

ALLAITEMENT À LA DEMANDE

Allaitement, sensorialité, mémorisation :
des empreintes intra-utérines à la demande du sein

PAR INGRID BAYOT, SAGE-FEMME, DIPLÔME UNIVERSITAIRE FRANÇAIS EN LACTATION HUMAINE ET ALLAITEMENT MATERNEL, FORMATRICE EN PÉRINATALITÉ ET ALLAITEMENT

Une des clefs pour démarrer et entretenir une lactation est d'encourager *l'allaitement à la demande*¹ : suivre le rythme du bébé et ne pas imposer de normes restrictives autour de la fréquence des tétées (BEAUDRY et coll., 2006). Cela a l'air tout simple, mais dans une culture où les tétées sur horaire ont longtemps été la norme, et où beaucoup pensent encore que les pleurs du bébé sont *sa seule manière de s'exprimer*, ... l'expression *allaitement à la demande* est facilement traduite par *allaitement aux pleurs*.

De plus, cette expression induit l'idée que le nouveau-né posséderait d'emblée *une demande précise du sein*, voire une attente précise de quantités de lait, fait qui est souvent expliqué par le lien avec la taille de son estomac, illustrations à l'appui. Celui-ci semble d'ailleurs doté d'un potentiel de croissance supersonique, puisqu'il passerait du pois chiche à l'œuf de poule en moins de deux semaines ! Ce contenant magique prendrait donc dès la naissance le contrôle du cerveau, déterminant les cycles neurologiques, les appels et les satisfactions. Vraiment ? Ce qui est tout de même curieux pour un organe creux et souple, muni de sphincters encore immatures, permettant d'un côté les régurgitations fréquentes, et de l'autre le passage facile du lait dans l'intestin grêle.

Beaucoup de soignantes et de familles croient encore qu'un estomac *vide* déclenche le réveil du bébé, et très vide, une *vraie faim*, assez pénible pour le faire pleurer.

À l'inverse, la *plénitude gastrique* provoquerait l'endormissement et le *très plein* déterminerait la durée de sommeil subséquente : *s'il mange bien le soir il tiendra toute la nuit*, entend-on encore.

Ces représentations et ces discours tiennent plus de la dynamique des vases communicants que de la physiologie digestive. Comment un imaginaire aussi simpliste put-il émerger dans notre culture ? La puériculture occidentale fut théorisée

dans les collectivités d'enfants bien plus que dans les familles. L'observation de bébés en pouponnière, privés de contacts, de repères et de soins suffisants, a donné lieu à des représentations du bébé particulièrement réductrices, centrés sur le minimum vital : l'alimentation et l'hygiène. Les signaux de détresse de ces petits esseulés furent nommés « *la faim* » et de fait, si on leur mettait une tétine ou un biberon, ces malheureux tétaient avidement. Mais l'on observait alors le stress des bébés humains qui ne sentaient plus la présence maternelle (BERGMAN, 2014) et qui activaient leurs réflexes de survie, dont les tentatives d'auto-apaisement par une succion effrénée.



L'expérience alimentaire était prévue initialement pour être mise en place paisiblement dans un contexte de proximités sensorielles et affectives, mais avec les restrictions liées aux séparations mère-bébé, et avec les horaires fixes et les quantités précises de l'alimentation au biberon, elle devint une tragédie culturellement construite de faim-souffrance et de frustrations pseudo-éducatives.

1. Comme le spécifie la condition 8 du « Baby Friendly Hospital Initiative », traduit en français par Initiative Hôpital Ami des bébés (IHAB). Cette initiative conjointe de l'OMS et de l'Unicef vise à faire connaître les pratiques reconnues scientifiquement et internationalement pour favoriser la mise en route et l'entretien de la lactation, comme les proximités mère-enfant ou le respect des rythmes alimentaires de l'enfant. Les services qui mettent en place ces pratiques passent une évaluation et sont alors certifiés IHAB. En France, un grand travail de réflexion autour du texte initial a été accompli afin d'intégrer ces pratiques à une philosophie des soins centrés sur la personne et sa famille. [https://amis-des-bebes.fr]

ALLAITEMENT

Sans nier les liens entre les satisfactions de la tétée et l'apaisement du bébé repu, reconnaissons tout de même que ces représentations :

- amènent inmanquablement à réduire le bébé à son système digestif,
- accusent à l'allaitement de tous ses troubles, maux et manques,
- et génèrent une quantité impressionnante de suppléments sans indications médicales², surtout dans les périodes où le bébé se réveille souvent et demande beaucoup.

Comment dès lors développer une approche plus logique et plus en phase avec la physiologie ? En commençant par cette question basique : pourquoi un nouveau-né est-il attiré par le sein ? Après tout, c'est surprenant car il n'a jamais vu un sein de sa vie, il ne « sait » pas qu'il doit manger et il n'a aucune idée de ce qu'est du lait. Ressent-il des signaux internes, en lien avec la discontinuité des apports ? Nous ne pouvons l'exclure, mais peut-il les distinguer parmi...

- les multiples nouveaux signaux de son corps, désormais extra-utérins : conséquences de la pesanteur sur sa proprioception et sa motricité, sensations liées à la respiration, comme le flux de l'air dans les narines, découverte de ses pleurs,
- les sensations inconnues provenant de l'environnement extra-utérin : odeurs beaucoup plus diversifiées, températures variables, sons non filtrés par l'eau, stimulations visuelles plus fortes, mise en route de la digestion.

Et pourtant, déposé en contact peau-à-peau avec sa mère immédiatement après sa naissance³, le bébé à terme et en santé démontre des comportements de recherche et finit pas trouver le sein, s'y placer et téter (DUMAS, 2011). Il y a donc bien une séquence d'activités qui aboutissent au sein.

◆ Alors, pourquoi et comment se mettent en place les rythmes alimentaires et la « demande » du sein ?

Pourquoi ? La première réponse est évidente : tout organisme doit se nourrir, qui plus est, s'il est en pleine croissance. Et puis, ce même organisme qui avait, via son placenta, inondé le corps de sa mère d'œstrogène, de progestérone et d'hormone lactogène placentaire – participant ainsi au développement des glandes mammaires – doit maintenant confirmer et stimuler l'initiation de la lactation.

Comment ? Considérons la question en termes d'évolution et de stratégie adaptative. Le bébé humain se retrouve, comme tous les bébés mammifères devant la nécessité, (l'obligation !), de passer de la nutrition automatique par voie placentaire, à l'alimentation orale participative.

Le système est rodé depuis longtemps : les nouveau-nés recherchent tous la proximité du corps maternel. La sélection naturelle, exercée durant des millions d'années a déterminé la survie et donc la perpétuation de ceux qui adoptaient ce comportement. Il y a donc une part de programmation génétique dans cette irrépressible attraction pour la chaleur humide de

la fourrure ou de la peau maternelle, pour les odeurs de la zone aréole-mamelon (ODENT, 1990).

Mais il y a aussi un incitatif qui va agir au niveau individuel. En proximité avec sa mère, le bébé retrouve beaucoup de sensations de la vie intra-utérine : l'arrondi, la souplesse, la chaleur, le mouvement, la voix connue, la succion, la déglutition.

.....
La continuité sensorielle transnatale favorise ses adaptations néonatales, stabilise sa température, l'apaise, stimule ses compétences motrices et ses réflexes alimentaires qui l'amènent à trouver une mamelle ou un sein, à s'y placer et à téter.

L'évolution ne réinvente pas la roue à chaque nouvelle espèce. Pour le bébé Sapiens, comme pour tous ses prédécesseurs, les attentes sensorielles extra-utérines sont conditionnées par les empreintes sensorielles de la vie intra-utérine.

Dans un milieu plus rude qu'une maternité ou qu'une chambre douchette, retrouver ces sensations correspondait à ses meilleures chances de survie : l'assurance de la chaleur, de la protection et de la nourriture. Une fois la survie assurée (ne pas mourir), le développement est possible, soit le déploiement de toutes les compétences attendues pour l'espèce concernée.

Au regard de ces programmations et conditionnements, la recherche de ces sensations et expériences est vital et non négociable. Leur privation engendre un état de détresse immédiat, d'autant plus que, appartenant à l'ordre des primates, l'Homo Sapiens fait partie des espèces portées et non nidifiées. Dans un nid, à l'abri des prédateurs en hauteur ou dans un terrier, les petits doivent rester discrets en l'absence du parent. Rien de tel chez les « portés » pour qui le « nid » est le corps maternel : toute séparation ou éloignement génère des cris de protestation. Parler de « caprices » ou « d'exigences » à ce stade-là, est une interprétation erronée, issue d'une puériculture rigide mise en place dans les orphelinats⁴.

Bref, pour bébé Sapiens, être en relation et se nourrir sont deux besoins vitaux, au départ peu différenciés. Se demander s'il a besoin du sein ou « seulement » d'être dans les bras n'a pas beaucoup de sens. Le sein, c'est la « super-continuité ».

Comment dès lors parler de la demande du sein si celui-ci fait partie d'un ensemble sensoriel sécurisant ? Repartons de la vie intra-utérine et parcourrons avec le bébé quelques étapes clés de ses découvertes.

◆ Les activités orales de la vie intra-utérine

Le bébé est nourri en permanence par voie ombilicale. Il présente des phases d'activités et de repos de plus en plus différenciées au fur et à mesure qu'il se rapproche du terme. L'enchaînement de ces phases constitue un cycle spontané. Ce n'est pas le degré de remplissage ou de vidange de l'estomac qui détermine la fréquence des périodes actives, mais la maturité du bébé. Dans les dernières semaines de grossesse,

2. Ce qui contrevient à la condition N° 6 de l'IHAB : « Pas de suppléments sans indication médicale ».

3. Pratique recommandée par la condition N° 4 de l'IHAB : Placer le nouveau-né en contact peau à peau, pendant au moins une heure, immédiatement après sa naissance. Encourager les mères à reconnaître les signes qui démontrent que leur bébé est prêt à téter et offrir de l'aide au besoin ».

4. Voir à ce sujet mon article « Cultures, puéricultures, implication maternelle et allaitement », en ligne sur le site du CIUSSS de l'Estrie : http://ancien.santeestrie.qc.ca/sante_publique/promotion_prevention/perinatalite_petite_enfance/documents/allaitement.pdf

ALLAITEMENT

les phases d'activité augmentent en fréquence et en durée, et ses mouvements sont de plus en plus coordonnés.

Les échographies montrent que, dès 16 SA, les fœtus font des mouvements de succion (certains avec leurs mains, leur pouce ou leurs doigts dans la bouche) et déglutissent du liquide amniotique. Plus ils approchent du terme, plus l'activité orale de succion et de déglutition est soutenue. Le dernier mois de la grossesse, un fœtus déglutit jusqu'à un demi litre de liquide amniotique par jour⁵. Et pas par petites gorgées de temps en temps : par salves de succions/déglutitions de plus en plus suivies.

C'est dire qu'il a mémorisé les sensations de « bonnes gorgées » et que le débit fait partie de ses attentes sensorielles postnatales. Bien vu : un débit lacté abondant signifie un allaitement optimal et donc les meilleures chances de survie, de croissance et de développement.

◆ Les premiers jours de vie : adaptation et expérimentation

Le fonctionnement neurologique par cycles persiste après sa naissance : la fréquence, la durée et la qualité des éveils du bébé sont une des manifestations de sa maturité et de l'énergie dont il dispose.

Un prématuré dort beaucoup et se réveille peu. Un bébé préterme (36-39 SA) parvient à se réveiller assez souvent, mais peu longtemps. Un bébé né à terme (40-42 SA) est capable de se réveiller plus souvent, plus longuement, et parvient mieux à gérer les multiples informations et sensations nouvelles.

Les éveils constituent autant d'opportunités pour *nourrir le bébé d'interactions et de lait*, les deux piliers de son développement psychique et physique. Le nouveau-né arrive avec un bagage de compétences, comme tous les bébés mammifères (ODENT, 1990). En contact intime avec sa mère, stimulé par les odeurs attractives de son corps et des zones aréole-mamelon, il est coordonné et coopérant. Les réflexes archaïques alimentaires sont activés. Il prend appui sur ses mains et ses pieds, se hisse vers le sein (DUMAS, 2011).

Quand il s'agit d'un nouveau-né, l'expression *allaitement à la demande* est prématurée puisqu'on ne peut demander que ce que l'on connaît. Il découvre le sein grâce aux stratégies mentionnées, mais ne le demande pas encore. C'est pourquoi, il est plus juste de parler d'allaitement aux signes qui montrent que le bébé est prêt à téter.

Quels sont ces signes ?

Ceux qu'il faisait déjà dans la vie intra-utérine :

- les rapprochements mains-bouche,
- l'ouverture de la bouche,
- les mouvements de succion,
- les mouvements latéraux de la tête.

◆ La récupération postnatale

Passées les premières heures de vigilance postnatale immédiates⁶, le nouveau-né récupère de sa naissance. Cette période de 12 à 24h dépend du type de naissance – physiologique ou non –, de la maturité neurologique du nouveau-né et de l'énergie dont il dispose.

5. Voir le cours : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/liq_amniotique/site/html/4.html

6. Voir à ce sujet l'excellent article de Laurence Girard : *De la première rencontre à la première tétée. Observer l'intimité*. Paru dans les Dossiers de l'Obstétrique N° 409, pp. 3-9, en novembre 2011, également en ligne sur le site des Formations Co-Naître® http://www.co-naître.net/wp-content/uploads/2011/04/DO_409_LGIRARD.pdf

Par sa composition très particulière évoluant d'heure en heure, le colostrum répond aux exigences de l'adaptation néonatale : protection des muqueuses digestives grâce aux IgA sécrétoires, installation d'une flore intestinale optimale, mise en route des systèmes enzymatiques et digestifs (BEAUDRY et coll., 2006). Et aussi, *fabrication de carburants cellulaires*, ce qui nécessite quelques explications, car en termes *quantitatifs*, le colostrum ne répond pas totalement aux besoins caloriques d'un organisme en pleine croissance et qui, la veille encore, bénéficiait des énormes apports placentaires.

En termes *qualitatifs* cependant, il remplit pleinement sa mission : peu sucré, il ne stimule pas la sécrétion d'insuline, ce qui permet au nouveau-né de mobiliser ses réserves, donc de les lyser et les transformer en carburant.

Oui, le nouveau-né arrive avec des réserves qu'il a stockées depuis la 36^e semaine (SA), essentiellement sous forme de glycogène et de graisses blanches.

Il ne faudrait plus dire aux futures mères que dès 37 SA leur bébé *ne fait plus que grossir*. Car il doit stocker ces réserves : la montée de lait est relativement tardive dans notre espèce et le bébé Sapiens a besoin d'énergie pour assurer son métabolisme de base et pour alimenter son gros cerveau (MITANCHEZ, 2008). Passer en « mode éveil » exige de l'énergie. La mobilisation de ses réserves lui procure des carburants cellulaires (glucose et autres) qui lui permettent, entre autres, de se réveiller, d'entrer en relation et de se nourrir.



Photo I. BAYOT

Avant la montée de lait, le nouveau-né dispose donc de **deux sources d'énergie** :

- **externe**, via l'alimentation : colostrum tété ou exprimé/donné ;
- **interne**, grâce à la mobilisation de ses réserves, possible grâce à la composition peu sucrée du colostrum.

Durant cette récupération postnatale, certains bébés nécessitent une vigilance spéciale, car ils risquent de ne pas se réveiller suffisamment :

- ceux qui *ont moins de réserves* – les petits poids, les prématures ;
- ceux qui *ont dépensé trop d'énergie* – stress, refroidissements, séparations... ;

ALLAITEMENT

- ceux dont *la capacité d'éveil est diminuée* par exemple, à cause de leur immaturité ou de l'administration de certains médicaments ;
 - ceux qui *ne peuvent mobiliser leurs réserves*, à cause d'une sécrétion d'insuline qui reste instable comme les bébés de mère diabétique ;
 - ceux dont *les apports externes sont moindres ou impossibles*.
- Pour tous les bébés en récupération postnatale, il est donc judicieux de :
- maintenir un environnement sensoriel qui correspond à leurs attentes ;
 - limiter leurs dépenses – encourager les proximités et le contact peau à peau, postposer la « grande toilette », les peser enveloppés, etc. ;
 - éviter les suppléments de liquides sucrés tels que l'eau glucosée, car ceux-ci augmentent la sécrétion d'insuline et bloquent l'accès aux réserves. S'il y a une réelle *indication médicale* de supplément, il faut donner du lait.

.....

Pour les bébés présentant quelques fragilités, veiller à ce qu'ils reçoivent un minimum d'apport externes sur 24h, tout en ne dépassant pas un laps de temps critique entre deux apports, que ceux-ci soient réalisés par tétées directes au sein, ou par un don de colostrum extrait et donné au compte-gouttes, à la cup ou à la cuiller.

.....

♦ La période des éveils agités : la « naissance » de l'allaitement

Ensuite, arrive une période particulièrement animée qui commence généralement à la fin de la première après-midi et dure une bonne partie de la nuit (et qui recommence le lendemain) : *le bébé se réveille souvent et se montre fébrilement avide de contacts et de tétées*.

Il éprouve manifestement de la satisfaction à recevoir les sensations connues qu'apportent les proximités ou le contact peau à peau, mais quand il tète au sein, il ne retrouve pas encore le débit liquidien ni la déglutition rapide, expérimentés lors de la vie intra-utérine avec le liquide amniotique.

Par conséquent, il demande et redemande le sein. Ce n'est pas confortable, ni pour lui, ni pour sa mère, surtout si elle croit « manquer de lait » et souhaite (ou se fait proposer) un supplément.

Or, ceux-ci sont inutiles : si le bébé est à ce point excité et vindicatif, c'est bien qu'il dispose de carburants cellulaires en suffisance. Sa frustration vient d'une sensation qu'il ne retrouve pas encore, mais ces tétées fréquentes ont leur utilité : elles initialisent de manière optimale la lactogénèse stade 2 (la montée de lait).

Et elles surviennent au moment où la progestérone circulante maternelle atteint un taux suffisamment bas pour ne plus empêcher la sécrétion lactée alvéolaire. L'expression répétée du colostrum puis du lait de transition, donne au sein un signal très clair : il y a un bébé bien vivant qui tète et la lactation peut démarrer. En cas de jumeaux, le message est doublé.

Précisons que cette période (environ de la 12^e à 60^e heure) constitue une fenêtre d'opportunité pour arrêter rapidement la lactation : il arrivait que le bébé ne survive pas à sa naissance et que la lactation doive s'arrêter. Comment ? Les alvéoles, chroniquement distendues, diminuent leur sécrétion, ré-ouvrent leurs jonctions intercellulaires, permettant la résorption des liquides déjà accumulés.

Chez les mères qui nourrissent au biberon, l'absence de tétées suffit à arrêter leur lactation. Dans beaucoup de pays, aucune médication n'est administrée.

Il est donc essentiel que les mères connaissent et comprennent cette phase de transition, cette « naissance » de l'allaitement ; qu'elles reçoivent du support, qu'elles ne soient pas seules durant cette traversée. D'autant plus qu'elle se répétera la nuit suivante, ce qui correspond pour beaucoup d'entre elles à la première nuit à la maison.

Que d'inquiétudes, que d'allaitements sous-optimum, pourrait-on s'éviter avec quelques explications positives et un meilleur accompagnement...

Avec la réduction du séjour hospitalier, la proportion des dyades mère-bébé qui traversent une de ces nuits particulières est plus importante qu'à l'époque où elles restaient une semaine à la Maternité. Mais le personnel de nuit n'a pas augmenté en conséquence. Et avec le(s) (re)confinement(s), les pères ou les accompagnantes ne sont pas admis la nuit. S'étonnera-t-on dès lors de l'augmentation des allaitements mal démarrés, ou de ces suppléments donnés pour *calmer tout le monde* ?

Comme le nouveau-né n'a pas encore mémorisé l'expérience du sein, le lait du biberon qui arrive vite et en abondance correspond à ses attentes sensorielles. Il va donc pomper goulument ce supplément inutile.

Et cela confirmera la croyance que *ce pauvre bébé mourrait de faim*. Et cela fera – déjà – douter la nouvelle mère de ses compétences à nourrir son bébé, perturbera l'installation d'un microbiome intestinal physiologique, et bloquera l'accès aux réserves car les préparations commerciales sont plus sucrées et font sécréter de l'insuline. Un supplément n'est jamais anodin et doit faire l'objet d'une évaluation bénéfico-risque circonstanciée et individualisée.

♦ Les premières expériences et le cycle de la mémorisation

La montée de lait est installée, le rythme des éveils et des tétées reste très irrégulier, imprévisible, de jour comme de nuit. Les bébés ont tendance à se réveiller plus souvent entre 17 et 22h., et il y a plus de tétées dans cette période-là de la journée.

Durant chaque période de sommeil, le bébé mémorise les expériences vécues.

Au départ, l'expérience du sein est neuve pour lui, mais les gratifications, répétées et mémorisées, génèrent des associations positives, donc l'envie de recommencer.

Alors que les premiers jours, le nouveau-né placé proche du sein, rapproche encore les mains de sa bouche (au point qu'il faut souvent les en éloigner), après quelques jours, il ne le fait déjà plus et cherche directement le sein.

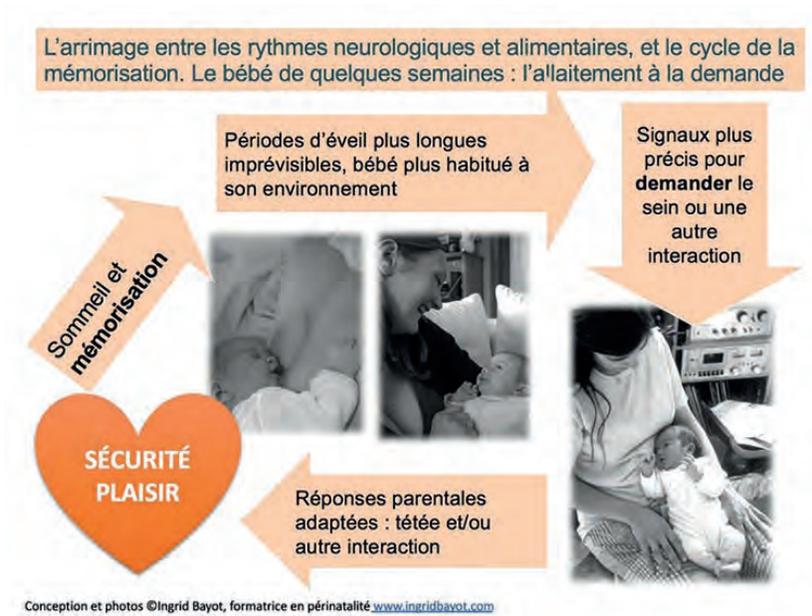


Photo I. BAYOT

Quand nous abordons les futurs et nouveaux parents avant la naissance, nous aurions intérêt à parler du *bébé sensoriel et relationnel* avant d'aborder l'alimentation : *que pensez-vous que votre bébé perçoit dans votre ventre ? Voix, sons, odeurs, mouvements, activités... ?*

Sensibilisons-les à la continuité sensorielle transnatale : *pensez-vous que votre bébé apprécierait de retrouver ces sensations ?*

Outils-les pour qu'ils puissent offrir concrètement cette transition : le contact peau à peau, les bras, le portage, les bercements, les chants, les regards, les tétées, les bains... au besoin avec des photos montrant des mères et des pères en interaction avec leur bébé.

Ces notions concernent autant les futurs pères que les futures mères ; autant les femmes qui souhaitent allaiter que celles qui hésitent ou qui préfèrent le biberon.

- Elles impliquent immédiatement les pères et leur fournissent des idées pour rencontrer leur bébé, interagir avec lui et participer à son développement.
- Elles évitent d'avoir à débiter en vitesse un chapitre compensatoire sur « le rôle du père ».

- Elles évitent de surinvestir l'alimentation comme moyen d'interagir avec le bébé et balayent la croyance que l'allaitement prive le père de son bébé, et sa suite logique : que le biberon lui donne une place.
- Elles soulagent la nouvelle mère de la charge mentale de devoir laisser une place au père.
- Elles font réaliser aux futurs parents que le gros du boulot et des contraintes, c'est d'accueillir leur bébé, et de vivre avec lui.
- Et enfin, elles permettent de mieux comprendre les comportements et les signaux du bébé, ce qui participe à l'émergence des compétences parentales.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] BEAUDRY, M., CHIASSON, S., LAUZIÈRE, J., 2006. *Biologie de l'allaitement, le sein, le lait, le geste*, Québec, Presse de l'Université du Québec.
- [2] BERGMAN, N. 2014. *The Neuroscience of Birth and the Case of Zero Separation*, Curiatonis n° 37(2) pp. 1-4
- [3] DUMAS, L. 2011. *Pratiques optimales lors de la naissance d'un bébé à terme et en santé : qu'avons-nous comme évidences ?* Manuscrit non publié. Conférence Grand Round de pédiatrie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Québec.
- [4] MITANCHEZ, D. Ontogénèse de la régulation glycémique et conséquences pour la prise en charge du nouveau-né, *Arch Pédiatr* 2008, 15(1):64-74.
- [5] ODENT, M. 1990. *Votre bébé est le plus beau des mammifères*, Paris, Albin Michel.
- [6] SANTORO, W, JR et autres. *Colostrum Ingested during the First Day of Life by Exclusively Breastfed Healthy Newborn Infants*, *Pediatr*, 2009, 156(1):29-32.
- [7] VAN DE RIJT, H., et PLOOIJ, F., *Le grand livre du développement de bébé : les dix semaines miracles des 20 premiers mois. Ses progrès fulgurants et les clés pour l'accompagner à chaque pas*, Ed. Leduc 2018.