concrète du rythme physiologique de l'allaitement maternel : celui-ci ne consiste pas en un espacement régulier de quelques heures entre des tétées réparties de façon homogène au long du nyctémère.

Tout d'abord, il y a plus de tétées entre 14h et 2h du matin qu'entre 2h et 14h (5), jusqu'au double les 3 à 6 premières semaines (3). C'est une réalité à laquelle les nouveaux parents ne sont pas forcément préparés. Mais il s'agit d'un phénomène normal et non pas d'une « confusion » du bébé. Les tétées de nuit étant particulièrement importantes au début pour l'établissement d'une lactation abondante, on peut

penser que ce phénomène a son intérêt. Et l'expliquer aux mères.

Physiologiquement, les tétées du matin sont abondantes (120 à 150 ml) – (5) et relativement espacées (2 à 5 h). Au fur et à mesure de l'avancement de la journée, les tétées se rapprochent en même temps que l'éveil de l'enfant augmente. Survient alors, le plus souvent entre 14 h et 2 h du matin, un épisode de « **tétées groupées** » (3) où le bébé tète de façon très fréquente pendant 2 à 3 heures, prenant à chaque fois de petites quantités (une gorgée à 40 ml) – (5) de lait plus gras de fin de journée (la maman percevant à cette heure là que ses seins sont peu remplis).

Cet épisode de tétées groupées est caractéristique des bébés au sein (à quelques exceptions près). On peut dire qu'il est « physiologique ». Or souvent la maman, après avoir donné les deux seins à son enfant, pense qu'elle manque de lait si celui-ci réclame encore (et est tentée de lui donner un complément), ou berce l'enfant pour le calmer plutôt que de lui redonner ce dont il a besoin pour sa croissance normale : le lait maternel, avec sa composition et sa quantité spécifiques à ce moment de la journée. Lorsque la mère comprend qu'il s'agit là d'un rythme (et non pas d'anarchie), d'un phénomène normal et habituel (et non d'un problème que poserait son bébé ou son allaitement) et que sa production de lait n'est pas en cause, elle reprend le plus souvent confiance en elle. Le fait de lui expliquer que son lait est sécrété en continu, que plus le bébé tète plus la production est rapide (6), de lui proposer d'alterner les seins très souvent lors de ces épisodes, et de lui faire observer les épisodes de sommeil calme de son bébé à d'autres moments de la journée, suffit souvent à maintenir un allaitement maternel exclusif avec une maman sereine et une prise de poids adéquate.

Autre élément clé du rythme de l'allaitement maternel, au long cours cette fois : les « jours de pointe ». Ce sont des périodes de quelques jours, que l'on observe souvent à des dates particulières : autour de 3 semaines, 6 semaines, 3 mois, mais aussi avant ou pendant un épisode de développement spécifique à l'enfant : poussée dentaire, acquisition de la marche, épisode de maladie infantile. Ou encore lors d'un événement familial : vacances, déménagement ou autre. Parfois appelés « poussées de croissance », ces phénomènes sont plutôt des épisodes comportementaux transitoires normaux, adaptés au bon déroulement de l'allaitement dans les pays occidentaux. Ils se caractérisent par un changement brutal de rythme de tétées, avec des tétées fréquentes et anarchiques, tout au long des 24 h, pendant plusieurs jours. L'expérience prouve que la réponse adaptée à ce comportement est de répondre sans restriction à cette demande frénétique, en alternant les seins plus que de coutume et en observant les besoins du bébé. Là encore, le caractère normal et surtout transitoire de cet épisode, souvent très déstabilisant, suffit à le rendre acceptable pour la maman, surtout si elle en a eu connaissance avant qu'il ne se présente. La prévention par une information adéquate tout au long de la grossesse et de la période post natale a ici toute sa place ainsi que la cohérence du discours des différents intervenants auprès des parents.

Situations nécessitant une évaluation

Un certain nombre de situations peuvent toutefois ne pas relever de la physiologie mais alerter le professionnel.

Le bébé qui dort beaucoup et ne « réclame » pas : prématuré, petit poids, ou simplement bébé né sous analgésie, y compris péridurale (13). Apprendre aux mères à reconnaître les signes précoces qui montrent que le bébé a besoin de téter est un élément clé de prévention (4). Les pleurs sont un signe tardif du besoin de téter. Certains nouveau-nés sont trop somnolents pour atteindre cette phase, surtout dans les premiers jours. Encourager les mères à répondre aux « signes d'éveil », proposer le peau à peau, entrer dans un allaitement à la demande de la maman, sont des stratégies efficaces et abondamment documentées (4).

Le bébé qui pleure et s'endort dès qu'on le met au sein : Ce peut être un bébé sensible ou prématuré, qui réagit par l'évitement à de trop fortes stimulations (15) : bruit extérieur, stimulations tactiles multiples, main derrière la tête, mise au sein « musclée ». Mais aussi un bébé pour qui la mise au sein est trop tardive : quand il pleure, il n'est plus en état de prendre de le sein correctement, il est trop désorganisé dans son comportement. Là encore la reconnaissance des signes d'éveil (14) et le peau à peau sont des outils précieux.

Le bébé qui réclame en permanence, 24 h sur 24, sans période de sommeil calme, ou le bébé qui a des épisodes de tétées groupées le matin en plus du soir. En dehors de la période des trois premiers jours, où cette situation n'est pas rare (en particulier chez certains bébés macrosomes), et des périodes de « jours de pointe » dont nous venons de parler, il s'agit le plus souvent d'un bébé qui ne reçoit pas assez de lait, ce qui est généralement confirmé par une prise de poids insuffisante, des selles rares et des urines peu abondantes (7). Puisque la fréquence des tétées n'est pas en cause, c'est **l'efficacité du transfert de lait** entre la mère et l'enfant qui pose problème. L'utilisation de feuilles d'évaluation de tétée telle que celle de l'OMS proposée par l'HAS (1) a ici toute sa place ainsi que les protocoles proposés dans ce même document (HAS 2006), qui incluent la consultation d'un référent pour l'allaitement maternel, le maintien et la stimulation de la lactation chez la mère (tire-lait), la complémentation du bébé avec le lait de sa mère (en priorité) et la préservation de son réflexe de succion par l'utilisation de moyens autres que le biberon pour nourrir l'enfant. Tout cela le temps de retrouver une situation d'efficacité de succion normale. Le manque de lait chez la mère est une situation rare (8), de même que les pathologies concernant le bébé (9), **mais ces dernières doivent être éliminées.** Une infection urinaire chez l'enfant peut passer inaperçue parce que l'on se focalise sur l'allaitement devant une stagnation staturopondérale. Une lactation insuffisante est le plus souvent secondaire à un problème de démarrage de l'allaitement (rythme physiologique non respecté durant la période de « calibrage ») – (7), non diagnostiqué ou suivi de façon inadéquate. Là aussi, il existe des solutions à proposer aux mères avant de passer aux biberons de lait industriel (17).

Autre situation classique chez un bébé qui réclame sans arrêt au long des 24 h : **le bébé qui ne reçoit que du lait de début de tétée**. Un réflexe d'éjection trop fort, une lactation trop abondante (décrite par la maman), un allaitement mal conduit (durée limitée à 10 min à chaque sein, port de coquilles d'allaitement...) peuvent avoir comme conséquence une consommation exclusive de lait de début de tétée chez le bébé (10). Celui-ci ne perçoit donc jamais la sensation de satiété induite par le lait de fin de tétée (11), et le déséquilibre de son alimentation peut lui occasionner des coliques par excès de lactose. La présence de selles vertes et mousseuses, voire « explosives », viendra confirmer le diagnostic. Dans certains cas, où il n'y a pas de notion d'excès de lait ou de réflexe d'éjection trop fort, l'éviction des produits laitiers de l'alimentation de la mère pourra apporter une amélioration des symptômes. Un grand nombre d'observations viennent étayer ce fait sans qu'il ait été, à ma connaissance, confirmé de façon scientifique pour l'instant.

Autre cas de figure, le **bébé qui s'éveille dès qu'on le pose et qui demande à téter à nouveau pour se rendormir**. La demande fréquente de ce bébé est en fait un besoin de contact physique et/ou de portage, en particulier pour dormir, ou encore simplement une réaction à une mise au lit trop précoce après la tétée, ou à un inconfort en position allongée. Proposer à la maman d'attendre au moins 20 min avant de poser son bébé (phase de sommeil profond) ou d'utiliser un porte-bébé plusieurs heures dans la journée (12) peut parfois apporter un grand confort à toute la famille.

A l'inverse, le **bébé allaité qui ne tète que 4 à 5 fois par 24 h sans aucun épisode de tétées groupées**, devra alerter le professionnel. Certains bébés ont une prise de poids correcte avec ce type de schéma de tétée. Ils sont plutôt rares, mais pour ceux-là tout va bien.

Si la prise de poids n'est pas satisfaisante ou présente une cassure soudaine ne correspondant pas aux courbes de l'OMS pour l'allaitement maternel (16), il est intéressant de vérifier si le bébé suce son pouce ou une sucette *de nombreuses heures dans la journée*. Le besoin de succion étant satisfait par la sucette ou le pouce, la maman propose parfois le sein moins souvent, attendant que le bébé pleure pour l'allaiter, n'interprétant pas le besoin continu de succion comme un besoin de téter. Dans ce cas, le bébé ne reçoit plus la quantité nécessaire de lait maternel. Cela arrive classiquement lorsque les mères allaitantes décident, ou reçoivent comme recommandation de « passer à 4 ou 5 repas par jour ». Cette notion ne correspond à rien en cas d'allaitement. Physiologiquement, la plupart des bébés allaités conservent un nombre important de tétées. Mais en grandissant, ces tétées deviennent plus courtes car le bébé est devenu très efficace. Or, toutes les petites tétées, tétées câlins, tétées d'endormissement, de consolation, restent en fait très nourrissantes pour l'enfant. Si elles disparaissent, au profit du pouce ou de la tétine, la croissance peut s'en ressentir, parfois de façon importante. La reprise de la pilule, même progestative, est aussi à vérifier.

Dernier point de repère à transmettre, les 2/3 des bébés entre 1 et 6 mois conservent de 1 à 3 tétées de nuit (5). Certains conseils concernant le sommeil des bébés qui stipulent que l'enfant entre 3 et 6 mois n'a plus besoin de nourriture la nuit (18) ne sont pas adéquats pour les bébés allaités.

En conclusion

On peut dire qu'une bonne connaissance des rythmes et des comportements les plus fréquents des bébés au sein, ainsi qu'une écoute attentive de ce que décrit la mère, associé à l'observation du bébé et des indicateurs de croissance, peuvent permettre la mise en œuvre des recommandations officielles pour l'allaitement maternel, dans le respect du projet parental, pour le plus grand bénéfice des bébés et de leurs familles. La cohérence des acteurs de la santé à ce sujet est encore à réaliser.

Bibliographie

- HAS, juin 2006. Favoriser l'Allaitement - Processus - Evaluation. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doc.chem_al_22-11-07.pdf
- ANAES, mai 2002. Allaitement Maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf. Et PNNS 1 (2005) et 2 (2006); www.mangerbouger.fr/IMG/pdf/PNNS2-Comple.pdf
- Frantz K. Quand bébé refuse de téter. Hors Série des Dossiers de l'Allaitement JIA 2003 : 24-27.
- Guide clinique pour l'Etablissement d'un Allaitement Maternel Exclusif, p13. ILCA, juin 2005. Lactitude. [www.lactitude.com/docs/Guide clinique ILCA.pdf](http://www.lactitude.com/docs/Guide_clinique_ILCA.pdf).
- Kent JC, Hartmann P et al. Volume of breastfeeding and fat content of breast milk thorough the day. *Pediatrics* 2006 ; 117 : 387-95.
- Hartman P. Régulation de la synthèse du lait chez les femmes. Hors série de Dossiers de l'Allaitement JIA 2000 ; 12-18. Gremmo-Feger G. Quand utiliser des compléments ? Quels laits utiliser ? Journée de l'Envol, Lille, 10 avril 2003.
- a) « Les macrosomes sans autre facteur de risque associé ne sont pas à risque d'hypoglycémie », Renfrew MJ ; 2000. Guide Clinique pour l'établissement d'un Allaitement Exclusif ILCA 2005 p13, cité par HAS.
b) de Rooy L. Nutritional factors that affect the postnatal metabolic adaptation of full-term small- and large-for-gestational-age infants. *Pediatrics* 2002 ; 109(3) : e42.
c) Cahill JB et al. Incidence of hypoglycemia in term large for gestational age (LGA) infants as a function of enteral feeding type. *ABM News and Views* 2002 ; 8(3) : 20.
- d) Gremmo-Feger G. Stagnation pondérale chez l'enfant allaité. Journée de l'Envol, Lille, 10 avril 2003.
- e) Renfrew MJ et al. Feeding Schedules in hospitals for newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2000 ; 2 : CD000090.
- a) Neifert M. The influence of breast surgery, breast appearance, and pregnancy-induced breast changes on lactation sufficiency as measured by infant weight gain. *Birth* 1990 ; 17(1) : 31-8.
b) Woolridge MW et al. Recent advances in breastfeeding. *Acta Paediatr Jpn* 1993 ; 35(1) : 1-12.
- Lukefahr JL. Underlying illness associated with failure to thrive in breastfed infants. *Clin Pediatr* 1990 ; 29(8) : 468-70.
- Smillie CM et al. Hyperlactation : how left-brained « rules » for breastfeeding can wreak havoc with a natural process. *Newborn Infant Nurs Rev* 2005 ; 5(1) : 49-58. *Doss All* 2007 ; 70 : 5.
- Gremmo-Feger G. Journée de l'Envol, Lille, 2003.
- Didierjean-Jouveau C. Porter bébé. Ed Jouvence, 2006.
- Torvaldsen S et al. Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding : a prospective cohort study. *Int Breastfeed J* 2006 ; 1 : 24.
- a) Marchini G et al. Hunger behaviour contributes to early nutritional homeostasis. *Acta Paediatr* 1998 ; 87(6) : 671-5.
b) Widstrom AM. Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour.
- Brazelton TB. Psychophysiological reaction to birth, dans : Guide clinique pour l'Etablissement d'un Allaitement Maternel Exclusif, pages 9 et 10. ILCA juin 2005, Lactitude.
- Brazelton TB. Psychophysiological réaction to birth. *J Pediatr* 1961 ; 58 : 513-18.
- OMS. Les normes de croissance de l'enfant, 2006. www.who.int/childgrowth/standards/fr/index.html
- Comment augmenter votre lactation (feuilleton), et L'Art de l'Allaitement Maternel. LLLFrance. www.lllfrance.org.
- Dormir c'est vivre aussi, conseils aux parents de jeunes enfants. IN-PES, octobre 2007. www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1050.pdf