



Questions - réponses portant sur les *Dossiers de l'allaitement 87 (DA87)*

1) La méthode "kangourou" développée dès 1978 à Bogota en Colombie abaisse significativement les risques liés à la prématurité. Parmi les points suivants, lequel n'est pas exact.

- a. La méthode kangourou peut être recommandée chez tous les prématurés cliniquement stables.
- b. La méthode kangourou favorise l'allaitement grâce au contact peau-à-peau de la mère et de son bébé
- c. Le portage kangourou abaisse significativement la mortalité et la morbidité des bébés prématurés.
- d. Le portage kangourou a peu d'intérêt dans les pays développés.

1) Votre réponse

- a. Non, ce point est exact. C'est la stabilité clinique qui est le facteur le plus important.
- b. Non, ce point est exact. L'accès au sein est direct; par le contact peau-à-peau, la mère produit de l'ocytocine qui provoque le réflexe d'éjection du lait. L'ocytocine est aussi l'hormone qui détend la mère, rassure le bébé, et favorise l'interaction sociale de la mère avec son bébé. De plus, l'ocytocine augmente la température de la poitrine de la mère qui réchauffe le bébé.
- c. Non, ce point est exact. Les bébés bénéficient d'une meilleure santé et de moins de risque de mortalité quand le portage kangourou est mis en place
- d. Réponse juste, ce point est inexact. Même dans les pays développés qui disposent d'appareils et d'infrastructures, la méthode kangourou présente des bénéfices:
 - elle permet des économies financières de santé publique
 - elle favorise l'attachement de la mère à son enfant
 - elle implique la mère et la famille qui sont souvent démunies devant le prématuré, et leur donne un rôle central dans les soins
 - elle permet, par le toucher, de minimiser les craintes que leur bébé prématuré soit trop fragile
 - elle permet la sortie sereine du service de néonatalogie et une adaptation plus rassurante à la vie quotidienne au domicile
 - elle facilite l'allaitement et permet que l'enfant bénéficie d'un maximum du lait de sa mère, pris directement au sein.

2) La relactation est le fait pour une mère et/ou un bébé de reprendre l'allaitement qui a été interrompu pendant une certaine durée pour diverses raisons dont la grève de la tétée, la prise de médicament par la mère, l'absence de soutien, les mamelons douloureux ... Parmi les informations à communiquer à une mère qui cherche de l'aide pour relacter, laquelle vous semble inappropriée ?

a. Encourager la mère à pratiquer le peau-à-peau avec son bébé, et proposer le sein à des moments où il est détendu, pas trop affamé, un peu somnolent.

b. Informer la mère sur les galactogogues qui stimulent la lactation et permettent d'avoir du lait à nouveau.

c. Rassurer la mère sur le fait que de nombreuses mères n'allaitent pas et que cela ne les empêche pas d'être heureuses.

d. Suggérer à la mère d'utiliser un tire-lait pour relancer sa lactation et faciliter les mises au sein de son bébé qui est habitué à des biberons.

2) Votre réponse ?

a. Cette information est appropriée. En effet, recréer un lien corporel avec le bébé peut permettre à ce dernier de renouer avec le sein.

b. Cette information est appropriée. Des galactogogues peuvent aider à relancer la synthèse du lait. Ensemble avec le fait de tirer le lait (point d)

c. Cette information est inappropriée. Une femme qui vient demander de l'aide n'a pas besoin d'être consolée pour un échec, elle a besoin qu'on réponde à sa demande par des informations pertinentes et pratiques pour réaliser son choix d'allaiter ou de ré-allaiter.

d. Cette information est appropriée. Le fait de stimuler la lactation est important, autant pour rassurer la mère sur sa capacité d'allaiter que pour préparer la transition vers un allaitement exclusif au sein qui est l'objectif.

3) Un dossier complet est consacré à la thématique de la naissance. Quel est l'impact de la médicalisation de l'accouchement sur l'allaitement ?

a. Aucun impact sur l'allaitement. Du moment que la mère n'a pas souffert, elle et son bébé ne peuvent que se porter mieux.

b. L'impact sur l'allaitement est minime, et seulement sensible si le dosage des médicaments n'est pas finement ajusté.

c. L'impact sur l'allaitement est important, la mère devrait bénéficier d'un suivi plus actif pour le démarrage de l'allaitement en fonction des circonstances (somnolence du bébé etc.)

d. L'impact sur l'allaitement est négligeable, c'est la mère qui gère l'allaitement, même si le bébé est somnolent.

3) Votre réponse ?

a. Non. Malheureusement, il y a un impact.

b. Non. Malheureusement, l'impact n'est pas minime, comme le développe ce dossier.

c. Oui, un bébé somnolent ne tétera pas efficacement, cela risque d'entraîner un transfert de lait insuffisant et une perte de poids.

d. Non, l'impact n'est pas négligeable, l'allaitement à la demande présuppose un bébé qui donne des signes de vouloir téter : il tourne la tête, suce son poing, ouvre les yeux en cherchant le sein, émet des petits son.

4) Environ un an après un cancer du sein entraînant l'ablation du sein gauche, une femme tombe enceinte et souhaite allaiter son bébé. Les points suivants peuvent avoir un impact sur sa capacité d'allaiter – mais lequel présente un faux argument ?

a. La mère en question n'a plus qu'un seul sein, il se peut qu'elle ne produise pas suffisamment de lait pour son bébé.

b. L'allaitement est risqué car la mère avait subi à l'époque une radiothérapie ce qui aura une influence sur la qualité du lait.

c. La mère est dissuadée d'allaiter par son médecin.

d. La mère a le soutien de son mari pour l'allaitement.

4) Votre réponse ?

a. Allaiter avec un seul sein est tout à fait possible. Au besoin, on peut compléter avec un DAL. La mère aura toutefois besoin de soutien et de bonnes informations sur le principe de la lactation : la demande stimule l'offre.

b. En effet, c'est la bonne réponse : une radiothérapie d'il y a plus d'un an ne constitue pas un risque, et n'a pas d'impact sur la qualité du lait - il n'y a plus de rayons.... La mère est en capacité d'allaiter (voir DA87, page 6).

c. L'avis du médecin a toujours un impact – plus ou moins important - sur la réussite de l'allaitement, surtout quand c'est un avis négatif.

d. Le soutien de son partenaire a un impact considérable sur la capacité d'allaiter. Une femme qui a un partenaire avec une attitude négative peut pousser une femme à choisir de ne pas allaiter.

5) Avant la chirurgie chez un bébé allaité âgé de 3 mois, une période de jeûne plus ou moins longue est exigée par les anesthésistes. Parmi les arguments pour réduire *a minima* le temps entre la dernière tétée et l'intervention chirurgicale, lequel est non fondé ?

- a. Le lait maternel est considéré comme un liquide clair dans beaucoup de protocoles hospitaliers.
- b. La digestion du lait maternel est plus rapide que celle du lait artificiel.
- c. Grâce au lait maternel, le produit anesthésiant agira plus rapidement.
- d. Le métabolisme d'un corps d'enfant ne peut pas être comparé avec celui d'un adulte, il a besoin de s'alimenter plus fréquemment et ne doit pas être privé de calories.

5) Votre réponse ?

Réponse c est non fondée, car aucune étude n'étaye cet argument. En revanche, les autres points peuvent servir d'arguments en faveur de l'allaitement avant une chirurgie (voir DA87, page 10).

6) Une femme diabétique de type 1 peut rencontrer davantage de problèmes lors de l'accouchement. Que pensez-vous ne PAS lui donner comme information ?

- a. Tirer son colostrum en fin de grossesse peut être précieux pour compléter le nouveau-né en cas de séparation mère-enfant
- b. La glycémie va se stabiliser lors de l'accouchement, il n'y a pas de mesure à prendre.
- c. Une étude sur l'expression anténatale du colostrum décrit que l'allaitement est favorisé, mais elle ne porte que sur un petit échantillon de femmes.
- d. Une maman diabétique aura besoin d'un soutien accru pour bien démarrer son allaitement, il est important de lui dire qu'elle peut demander de l'aide.

6) Votre réponse ?

Réponse b. En effet, en cas de diabète gestationnel, la glycémie maternelle se stabilise généralement après l'accouchement, mais ce n'est pas le cas d'un diabète chronique ou diabète type 1. Ce n'est pas une information à donner. Voir l'article page 28, l'échantillon comporte deux types de diabète, diabète préexistant à la grossesse, et diabète survenu pendant la grossesse donc diabète gestationnel.

© LLL France, 26 août 2013