Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 85 (1987)

Heft: 2

Artikel: L'allaitement à la demande

Autor: Mettraux-Berthelin, Anne-Marie

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950672

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 16.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

L'allaitement à la demande

par Anne-Marie Mettraux-Berthelin, sage-femme, Wiesenweg 2, 5200 Windisch

Suite et fin

Petites difficultés de démarrage

A. Difficultés venant de l'enfant

a) Le refus du sein
La difficulté la plus angoissante pour la mère, c'est l'échec de la mise au sein: un nouveau-né qui pleure, affamé et refuse le sein. Soit il refuse totalement de téter, soit il n'arrive pas à attraper correctement le mamelon, soit encore il téte quelques secondes, se rejette en arrière en hurlant, retéte, crie à nouveau. Il est alors inutile d'essayer de convaincre le bébé à téter par la persuasion et encore moins par la force.
Tenir un bébé trop fort, lui appuyer la tête sur le sein, c'est courir à la catastrophe. Son premier réflexe sera de se rejeter en arrière et à la tétée suivante il se souviendra «d'un inconfort» lié à la panique mutuelle de la mère et du bébé et ce sera donc l'échec de l'allaitement.
Comment faire?
- D'abord ne jamais mettre sur les seins de produit d'hygiène à odeur forte.
- Laisser l'enfant maître de ses mouvements, lui soutenir légèrement la tête et lui parler paisiblement.
- S'il n'a pas envie de téter, le laisser contre sa mère, sans chercher à poursuivre la tétée, les laisser s'apaiser, se retrouver.
- Ne pas donner de biberons de complément. Ce serait du sabordage.
- Persuader la mère que ce n'est pas grave, qu'il mangera mieux un moment plus tard quand il sera calmé.

b) L'enfant qui téte mal
C'est fréquent pendant les premiers jours surtout pour les enfants un peu prématurés ou fatigués. Si l'examen neurologique global est correct, il va apprendre, il n'y a aucun souci à se faire. Au début de chaque tétée, il faut le laisser longuement sentir le mamelon, éventuellement le promener sur les lèvres pour qu'il apprenne à la reconnaître. Inutile de lui ouvrir la bouche. Il le fera tout seul et ne tardera pas à téter. Il suffit d'un peu de patience.

c) L'enfant qui ne mange pas assez
Trois signes peuvent faire penser qu'un enfant n'est pas assez nourri:
- une courbe de poids inférieure à la norme pendant plusieurs jours
- des signes d'hypoglycémie
- un enfant qui pleure désespérément après le tétées sans pouvoir s'endormir.

La principale cause, c'est le manque de lait de la mère soit parce que la lactation n'est pas encore franchement établie, soit parce qu'elle subit une petite diminution transitoire (après une fatigue excessive ou une émotion). Dans ce cas il faut compléter un peu l'alimentation par un peu de lait après la tétée et à la cuillère.
Si la courbe de poids n'est pas bonne malgré une lactation abondante et une bonne succion, consulter un pédiatre pour éliminer toute pathologie.

d) L'enfant qui se réveille mal
Il peut exister des enfants endormis hypotoniques, qui ne se réveillent pas tout seuls et dont la courbe de poids chute profondément ou reste stationnaire. C'est souvent le cas des enfants prématurés à 37–38 semaines. Parfois, c'est une pathologie à rechercher, nécessitant l'avis d'un pédiatre. Mais beaucoup plus souvent, ce sont des parents inquiets devant un nouveau-né en pleine santé, à bonne courbe de poids et comportement parfait. De toute évidence, il s'agit d'un enfant paisible, qui aime dormir, qui mange peu souvent. Bien sûr, il faut encourager les parents à respecter son rythme et le laisser dormir.

e) L'enfant qui vomit
Les petites regurgitations mêmes répétées ont une signification banale. L'enfant a un peu trop bu et rejette le trop plein. Inutile de s'inquiéter.
En revanche, si les renvois sont très abondants et que la courbe de poids n'est pas satisfaisante, consulter le pédiatre.

f) L'enfant qui s'endort pendant la tétée
Un nouveau-né qui a faim va se nourrir rapidement gardant les yeux ouverts; mais le remplissage rapide, même incomplet de l'estomac entraîne une certaine compression de la veine cave inférieure déterminant au 1er degré une anoxie cérébrale favorisant l'endormissement. Si au cours de la tétée, l'enfant se fait «lourd» dans les bras de sa mère, il s'endort. Pour éviter le sommeil, il faut l'interrompre dans sa tétée pour qu'il reprenne souffle. Pour éviter la douleur lors du retrait du mamelon, on peut mettre la pointe du petit doigt à la commissure buccale du bébé qui lâchera ainsi facilement le sein.
Ces bébés endormis en cours de tétée ne boivent pas leurs rations et réclament souvent ½ heure à une heure après. C'est ainsi que l'on crée des situations d'anarchie.

B. Difficultés venant de la mère
a) La fatigue
Le séjour hospitalier n'est pas très favorable à un vrai repos: passages multiples dans les chambres, visites fréquentes, bruits, pleurs des bébés ... Il est nécessaire de dire à la mère qu'au retour à la maison elle doit se reposer au maximum sinon le lait risque vite de se tarir.

b) Les bouts de sein mal formés
Les mamelons réellement invaginés que l'enfant ne peut absolument pas téter sont exceptionnels. Trop souvent, on parle de mamelon mal formé, imprenable au 3e et 4e jour quand la jeune mère a les seins gonflés, durs et donc un mamelon tendu et aplati.
Bien sûr si l'on a attendu aussi longtemps pour mettre le bébé au sein pour la première fois, il va avoir quelques difficultés. Tout aurait été tellement plus simple au moment de la naissance. Au moindre doute sur les bouts de seins, il suffit de veiller à placer le bébé en très bonne position, face au sein de sa mère. Il peut très bien téter l'aréole, même si le mamelon est invaginé ou aplati. Et le simple fait de téter forme les mamélons de sa mère en quelques jours.

Eviter les téterelles et tétines, l'enfant doit tirer trop fort et se fatigue.
Si l'enfant n'arrive vraiment pas à téter, sa mère peut l'aider en vidant un peu le sein avant la tétée et en tirant légèrement sur le mamelon avant de le lui présenter. En général cela suffit.

c) L'hypogalactie transitoire
C'est en premier lieu une montée laiteuse lente à s'établir. Elle ne devrait pratiquement jamais se rencontrer.
- Il n'existe qu'une cause pathologique vraie empêchant totalement la lactation: la destruction de la région hypothalamo-hypophysaire.
- L'hypogalactie isolée, sans cause hypophysaire ne se produit que dans 3 à 5 cas pour mille.
- Les allaitements mal conduits et en particulier les mises au sein tardives sont généralement les causes des hypogalacties.
- Le faible désir des femmes d'allaiter leur bébé n'est pas non plus à négliger.

En second lieu, 3 à 4 semaines après l'accouchement, il y a l'hypogalactie secondaire dûe à une grande fatigue, une émotion, un changement de rythme de vie, un effort physique interne, un voyage, une mauvaise nuit, un mari grognon,

une contriété. Elles sont bénignes et le lait revient dès le retour au calme.
Le traitement est simple:
- Mettre l'enfant le plus souvent au sein, éviter les compléments au biberon.
- Bien vider les seins après chaque tétée, la secrétion de prolactine est ainsi plus stimulée (selon le schéma en annexe).
- Se reposer au maximum. Faire la sieste. Laisser tomber les tâches ménagères.
- Boire abondamment des tisanes galactogènes.
- Attendre patiemment dans le calme la montée laiteuse.

d) Les seins qui débordent et coulent seuls
C'est une éventualité assez fréquente des premières semaines, tant que la secrétion d'ocytocine n'est pas bien adapté. Il n'y a rien d'autre à faire que de placer au fond du soutien-gorge des coussinets pour absorber le lait qui coule.

Les problèmes médicaux de l'allaitement

Ce sont différents problèmes dont nous avons déjà parlés bien des fois dans cet exposé.
Les difficultés fréquentes sont les crevasses du mamelon et les engorgements des sinus lactifères. Les infections sévères du sein sont beaucoup plus rares.

Les difficultés fréquentes

A. Les crevasses
Ce sont des problèmes des 2 ou 3 premières semaines, plus fréquentes chez les femmes à peau claire.

a) Il y a plusieurs niveaux de gravité:
- Mamelon douloureux lors des tétées mais sans aucune lésion cutanée visible. C'est banal, cela ne représente aucun risque sinon une douleur vraie qui va disparaître au bout d'une dizaine de tétées.
- Les gerçures du mamelon, sensibles au frottement et lors des tétées. Le traitement est de laisser les seins à l'air.
- Les fissures radiées: profonds sillon rouge vif divisant la surface du mamelon. Très douloureuses.
- Les érosions du sommet et de la base qui peuvent saigner.

b) Les crevasses importantes ont trois inconvénients:
- une douleur extrême
- des saignements
- la plaie cutanée est une porte d'entrée pour les microbes.

c) Les facteurs favorisant les crevasses, trois facteurs essentiels
- Mauvaise mécanique de la succion: enfant mal installé, ne tétant pas l'aréole entière; enfant endormi tétant mal; mamelons mal formés.
- Macération du mamelon par mauvais séchage ou seins toujours couverts.
- Mauvaise hygiène.

La première erreur est de ne pas se laver les mains et la deuxième erreur de vouloir trop bien faire: l'aréole du sein est recouverte de petites glandes secrétant un liquide lubrifiant et désinfectant. Il ne s'agit pas de la décaper. Il faut respecter les défenses naturelles de l'organisme.

d) Une bonne prévention
- Dans la mesure du possible, faire travailler un peu le mamelon (étirement) pendant les derniers mois de la grossesse. Attendre que l'enfant ait bien faim et le faire téter en bonne position.
- Programmer au début des tétées fréquentes et de courtes durées en réglant le temps sur l'apparition de la douleur et des signes cutanés. Laisser les seins au sec et éviter les pommades couvertes grasses, favorisant la macération. Masser plutôt jusqu'à pénétration complète.
- Une douche quotidienne suffit. Eviter les soutien-gorges très serrés en fibres synthétiques, dont les frottements risquent d'érailler le mamelon.

e) Comment les traiter
- Nous avons déjà vu ce chapitre sur lequel je n'insisterai pas plus. Des crevasses à répétitions pendant plusieurs semaines ou voir apparaître des crevasses après plusieurs semaines d'un allaitement sans problèmes invitent à rechercher une cause extérieure.
- La plus fréquente est une infection à candida qu'il faut traiter chez la mère et l'enfant. Plus rarement, eczéma du mamelon ou psoriasis.

B. Les engorgements
Ils peuvent se rencontrer à tout moment de la lactation avec un risque majeur lors de la première semaine. A cette période, beaucoup de facteurs interviennent pour inhiber un bon réflexe d'éjection: fatigue, isolement à la maternité, mise en route un peu difficile, anxiété, inconfort de la mère, mamelons douloureux, soutien-gorge trop serré, difficultés psychologiques pour s'adapter à un nouveau bébé, éventuelles difficultés familiales favorisent les engorgements.
Enfin un dernier élément mal connu: au début d'une lactation, certaines femmes présentent des engorgements douloureux des glandes mammaires satellites (en particulier sous les bras). Ces glandes mammaires n'ont pas de sinus lactifères débouchant dans le mamelon. La secrétion de lait se tarira d'elle-même.

Pour prévenir et traiter l'engorgement faut-il répéter c'est d'abord et avant tout faire téter l'enfant le plus tôt possible après la naissance et le faire téter aussi souvent qu'il le réclame pendant la première semaine. Le deuxième point aussi important est une mère paisible, détendue, heureuse et fière de donner le sein.
Avec le repos, les douches chaudes, les massages (selon les schémas en annexe) et les tétées fréquentes, il est facile de se sortir du problème.

Les canaux mal vidés, distendus, bloqués présentent trois risques vrais:
- La douleur, des lésions esthétiques irréversibles avec rupture du tissu cutané et des complications infectieuses.

C. La lymphangite
C'est la pénétration dans le sein de germes que l'organisme met toutes ses batteries anti-infectieuses pour combattre. Le système lymphatique du sein va inhiber et détruire les microbes. A ce stade, il n'y a pas d'infection dans le lait. Dans la majorité des cas, il y a de la fièvre, une fatigue générale, des douleurs diffuses, un gonflement douloureux, rouge du sein.
Le traitement sera de mettre l'enfant le plus souvent possible (10 à 12 fois/24 heures), de commencer les tétées par le côté malade, le repos au lit avec pansements chauds sur le sein (quelques femmes supportent mieux le froid). Les signes de lymphangite disparaissent spontanément en quelques heures. Si les signes persistent au bout de 24 à 36 heures, le médecin sera consulté et instituera un traitement antibiotique. Mais laissez l'enfant au sein si l'antibiotique n'a pas de toxicité pour l'enfant.

Les infections sévères

A. La phase de galactrophorite
Elle fait suite à une lymphangite mal traitée. C'est la présence de pus dans le lait. Le diagnostic est simple. Sur une compresse, le lait est absorbé alors que le pus reste en surface. Le traitement est l'arrêt de l'allaitement, un traitement antibiotique et le repos.

B. L'abcès du sein
C'est l'évolution d'une galactrophorite

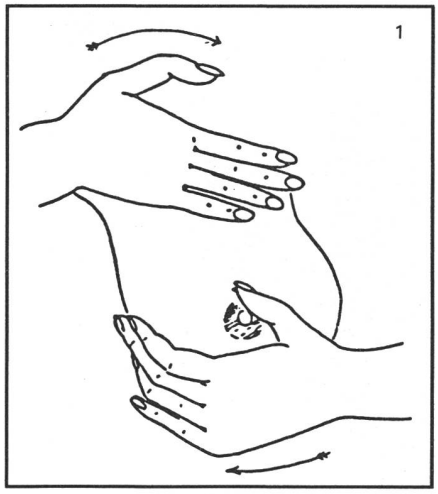
mal traitée. A ce stade, il n'est plus question d'allaitement puisqu'il faut en général inciser et drainer le pus qui s'est collecté.

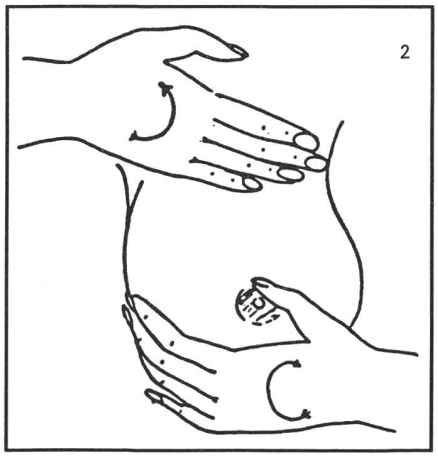
Massages du sein et allaitement maternel

A) Le massage des lobules se fait en deux temps

a) Le massage circulaire, effleurage très léger de la base de la glande dans son ensemble, dans un mouvement circulaire selon le sens des aiguilles d'une montre. C'est une approche délicate, la glande qui, lorsqu'elle est pratiquée par une tierce personne constitue une mise en confiance, et lorsqu'elle est réalisée par la mère elle-même permet une meilleure acceptation des modifications corporelles de cette période de vie. (Schéma 1).

b) Le massage giratoire, à type de pression palmaire tournante, les mains ont un mouvement giratoire sur elles-mêmes tout en exerçant une pression douce avec toute la surface palmaire, ces massages giratoires sont répétés sur toute la surface du sein (Schéma 2). Ce massage des lobules a pour effet de décongestionner les lobules et de calmer la douleur. Il dure jusqu'à ce que la glande soit souple. Il est bon d'achever par un effleurage. Il peut suffire pour provoquer l'extériorisation du lait.





B) Le massage des canaux galactophores ou massage radiaire
C'est le massage décrit par E. Plata-Rueda et dont nous analysons trois temps:

a) Dans un premier temps le pouce et les doigts sont appliqués sur la peau du sein, immédiatement en deçà de l'aréole, solidarisant la pulpe des doigts avec la peau du sein. (Schéma 3).

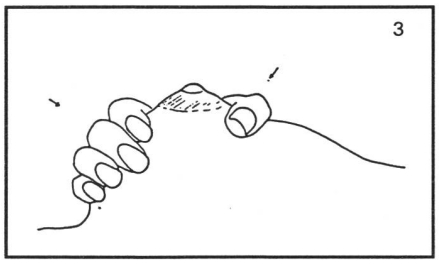
b) Dans un second temps la main repousse la peau vers la base du sein sans modifier la pression, étalant ainsi l'aréole (Schéma 4).

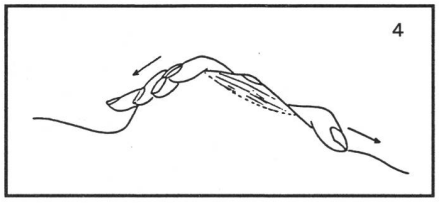
c) Dans un troisième temps les doigts exercent une pression un peu plus forte, et reviennent à leur position initiale poussant en quelque sorte le lait des acinis vers les canaux galactophores (Schéma 5).
Ce massage est ainsi répété dans tous les rayons de la glande mammaire, (Schéma 6). Il est bon là encore d'achever par un nouvel effleurage surtout si le massage est pratiqué par un tiers.

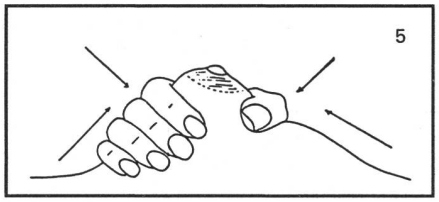
d) L'expression mammaire a pour effet de vider la glande de son lait. Elle peut évidemment être réalisée par l'enfant mis au sein. Elle peut aussi être obtenue par l'expression manuelle du lait. (Schéma 7)

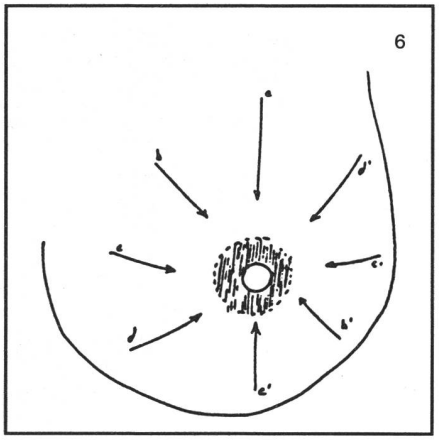
Il y a deux possibilités pour l'expression manuelle du lait: le massage radiaire de l'aréole, mais mieux encore la compression alternative du mammelon entre le pouce et l'index. Lorsque la glande a été convenablement préparée, cette pression alternative non seulement provoque des jets de lait, mais aussi permet de vider totalement la glande mammaire. C'est dire que pour l'enfant, il sera plus facile de téter le sein que de téter un biberon, vérité première hélas souvent oubliée...
Les massages du sein font partie de la préparation à la naissance, il sont enseignés pendant les séances de préparation, il sont pratiqués quotidiennement au cours des dernières semaines de la grossesse. Cela favorise une montée de lait rapide et confortable.
A défaut de ces massages préalables, il est toujours temps de les pratiquer dès la naissance, voire même au moment d'un accès d'engorgement qu'il ne vaut mieux pas attendre.
Avant chaque tétée, le massage radiaire suivi de l'expression manuelle du lait, assure l'entretien d'une lactation suffisante.

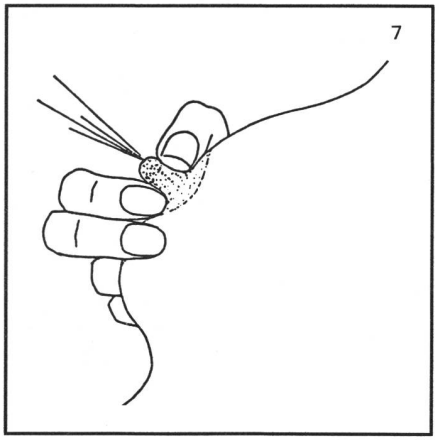
En cas d'engorgement, massage des lobules, massage des canaux, expression du lait doivent être pratiqués dès le moindre signe; un tel massage peut arriver à bout des engorgements les plus intenses.











nouveau

Pulmex® Baby

pommade destinée aux nourrissons
et aux enfants en bas âge.

Pulmex Baby n'irrite pas
la peau délicate du nourrisson.
Appliqué matin et soir
en frictions légères sur le haut
du dos et de la poitrine,
Pulmex Baby combat les refroidissements,
bronchites, rhume et toux.

Le prospectus d'emballage
vous donne les informations détaillées
et le mode d'emploi.

Zyma

Bibliographie

1. Thirion Marie, L'allaitement. Edition Ramsay. 1980
2. Clark C., Le livre de l'allaitement maternel. Collection Intrinsèque. 1979
3. Cahiers du nouveau-né 3. Collectif d'auteurs. D'amour et de lait. Collection Stock 1980
4. Berthelin Anne-Marie, Prise de conscience à propos de l'allaitement maternel. Mémoire Ecole de Cadres de Sages. Semmes. Dijon. 1980
5. Montagu A., La peau et le toucher. Editions du Seuil. 1970
6. Clerc M., Augagneur, Beraud M., Blim M.P., Massages du sein et allaitement maternel. Dossiers de l'obstétrique. Février 1983
7. Raimbault A.M., Evolution de l'allaitement maternel. L'enfant en milieu tropical. C.I.E. Paris. 1974
8. Gux F. et Guy M., L'allaitement maternel. Irec – Information. Juin 1978
9. Tourne C.E., Reflexions sur les motivations à l'allaitement maternel. Apport de la préparation à la naissance. Dossiers de l'obstétrique. Janvier 1980
10. Ma Annand Gandha., Yoga et Maternité. Collections Epi. 1979
11. Plata Rueda E., Les aspects pratiques de l'alimentation au sein. Annales Nestlé. 1977 no. 74

Verbandsnachrichten Nouvelles de l'Association

94e congrès de l'association suisse des sages-femmes les 7, 8 et 9 mai 1987, à Altdorf UR
Thème: Régulation naturelle des naissances

Vakante Sitze in der Verbandsleitung

In der *Weiterbildungskommission* sind zwei Sitze neu zu besetzen. Gesucht werden zwei Mitglieder aus der deutschsprachigen Schweiz, bewandert in allen Berufsbereichen des Hebammenwesens, mit pädagogischem Geschick.
Aufgabenbereich:
Erstellen eines Jahresprogramms für Weiterbildung. Verantwortung für dessen Realisation.
Der Weiterbildungskommission steht die Zentralsekretärin zur Seite, die die administrativen Arbeiten erledigt.

Auch für den *Zentralvorstand* werden Mitglieder aus der deutschen Schweiz gesucht. Sein Aufgabenbereich umfasst:
Vorbereitung der Geschäfte der Delegiertenversammlung und Vollzug ihrer Beschlüsse; Bearbeitung der Probleme und Aufgaben zur Verwirklichung des Verbandszweckes gemäss den statutarischen Bestimmungen.
Er tagt 4–6mal jährlich. Erfahrung im Verbandswesen ist von Vorteil, jedoch nicht Bedingung. Die Verhandlungen an den Sitzungen werden deutsch und französisch geführt. Kenntnisse in der zweiten Landessprache vereinfachen die Gesprächsführung.
Wer sich für die vielfältigen Aufgaben unseres Verbandes einsetzen möchte, richtet bitte sein Bewerbungsschreiben mit Lebenslauf an: SHV, Zentralsekretariat, zuhanden Zentralvorstand, Flurstrasse 26, 3000 Bern 22. Allfällige weitere Informationen erhalten Sie gerne im Zentralsekretariat, Telefon 031 42 63 40.
Margrit Fels

94. Kongress des Schweizerischen Hebammenverbandes 7., 8. und 9. Mai 1987 in Altdorf UR
Thema: Natürliche Familienplanung

Reflexzonenarbeit am Fuss nach Methode Marquardt

Einführungskurs vom 30. März bis 2. April 1987 in der Offiziellen Zweiglehrstätte, 2543 Lengnau
Leitung: Edgar Rihs, Leiter der Offiziellen Schweizer Zweiglehrstätte
Information über praktische Erfahrung in der Gynäkologie und Geburtshilfe durch Frau Elisabeth Feuz, Kantonales Frauenspital Bern
Zielgruppe: Diplomiertes Pflegepersonal
Preis: Fr. 380.–, inkl. Übungsmaterial
Teilnehmerzahl beschränkt
Inhalt:
Der Einführungskurs vermittelt Grundwissen in Theorie und Praxis: Anatomie des Fusses, Körper- und Fussreflexzonen, Kausalzusammenhänge, Griffolge, Behandlungsaufbau, geschichtlicher Hintergrund.
Informationen und Anmeldeunterlagen: SHV, Zentralsekretariat, Flurstrasse 26, 3000 Bern 22, Telefon 031 42 63 40

La psychologie de la communication

Elle est issue de disciplines pilotes en sciences humaines, telles que la psychanalyse, l'ethologie, la linguistique et l'anthropologie. Elle concerne la vie biologique, mentale et sociale de tout être en relation avec autrui. Elle n'isole pas les comportements, les vécus et les relations des acteurs de la communication, mais considère que ces trois grandes composantes structurales et dynamiques de l'intéraction sont indissociables.
Elle ne se centre pas, uniquement, sur ce qui est intra-psychique en chacun et n'aborde pas la personne à l'aide, seulement, de la pratique et de la théorie du langage verbal. Elle met aussi fortement l'accent sur ce qui est interpsychique, conscient et inconscient chez les interlocuteurs et approche ces mouvements à l'aide de la pratique et de la théorie de la communication totale.
La psychologie de la communication enrichit les personnes et les techniques professionnelles qu'elles utilisent: en aidant à intégrer les représentations mentales et l'affectivité mobilisées par l'échange, elle permet à chacun de se situer et de développer ses méthodes de manière créative et spécifique. L'expérience montre également, que la communication devient plus humaine et l'activité professionnelle objectivement plus efficace.
L'enseignement et la formation proposés ne consistent pas seulement à transmettre la connaissance des interve-