

Cas cliniques ... cas cliniques

Abcès du sein à Staphylocoque doré résistant à la méticilline

Case report of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA).
B Wilson-Clay. JLH 2008 ; 24(3) : 326-9.

Cette primipare a accouché à 38 semaines par césarienne suite à un arrêt de la progression du travail. Son bébé pesait 2 722 g. La mère a présenté des crevasses sur les mamelons. L'équipe soignante lui a conseillé de les traiter avec des pansements hydrogel et l'application de lanoline. La mère allaitait exclusivement à la sortie de maternité.

Le traitement a permis une amélioration partielle de l'état des mamelons, mais pas la disparition des lésions et de la douleur. Par ailleurs, les tétées sont progressivement devenues de plus en plus difficiles ; le bébé était très agité, il lâchait souvent le sein, le repoussait, pleurait. Cela jouait probablement un rôle dans la persistance des lésions des mamelons, mais la croissance de l'enfant était excellente : il avait doublé son poids de naissance à 8 semaines. A 9 semaines post-partum, le pédiatre a diagnostiqué un reflux chez le bébé, et a prescrit de l'oméprazole.

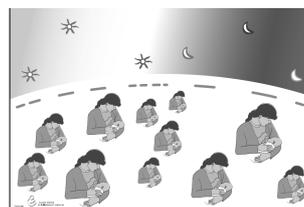
La mère avait depuis longtemps une asymétrie mammaire franche ; le sein gauche produisait beaucoup plus de lait que le sein droit. En maternité, on lui avait conseillé de tirer son lait pendant 20 mn après la plupart des tétées, et de donner le lait tiré à son bébé en plus des tétées, afin d'abaisser son taux de bilirubine. La mère a continué à tirer son lait pendant des mois pour le congeler, en vue de la reprise de son travail. Elle tirait en moyenne 234 ml de lait plusieurs fois par jour (177 ml à partir du sein gauche, 57 ml à partir du sein droit). Elle avait donc une production lactée très abondante, que l'expression régulière du lait avait encore augmentée.

A 4 semaines post-partum, la mère a constaté la présence d'une petite tuméfaction dans le quadrant supéro-externe du sein gauche, qu'elle a attribuée à un canal lactifère bouché. Cette tuméfaction a disparu au bout de quelques jours. Une semaine plus tard, elle a commencé à ressentir un malaise généralisé, sans fièvre, mais avec une douleur localisée au niveau de la tuméfaction dont elle avait souffert la semaine précédente. Elle a contacté son médecin traitant, qui a prescrit la prise de céphalexine, 500 mg 2 fois par jour pendant 1 semaine. Pendant ce traitement, son bébé a commencé à souffrir de très violentes coliques, et la mère a cessé le traitement au bout de 5 jours. 2 semaines plus tard, la mère avait à nouveau une tuméfaction douloureuse, toujours au même endroit, sans fièvre. Elle a pris pendant 10 jours de la docloxacilline, 250 mg 4 fois par jour, sans aucun changement dans la symptomatologie locale. Elle a été référée à un radiologiste pour évaluation de la tuméfaction. L'échographie a constaté la présence d'un abcès multiloculaire. Sous guidage échographique, le radiologiste a ponctionné l'abcès dans sa zone la plus importante, et a posé un drain.

Un staphylocoque doré résistant à la méticilline (SARM) a été isolé à partir du pus ponctionné. La mère a été hospitalisée pour drainage chirurgical de l'abcès, et mise sous vancomycine en IV. Après la chirurgie, cette mère a décidé de cesser l'allaitement brutalement. La consultante en lactation lui a fourni des informations pour l'aider dans ce sevrage « en urgence ». La mère l'a recontactée 2 semaines plus tard pour des informations sur une relactation : son bébé pleurait beaucoup, et le lait industriel le constipait. Le chirurgien avait dit à la mère qu'elle ne devait plus stimuler le sein opéré. La consultante en lactation a suggéré une relactation avec uniquement le sein droit. La mère a recontacté la consultante en lactation à 6 mois post-partum. Le sein gauche avait bien cicatrisé. La mère estimait fournir environ la moitié du lait nécessaire à son bébé avec le sein droit, et elle donnait un lait industriel en complément. La reprise de l'allaitement avait fait disparaître la constipation du bébé, et permettait à la mère de le réconforter quand il pleurait. Le bébé n'a présenté aucun signe d'infection à SARM.

L'existence de crevasses persistantes a certainement joué un rôle dans l'étiologie de cet abcès, ainsi que la surproduction lactée au niveau du sein gauche. Des études avaient constaté que le flot de lait pouvait s'inverser après un réflexe d'éjection ; ce reflux du lait pourrait favoriser l'infiltration de la glande mammaire par des germes pathogènes présents au niveau des crevasses. Chez cette mère, l'absence de signes généraux (fièvre en particulier) ont amené à sous-estimer la gravité de l'infection mammaire. Les traitements antibiotiques inadéquats (durée insuffisante du premier, posologie trop basse pour le second) ont également favorisé l'abcédation. L'abcès du sein est une pathologie traumatisante. La prévention est capitale. Toute femme présentant des lésions du mamelon ou une inflammation/induration mammaire qui ne disparaissent pas rapidement avec un traitement adéquat doit bénéficier d'un bilan détaillé à la recherche d'un SARM, même en l'absence de signes généraux.

L'allaitement sans paroles



Infor-Allaitement Belgique nous fait savoir que cette brochure, éditée par le Comité Fédéral de l'Allaitement Maternel belge, peut également être téléchargée à (lien plus court) :
http://www.infor-allaitement.be/pdf/broc_sstex_cfam.pdf

Allaitement de jumeaux

Treasured moments. D Kloosterman. *New Beginnings* 2007 ; 24(1) : 22-4.

Cette primipare a mis en route une grossesse suite à un traitement contre la stérilité féminine. Elle a dû s'aliter suite à une menace d'accouchement prématuré. Elle était enceinte de jumeaux. L'accouchement a été déclenché à 39 semaines 1/2, et il s'est terminé par une césarienne après 36 heures de contractions inefficaces. Les bébés pesaient 3 685 g et 3 375 g. Le démarrage de l'allaitement s'est très bien passé.

Mais quelques jours après le retour au domicile, il s'est avéré que l'un des bébés ne prenait pas suffisamment de poids. Par ailleurs, la mère était très fatiguée, et une carence en fer a été diagnostiquée ; elle a commencé à prendre des suppléments de fer. Elle est allée voir une consultante en lactation, qui lui a conseillé de donner des suppléments au bébé qui ne prenait pas suffisamment de poids. La mère a également commencé à tirer son lait en plus des tétées, et à suivre un traitement médical pour augmenter sa production lactée. Elle donnait le lait qu'elle tirait avec un DAL (dispositif d'aide à l'allaitement), ainsi que le lait industriel. Elle n'a constaté aucune augmentation de sa production lactée, et elle a accepté le fait qu'elle n'arriverait pas à allaiter exclusivement ses 2 bébés. Elle a continué ainsi jusqu'à environ 6 mois, âge auquel ses enfants ont commencé à recevoir

des solides. La mère a progressivement arrêté de tirer son lait, et a continué à mettre ses enfants au sein à la demande.

Ses enfants avaient 20 mois quand elle a découvert qu'elle était à nouveau enceinte, à sa grande surprise, sans avoir suivi aucun traitement. Elle était fatiguée et ses seins sont devenus très sensibles, et elle a donc limité les tétées. Elle a fait une fausse couche avant la fin du premier trimestre, et le fait de pouvoir remettre ses jumeaux au sein aussi souvent qu'auparavant l'a aidée à accepter la fin de cette nouvelle grossesse. Ses jumeaux avaient 28 mois lorsqu'elle a décidé de les sevrer, essentiellement suite à la pression de son entourage. Mais elle a présenté un important engorgement, et ses enfants vivaient très mal le sevrage. Elle a décidé de reprendre l'allaitement au bout de quelques jours. Ses enfants avaient 35 mois et ils étaient toujours allaités lorsqu'elle a constaté qu'elle était enceinte d'un mois, à nouveau sans traitement. Elle a alors décidé de supprimer la seule tétée que prenaient encore ses jumeaux (le soir avant de se coucher) ; les enfants ont accepté facilement ce sevrage. La mère espère vivre avec son 3^{ème} enfant un allaitement aussi gratifiant qu'avec ses jumeaux.

Mamelons douloureux en rapport avec une ankyloglossie chez le bébé

Breastfeeding and tongue-tie. Takaki E. *New Beginnings* 2008 ; 25(5) : 11-12.

En 2001, cette mère a accouché de son premier enfant. Dès les premiers jours, les tétées ont été très douloureuses. Toutes les personnes consultées par la mère lui ont dit que son bébé semblait prendre le sein correctement, et qu'elles ne voyaient aucune explication à la douleur éprouvée par la mère. Au bout de 4 mois sans aucune amélioration, la mère a décidé de sevrer. Ignorer la raison de cette douleur persistante a été encore plus difficile à vivre pour elle que l'échec de son allaitement.

En 2004, elle a accouché de son second enfant. Elle s'était soigneusement renseignée sur les pratiques optimales d'allaitement, et une consultante en lactation l'a aidée à démarrer l'allaitement. Malgré cela, non seulement elle avait beaucoup de mal à faire accepter le sein à son bébé, mais les tétées étaient également très douloureuses. Cependant, la consultante en lactation a examiné soigneusement le bébé, mais n'a rien constaté d'anormal. Elle a contacté les animatrices locales, qui ont passé des heures auprès d'elle pour examiner de près comment son bébé tétait, mais elles n'ont rien retrouvé d'anormal non plus. Le pédiatre à qui la mère a demandé conseil a suspecté une ankyloglossie, mais après examen, il a dit à la mère que ce n'était pas le cas. Cependant, la mère a consulté de nombreux sites Internet, et plus elle lisait d'informations sur le sujet, plus elle était convaincue que son bébé présentait une ankyloglossie. Elle a contacté Catherine Watson Genna (une consul-

tante en lactation auteur entre autres de plusieurs articles sur l'ankyloglossie), et a décidé de faire le voyage jusqu'à New-York pour aller la consulter. C Watson Genna a estimé que le bébé présentait effectivement une ankyloglossie, et elle a accompagné la mère chez le Dr Elisabeth Coryllos*, qui a effectué plus de 500 freinectomies. Cette dernière a rassuré la mère sur le caractère bénin de l'intervention, mais lui a dit qu'elle ne pouvait pas garantir que cela ferait disparaître la douleur, même si cela induisait habituellement une amélioration franche.

Le bébé avait 3 mois au moment de la freinectomie. L'intervention a été rapide, et le bébé était calmé au bout de quelques minutes. La mère a immédiatement senti une différence dans sa succion lorsqu'elle l'a remis au sein, même si la tétée était toujours douloureuse. La succion du bébé s'est suffisamment améliorée pour que la mère poursuive l'allaitement jusqu'à 8 mois.

En 2007, la mère a accouché de son 3^{ème} enfant. Il avait une succion vigoureuse, et la mère a recommencé à avoir les mamelons douloureux, mais elle a rapidement constaté que le problème était plus « classique », et que son bébé avait juste besoin d'un peu de temps pour apprendre à téter correctement. 2 semaines après la naissance, la douleur diminuait ; au bout de 2 mois, l'allaitement se passait parfaitement bien.

* Lire également : *L'impact de l'ankyloglossie sur l'allaitement : évaluation, incidence et traitement. Dr Elisabeth Coryllos, chirurgien pédiatrique, consultante en lactation, spécialiste de l'ankyloglossie, 7^{ème} JIA, 14 mars 2008, Paris. Hors Série des Dossiers de l'allaitement.*

Allaitement d'un bébé souffrant de malformations cardiaques

Clare's story. T Rouillard. *New Beginnings* 2007 ; 24(1) : 14-16.

Cette mère avait allaité son premier enfant jusqu'à 17 mois. Elle allaite actuellement son second enfant, une petite fille âgée de 14 mois, qui souffre du syndrome de Williams.

Cette maladie est une pathologie génétique rare. Les enfants qui en souffrent présentent, dans la grande majorité des cas, des malformations cardiaques de sévérité variable. Les malformations n'avaient pas été dépistées pendant la grossesse. A la naissance, la mère a mis rapidement sa fille au sein. Elle l'a pris, mais il s'est rapidement avéré que l'allaitement n'allait pas être facile. La petite fille présentait une hypotonie généralisée, incluant une hypotonie orale. Ses capacités de succion étaient limitées, elle se fatiguait rapidement, elle suffoquait facilement quand le lait coulait, et sa mère devait l'enlever fréquemment du sein pour qu'elle puisse reprendre sa respiration.

La mère était très motivée pour allaiter, et sa première expérience d'allaitement avait été très gratifiante ; sans cela, elle aurait probablement décidé de sevrer sa fille, étant donné les difficultés. Elle a contacté les animatrices locales de LLL, et a discuté avec elles des positions qui permettraient à sa fille de mieux gérer le flot de lait. Le fait que la petite fille refusait catégoriquement tout ce qui n'était pas le sein (y compris le lait maternel exprimé donné au biberon) était un argument supplémentaire pour persévérer. Avec les semaines, le bébé est devenu plus efficace au sein. La petite fille a subi 4 chirurgies cardiaques, à 3 mois, 5 mois, 7 mois et 11 mois. L'allaitement a été une bénédiction du point de vue de cette mère ; elle est restée auprès de sa fille pendant l'intégralité de ses séjours à l'hôpital (elle y était nourrie et logée), et elle pouvait l'allaiter à volonté,

jour et nuit, et la garder dans ses bras. Cela lui permettait de la réconforter, d'accélérer la cicatrisation, et de se réconforter elle-même.

La période la plus difficile a été celle qui a suivi la chirurgie effectuée à 7 mois, qui était particulièrement lourde. La petite fille était sous ventilation assistée, sous traitement sédatif et paralysant afin qu'elle ne puisse faire aucun mouvement, et elle était nourrie par voie parentérale. Le service était très favorable à l'allaitement, et on a procuré à la mère un tire-lait afin qu'elle puisse entretenir sa production lactée pendant toute la période où sa fille ne pourrait pas être mise au sein. Une semaine après la chirurgie, elle a enfin pu prendre sa fille dans ses bras, mais elle était encore sous sédatifs puissants, et trop faible pour arriver à téter. L'équipe a proposé de lui donner au biberon le lait tiré par la mère. La petite fille n'en avait encore jamais reçu (elle était toujours exclusivement allaitée au moment de cette chirurgie), et elle a refusé le biberon. Une sonde nasogastrique a été posée (afin de permettre la poursuite des mises au sein), par laquelle on donnait à l'enfant le lait maternel exprimé. La sonde est restée en place pendant 3 jours. L'enfant est alors sorti de soins intensifs pour aller en cardiologie. Dès le jour de son transfert, son état clinique s'est rapidement amélioré, et elle est redevenue capable de se nourrir exclusivement au sein.

La petite fille a maintenant une alimentation diversifiée. La prochaine chirurgie ne doit pas être pratiquée avant l'âge de 2 ans à 2 ans 1/2, et la mère est bien décidée à profiter de tous les moments d'intimité avec sa fille que l'allaitement lui permet d'avoir.

Allaitement par une mère adolescente qui a fait adopter son bébé

Hard choices. K Lyons. *New Beginnings* 2007 ; 24(1) : 22-4.

Cette adolescente a débuté une grossesse à 17 ans. La première décision à prendre a été de choisir de poursuivre ou non cette grossesse non désirée, ni par elle, ni par le père de l'enfant qui ne souhaitait pas s'impliquer plus longtemps dans une relation avec elle. Elle a décidé de poursuivre la grossesse, mais elle ne savait pas encore si elle garderait le bébé, ou si elle le proposerait à l'adoption. A 6 mois de grossesse, elle a décidé de faire adopter son bébé.

La mère de cette adolescente avait allaité longuement tous ses enfants, et elle a soutenu sa fille pendant toute cette période. C'est elle qui lui a parlé des mères qui tiraient leur lait pour le donner à d'autres bébés suite au décès de leur enfant, dans le cadre du processus de deuil, et de la possibilité d'allaiter son bébé pendant quelques jours avant qu'il soit emmené par ses parents

adoptifs. L'agence d'adoption n'encourageait pas ce choix, et estimait que le fait de mettre le bébé au sein pendant quelques jours rendrait la séparation plus difficile pour la jeune mère. L'adolescente a toutefois décidé d'allaiter son bébé pendant la période précédant son placement dans sa famille adoptive.

Après une grossesse normale, elle a accouché à terme et par voie basse. L'accouchement a été rapide, et elle a mis son bébé au sein sur la table d'accouchement. Elle a allaité à la demande pendant le séjour en maternité. Le placement du bébé dans sa famille adoptive était prévu immédiatement à la sortie de maternité. Les deux familles se sont rencontrées pendant plusieurs heures : l'adolescente et le père de son enfant, les parents de l'adolescente, les parents adoptifs, les grands-parents adoptifs, et tous les autres membres des deux familles qui avaient pu ve-

nir, ainsi que le responsable de l'agence chargé de superviser l'adoption. Juste avant la séparation, la jeune mère a allaité une dernière fois son bébé.

La mère adoptive souhaitait induire une lactation, mais elle n'y est pas arrivée comme elle le souhaitait. De son côté, la jeune mère avait commencé à tirer son lait, y compris la nuit, et elle avait une production lactée abondante. Avec l'accord des parents adoptifs, elle a commencé à envoyer tous les 15 jours son lait congelé, enveloppé dans de la glace, afin qu'il soit encore congelé lorsqu'il arrivait le lendemain chez les parents adoptifs. Elle a ainsi tiré son lait pendant environ 5 mois, et a arrêté lorsqu'elle a trouvé un travail et n'a plus eu le temps de le

faire. Les parents adoptifs ont été très heureux de voir que la mère biologique de leur enfant était prête à faire beaucoup pour que le bébé ait le meilleur départ possible dans la vie.

Depuis, les deux familles sont restées en contact étroit : elles se téléphonent, s'écrivent, et se rendent visite. La mère biologique est heureuse d'avoir des photos et des vidéos de son bébé, et de pouvoir régulièrement le prendre dans ses bras. En faisant adopter son bébé, cette adolescente a fait un choix difficile. En décidant d'accoucher aussi naturellement que possible, de commencer à l'allaiter, puis de tirer son lait pour lui pendant des mois, elle a pris des décisions qui n'étaient pas les plus faciles, et qu'elle a parfaitement assumées.

Prise de poids insuffisante en raison de consignes inadaptes

Cheryl & Ellie and Kimberly & Brendan. Case studies in breastfeeding
Problem-solving skills & strategies. K Cadwell, C Turner-Maffei.

Les auteurs, consultants en lactation, présentent 2 cas de bébés de 6 mois, allaités presque exclusivement, référés par une consultation pédiatrique pour un arrêt de la croissance pondérale entre 4 et 6 mois. Il est normal qu'un bébé prenne moins de poids pendant cette période, tout particulièrement s'il a pris beaucoup de poids pendant les 3 premiers mois. Toutefois, un arrêt total de la prise de poids nécessite une investigation.

Le premier enfant, après une prise de poids parfaitement normale jusqu'à 4 mois, n'avait pas pris un gramme entre 4 et 6 mois. Une tétée a été observée, le bébé a tété activement et il avalait visiblement du lait. La mère a enlevé d'elle-même son enfant du sein. Les auteurs ont alors longuement interrogé la mère sur ce qui avait changé dans sa vie et celle de son enfant pendant les 2 derniers mois. Il s'est avéré que la mère avait allaité à la demande jusqu'à 4 mois. Puis, lors d'une visite de routine à la consultation pédiatrique, on lui a dit que c'était une grave erreur d'allaiter à la demande, et qu'il était plus que temps de limiter la fréquence et la durée des tétées, et de montrer à son bébé que « ça n'était pas lui qui décidait », sous peine de le rendre insupportable. On avait recommandé à cette mère de mettre son enfant au sein à heures fixes et pendant un temps donné, et de le laisser pleurer s'il réclamait plus souvent. La mère a suivi ces consignes à contrecoeur, mais elle souhaitait faire ce qui était le mieux pour son bébé, et la fermeté des conseils qui lui avaient été donnés l'avait fortement impressionnée.

Les auteurs ont expliqué à la mère que ces consignes étaient responsables de l'absence de prise de poids de son enfant, et que si elle souhaitait continuer à les appliquer, elle devait toutefois veiller à nourrir suffisamment son bébé. La mère a décidé de le mettre au sein au moins 10 fois par jour, et de suivre régulièrement sa prise de poids.

Quelques jours plus tard, une autre mère a été envoyée par la même consultation pédiatrique. La prise de poids de son bébé avait été normale jusqu'à 4 mois, mais entre 4 et 6 mois le bébé avait perdu 120 g. Là encore, l'observation de la tétée a montré un bébé qui tétait activement et absorbait du lait. La mère a enlevé son bébé du sein alors qu'il avait visiblement encore envie de téter, et ne lui a pas proposé l'autre sein. Les auteurs ont commencé à discuter avec elle de ce qui avait changé ces deux derniers mois. Cette mère allaitait elle aussi à la demande jusqu'à 4 mois, et lorsqu'elle était venue pour la consultation à 4 mois, une personne lui avait expliqué qu'elle devait impérativement limiter la fréquence des tétées, et en particulier supprimer les tétées nocturnes, sous peine de rendre son enfant totalement ingouvernable. Entendre son bébé pleurer pendant des heures avait été très difficile pour la mère, mais elle avait, elle aussi, été très impressionnée par le discours qu'on lui avait tenu. Après en avoir discuté avec les auteurs, elle a décidé de remettre son bébé au sein à la demande.

Les auteurs ont été frappées par la ressemblance entre ces deux cas aussi rapprochés. Ils ont demandé à la mère de décrire la personne qui lui avait fait ces recommandations, une femme qui travaillait à la consultation pédiatrique. Les auteurs ont alors téléphoné à la première mère pour voir si c'était bien cette même personne qui lui avait recommandé de restreindre les tétées, et c'était effectivement le cas. Les auteurs ont alors contacté le pédiatre responsable de la consultation pour lui expliquer la situation, et lui décrire la personne qui donnait aux mères des conseils inadéquats. Le pédiatre leur a dit qu'il allait se renseigner. Il a téléphoné quelques jours plus tard pour leur annoncer qu'il avait réglé le problème, et que les mères n'entendraient plus ce type de discours. La personne en question était une employée de bureau travaillant pour la consultation, qui avait pris l'initiative d'aller voir les mères dans la salle d'attente pour leur donner des conseils de son cru sur l'allaitement et le maternage.

Allaitement d'un bébé prématuré

Véronique Bouchereau, auxiliaire puéricultrice, consultante en lactation, Dreux (28)
Christelle Couzin, animatrice LLL France, Sermaise (49)

En 2004, cette primipare de 23 ans a accouché à 29 semaines et 6 jours d'un bébé de 1280 g. Le bébé a été admis en réanimation néonatale pendant 3 semaines au CHI de Créteil, niveau III). Il a ensuite été transféré dans le service de néonatalogie de Dreux, où il est resté pendant 5 semaines. Le transfert d'un service à l'autre s'est globalement bien passé, mais il a fallu plus de 15 jours aux parents pour arriver à retrouver leur place dans ce nouveau service. Ils étaient heureux de voir que leur bébé ne nécessitait plus un suivi aussi pointu, mais se sont retrouvés désorientés par le changement de personnel, de pratiques et de soins. Lorsque son bébé était au CHI de Créteil, la mère appréciait beaucoup de savoir ce qui s'était passé pour son bébé pendant les moments où elle n'était pas auprès de lui. Il y avait des traces dans le dossier consulté par les professionnels, mais aussi par les parents. A Dreux, le fait qu'on ne leur dise rien a été difficile à vivre pour les parents : ils ignoraient s'il avait pleuré, combien de temps, ce qui lui avait été fait, quels problèmes il avait pu présenter... Ces parents ont pris conscience de l'importance d'un soutien affectif des parents. La mère avait l'impression de faire de son mieux pour accompagner son enfant, sans être elle-même accompagnée, ce qui l'a amenée à rechercher du soutien par ailleurs.

Le démarrage de l'allaitement n'a pas été optimal. Plus de 24 heures s'étaient écoulées après l'accouchement lorsqu'une sage-femme, vue une seule fois, a conseillé à la mère de tirer son lait. La mère tirait son lait au moins toutes les 3 heures pendant la journée, mais pas la nuit, sauf les nuits où elle avait des montées de lait trop douloureuses. Elle n'avait pour ce faire qu'un tire-lait à simple pompe Kitett, nécessitant de créer un cycle pression-dépression avec le pouce. La mère a trouvé difficile de l'utiliser correctement, car personne ne lui avait expliqué le mode d'emploi. Elle tirait son lait pendant en moyenne 20 à 25 mn par sein, y consacrant au total environ 6 heures par jour. Elle a pratiqué d'elle-même la super-alternance : lorsque le lait cessait de couler d'un côté, elle changeait de sein, puis revenait sur le premier, et ainsi de suite. Elle arrivait à tirer une quantité suffisante pour les besoins de son bébé, plus environ 50 ml supplémentaires. 5 à 6 semaines après la naissance, elle obtenait à peu près 500 ml par jour.

Pendant le séjour au CHI de Créteil, le lait tiré par la mère passait par le lactarium. A Dreux, le bébé recevait le lait frais non enrichi, tiré la veille ou le jour même. Les parents ont dû accepter le don à leur enfant de compléments de lait industriel : le médecin responsable du service trouvait que le bébé ne prenait pas suffisamment de poids, et estimait que le lait maternel n'était pas adapté aux besoins d'un grand prématuré. Le bébé a donc reçu un repas de lait industriel par jour. Cela a été difficile à accepter par la mère, d'autant que le bébé régurgitait le lait industriel, alors qu'il ne régurgitait pas le lait maternel.

Le contact du bébé avec le sein étant un bon stimulant pour la lactation même si elle n'est pas efficace, cela a été proposé très tôt dans le service de réanimation de Créteil : à 31 semaines d'âge gestationnel, lorsque l'enfant a été stable sur le plan respiratoire. A ce stade, les mises au sein ont été « symboliques ». En revanche, aucune mise au sein n'a été effectuée dans le ser-

vice de néonatalogie de Dreux avant que le bébé ait 36 semaines, moment où l'équipe estimait que la coordination succion-déglutition-respiration serait fonctionnelle. Les premières mises au sein ont été difficiles, et ont nécessité beaucoup de patience. Le bébé ne prenait pas le sein correctement, ou se fatiguait très rapidement. Il faut toutefois noter que depuis, les pratiques ont évolué dans le service de néonatalogie de Dreux : actuellement, des mises au sein « découverte » sont proposées aux mamans quel que soit le terme du bébé, et le peau à peau est encouragé.

Depuis 2001, une réunion hebdomadaire a lieu dans la maternité de Dreux pour soutenir les mères allaitantes, animée par Mmes Evelyne Drecourt (sage-femme) et Monique Ratkoff (puéricultrice), et depuis 2007 des réunions sont proposées dans le service de néonatalogie par Mme Véronique Bouchereau. En 2008 et 2009, des formations en allaitement sont proposées à tout le personnel pour obtenir un discours cohérent et adéquat. La mère a trouvé que le soutien de la part de l'équipe soignante manquait de cohérence en ce qui concerne l'allaitement pendant le séjour de son enfant. Heureusement, l'un des médecins du service de néonatalogie lui a proposé d'aller dans le service de maternité assister à une réunion sur l'allaitement. Elle y a trouvé le discours cohérent sur l'allaitement dont elle avait besoin. Elle a également reçu les coordonnées de l'association locale de soutien aux mères allaitantes (SAM 28). Le fait de savoir que Mme Bouchereau travaillait dans cette association, ainsi que 3 infirmières de néonatalogie, a permis à la mère de se sentir moins isolée et plus confiante. Elle s'est sentie très fière la première fois où elle a pu aller à une des réunions en maternité avec son bébé, qui était maintenant considéré comme un bébé comme les autres. A cette réunion, elle a pu aborder de nombreuses questions pratiques, entre autres comment gérer le flot de lait trop important pour les capacités de son bébé prématuré. Cela a encore augmenté sa confiance en elle pour la suite du séjour de son enfant en néonatalogie, d'autant que cette mère voulait réussir son allaitement, « à défaut d'avoir réussi sa grossesse » (les mères de prématurés se sentent très souvent coupables de n'avoir pu mener leur grossesse à terme).

Par la suite, la mère est retournée à de nombreuses reprises aux réunions sur l'allaitement de la maternité. Après des débuts difficiles psychologiquement, elle a pu allaiter sans problèmes importants, grâce au soutien et à la présence de professionnels. L'hospitalisation a appris aux parents à écouter et à observer leur bébé, et ils ne se sont pas sentis totalement paniqués après le retour au domicile. Par la suite, la mère a décidé de s'investir dans l'association SAM 28 afin de pouvoir aider d'autres mères, puis elle est devenue animatrice à LLL France.

Cette expérience d'allaitement montre qu'un soutien est perçu comme essentiel par les parents pour les accompagner dans leur projet d'allaitement, notamment si le démarrage est difficile dans les jours qui suivent la naissance. Ce soutien concerne bien sûr la pratique d'allaitement, mais c'est avant tout un soutien psychologique, de l'écoute active et du dialogue qui sont nécessaires. Tous les membres de l'équipe soignante étaient dans l'écoute active, ce que les parents ont trouvé inestimable.