



EXTRAIT d'un document remis en consultation

L'allaitement des jumeaux et plus

La Césarienne



Publication de l'association

Allaitement Des Jumeaux et Plus A.D.J. +

Soutien à l'allaitement maternel

Formation des professionnels de la santé ADJ+

Une consultante en lactation IBCLC et toute une équipe pour vous accompagner dans votre allaitement



EXTRAIT d'un document remis en consultation

11 avenue Lafayette 63120 Courpière -France
Téléphone : 04.73.53.17.95
coudrayf@allaitement-jumeaux.com
Site de l'association ADJ+
<http://www.allaitement-jumeaux.com/>

La césarienne

Allaiter avec une césarienne est possible ; le but de ce document est de vous donner des idées à négocier avec les équipes santé qui vous prendront en charge.

Juste avant la césarienne: extraire un peu de colostrum, une à deux heures AVANT la césarienne en récupérant les gouttes dans une seringue ou un récipient plutôt plat et le mettre au réfrigérateur du service... - ce colostrum est celui qu'aura l'enfant à sa naissance si vous ne pouvez pas lui donner la tétée précocement, il n'aura pas encore changé de composition en quelques heures après son extraction, et même en ayant été extrait quelques heures avant la naissance, ce colostrum correspondra encore très bien aux besoins des enfants;

Si les mises au sein sont difficiles (que vous soyez trop fatiguée, trop endolorie...), le papa peut presser vos aréoles pour recueillir 1 cuillère à café de colostrum à chaque sein durant les premières vingt-quatre heures, et nourrir ainsi les enfants, à la cuillère voire au doigt, le colostrum étant idéal pour les bébés ; vos seins seront stimulés, et papa aura participé.... le papa pourra vous relayer de cette manière toutes les deux heures le cas échéant... à J2 le papa recueillera forcément + de colostrum que la veille.... (Les quantités de colostrum augmentent au fur et à mesure qu'on presse et prélève en quantité et fréquence....);

(valeurs moyennes : J2 : 100ml par jour par bébé ; J3 200 ml par jour et par bébé ; J4 400 ml par jour et par bébé)

- un exemple d'extrait d'un document remis en consultation prénatale qui est assez complet, mais il faut bien comprendre : **il s'agit d'un extrait de document, la consultation a eu lieu « en live », accompagnée de nombreux mots, exemples, et gestes....** Ce document n'est donc pas une consultation.
- quelques autres renseignements, et données
- quelques échanges
- quelques témoignages



EXTRAIT d'un document remis en consultation

Discuter avec l'équipe médicale, du projet d'allaitement au sein.

Dans le cadre d'une césarienne :

- Discuter avec l'équipe, d'un récipient peu profond, et bien propre, dans lequel la future mère, les mains propres, exprimera du colostrum manuellement (préférable à un tire-lait, qui peut néanmoins être utilisé, bien propre).
- Ce récipient doit absolument être disponible le jour de la naissance de l'enfant !
- Identifier le récipient avec une étiquette collée, comportant : la date et l'heure d'extraction du colostrum, les prénom et nom de la mère, voire le prénom du bébé à naître.
- Réfrigérer le récipient ; à noter que le colostrum peut se conserver « longtemps » au réfrigérateur puisque le colostrum se conserve durant 12 heures à une température de 27 à 32 °C (recommandations internationales). A défaut, on peut se baser sur les recommandations françaises de l'AFFSA qui indiquent 48h au réfrigérateur ; ce colostrum ne nécessite aucun traitement par lactarium ni aucun procédé.
- L'allaitement au sein peut se dérouler en salle de réveil, voire en salle d'opération. Le bébé étant plongé dans le milieu hospitalier, une mise au sein ne lui apportera pas plus de microbes, voire : un don de colostrum très précoce peut le protéger +++ contre les agents pathogéniques.

DE L'INTERET D'UNE TETEE TRES PRECOCE, MEME EN SALLE D'OPERATION :

Ce qui suit, est une réflexion qu'il importe absolument de présenter à l'équipe médicale ; il ne s'agit pas d'exiger la tétée en salle d'opération, mais d'expliquer pourquoi c'est inutile de la refuser pour des raisons « microbiennes » : « pour protéger l'enfant, les enfants ».

Il faut savoir que si l'on représente un millilitre de colostrum sous la forme d'un « camembert », plus de la moitié de ce « camembert » est un véritable vaccin pour Bébé ; immunoglobulines à foison, cellules leucocytes.... (Et la « moins de la moitié » qui est alimentaire est parfaitement adaptée aux besoins nutritionnels !!!)

Durant et après le processus de naissance, les microbes de la mère et de l'environnement alentour colonisent le tractus gastro-intestinal du nouveau-né ; les bébés nés par césarienne montrent un développement altéré de la flore intestinale, parce que les premiers microbes auxquels le bébé a été exposé sont ceux de l'équipement, de l'air, et d'autres bébés –le personnel médical et soignant servant de vecteur-

Les bébés nés par césarienne, les enfants nés avant terme, et les enfants nés à terme mais nécessitant des soins intensifs, ont un risque accru d'attraper des microbes de l'hôpital qui comportent aussi, des résistances aux antibiotiques



EXTRAIT d'un document remis en consultation

- Si le contact avec la mère n'est pas possible à cause d'une naissance par césarienne ou à cause de l'état de la mère, alors un contact peau-à-peau avec le père devrait être réalisé.

Il importe aussi de mettre en route la glande mammaire.

Il importe enfin de privilégier le développement optimal systémique du nourrisson grâce au lait de sa mère.

Si souci par rapport aux mises au sein : privilégier : l'extraction manuelle ou le tire-lait, pour recueillir du lait maternel qui sera donné optimalement à la soft-cup ou à la cuillère, plutôt qu'avoir un recours systématique à un biberon de lait infantile. Le complément peut parfaitement provenir des seins de la mère et être donné à la soft-cup. Il ne s'agit pas de contredire l'avis médical, mais d'apporter une vue différente, sur un même objectif final : assurer la bonne santé de l'enfant.

Pourquoi du lait infantile quand les seins de la mère sont là ?

Pourquoi un biberon alors que la cuillère va très bien ??

Produits présentés : marque Medela ; l'association peut procurer ce type de matériel à ses adhérents



Soft-cup de Medela

Soft-cup : idéalement quand la mère a du lait ;

Lorsqu'elle a du **colostrum, je préfère une cuillère, une coupelle,** pour éviter de perdre des gouttes de ce nectar sur les parois ;



Tasse de Medela, bon choix dès le départ, modèle pour les maternités seulement



Coupelle recueille-lait de Medela ; là on ouvre la paire de coupelles, on ne conserve que la partie pleine, et on presse le sein au-dessus.. en phase colostrale, c'est idéal, car ensuite on passe le doigt pour nourrir les enfants, ou bien on racle avec une petite cuillère ;
Matériel et doigt/ongle bien propre bien sûr !



EXTRAIT d'un document remis en consultation

La mise au sein sera facilitée avec des positions d'allaitement différentes d'une Madone ou d'une de ses variantes :

- Position à l'australienne : mère allongée sur le dos, mais légèrement inclinée ; enfant en position allongée sur le ventre (penser à petit coussin) mais formant une croix avec sa mère...
- Position à l'australienne en variante : l'enfant est parallèle à la mère, son corps s'étend par-dessus l'épaule de la mère (là aussi prévoir coussin et oreillers pour que l'enfant soit bien étendu par-dessus l'épaule de la mère et prévoir de l'espace « au-dessus » de la tête de la mère, pour le corps et les jambes/pieds du bébé
- Position en ballon de rugby : le bébé est maintenu par la nuque (jamais par la tête), visage en face du sein, son corps s'enroule autour du corps de la mère (comme un ballon de rugby), ses pieds sont donc derrière le dos de la mère ; prévoir un gros oreiller derrière le dos de la mère, pour que les pieds du bébé ne soient pas en contact avec le dossier du lit/fauteuil ; cela entraînerait un réflexe de la marche, l'enfant pousserait sur ses pieds, rendant la mise au sein douloureuse, voire impossible.
- Position en ballon de rugby, variante : le bébé est allongé sur le dos sur un oreiller, contre la cuisse de la mère ; ses jambes/pieds sont élevés.
- Position allongée sur le côté ; bien dégager le mamelon pour qu'il ne soit pas coincé dans les draps ; et dans certaines situations, prévoir une serviette de bain pour élever le bébé à hauteur du mamelon.
- Madone ou variante : prévoir un oreiller sur la zone d'incision (une fois recousue !) ; prévoir d'installer l'enfant parfaitement allongé sur le côté, bien à l'horizontale, pour qu'il ne soit pas en contact avec le ventre.... Prévoir que l'enfant repose sur le bras de la mère, (tête vraisemblablement au milieu de l'avant-bras et non au creux du coude), et le bras de la mère soutenu par oreiller.

• Dans toutes les positions, quelles qu'elles soient, les repères sont :

- Hanches stabilisées.... Maintenus par la mère ; sinon l'enfant risque de serrer les gencives pour s'accrocher/se maintenir à maman.
- Le crâne n'est jamais tenu dans la main (sauf les prématurés), cela le gênerait dans ses mouvements pour « croquer » le sein en bouche, et pour téter ; de plus cela génère un réflexe de rejet en arrière....
- Sa tête ne doit pas être basculée trop en arrière (inconfortable), ni trop en avant (son menton coincé contre le thorax l'empêcherait d'ouvrir la bouche et donc de prendre le sein en bouche).
- **Le repère est : mamelon juste sous le bout du nez ;** on peut chatouiller le milieu de la lèvre supérieure avec le mamelon, mais jamais la lèvre



EXTRAIT d'un document remis en consultation

inférieure, et jamais de mouvement vertical lèvre supérieure/lèvre inférieure.....

- Le repère est : l'enfant bascule légèrement la tête en arrière (d'où intérêt du soutien au niveau de la nuque et jamais par le crâne), le menton s'encastre dans le sein en premier, l'enfant approche son visage et le rabat pour croquer le sein.
- On donne un sein par tétée, et on propose le second uniquement quand le premier sein est bien souple, bien vide, voire raplapla..... et on alterne les seins pour la tétée suivante.
- Il peut convenir d'assouplir la zone rétro-aréolaire, en particulier dès la montée laiteuse, sinon l'enfant ne pourra pas prendre le sein en bouche correctement (trop dur, trop gros trop plein), et il ne pourra pas prélever le lait correctement (principe du tuyau d'arrosage, si on marche dessus, l'eau ne coule plus ; avec l'engorgement physiologique, la masse d'eau interstitielle, d'œdème, et de lait dans les alvéoles empêche le bon écoulement du lait) ;
- Il peut convenir de masser le sein en cours de tétée, surtout en phase d'engorgement physiologique ;
- Parfois après la tétée, on aura intérêt à masser le sein, la zone rétro-aréolaire, et finir de vider le sein... puis re-masser pour finir de vider le sein ; on le fera aussi durant la tétée si on sent que l'écoulement du lait est entravé par la pression mécanique de l'eau, de l'œdème.
- Certaines mamans se tiennent à la tête de lit pour se tourner d'un côté, de l'autre, et allaitent allongées sur le côté. Puis changent de côté pour la tétée suivante ;
- Certaines mamans allaitent allongées sur un côté, à volonté.... Au bout de trois heures, elles se tournent de l'autre côté pour allaiter là encore, à volonté ; MAIS il faut bien gérer les seins ; il convient alors de disposer d'une petite couverture, pour jouer les ascenseurs et pouvoir hisser l'enfant (une tétée sur deux) à hauteur du mamelon du sein supérieur.



EXTRAIT d'un document remis en consultation

GARDER CONFIANCE ET EN REFERER

L'allaitement au sein n'est pas facile, du fait du fossé des générations et du manque de ressources en lactation humaine ;

L'allaitement peut faire mal :

Uniquement dans les 20 premières secondes de la tétée, durant la première semaine post-partum ;

- Avoir mal : toute la tétée ou presque,
- Avoir mal entre les tétées,
- Avoir le mamelon déformé, pincé, blanchi, tout type d'abîmement, de dégradation,

Est le signe précurseur d'une crevasse ;

Or une crevasse s'évite, car elle est toujours précédée de signaux d'alarme qu'on peut parfaitement observer après n'importe quelle tétée ; il importe de pister la cause, car une crème ne résoudra aucunement le problème, qui débouchera sur la fissure, la crevasse, laquelle peut entraîner une cascade d'événement.

CESARIENNE OU PAS CESARIENNE :

- Les mises au sein doivent être fréquentes, si le bébé réclame peu le sein, la maman (ou le papa) doit envisager d'extraire du colostrum au-dessus d'un récipient propre, pour donner ce colostrum à la cuillère.
- Si l'on sait que certains enfants « dorment » les premières heures de leur vie, et qu'ils disposent de réserves et de carburants alternatifs, il faut envisager, une fois que le bébé aura 12 heures d'âge, de **nourrir d'office le bébé**, à l'aide de colostrum extrait fraîchement (car ses réserves sont nettement diminuées à ce stade-là).
- La mère extrait du colostrum au-dessus d'un récipient propre, et elle ou le papa, donne ce colostrum à la cuillère, toutes les deux heures.
- La mère doit apprendre également à regarder les signaux de son bébé, qui peut avoir des phases d'éveil entre deux trains de sommeil, mais sans pour autant pleurer, ni même parfois : ouvrir les yeux.
- Une phase d'éveil se dénote chez l'enfant par des mouvements de succion, l'apport des doigts ou de la main à la bouche.... Même si l'enfant a les yeux fermés, c'est un TRES BON, c'est le moment OPTIMAL, pour tenter une tétée au sein. La mère peut assouplir mamelon/aréole pour proposer un sein qui commence à goûter (en phase colostrale).



EXTRAIT d'un document remis en consultation

○ **LIMITER LES RISQUES D'HYPOGLYCEMIE :**

- L'enfant naît avec des réserves, et dispose de carburants alternatifs.
- MAIS : Après 12 heures de vie, le bébé dépend du glucose fabriqué à partir de son ingesta alimentaire avec un grand intérêt pour le lait maternel humain !!!!

ON LIMITERA LES RISQUES D'HYPOGLYCEMIE EN NOURRISSANT L'ENFANT :

- SOIT A LA DEMANDE, S'IL RECLAME FREQUEMMENT ET QU'IL VIDE BIEN LE SEIN
- SOIT D'OFFICE, TOUTES LES DEUX HEURES, A L'AIDE DE COLOSTRUM SI POSSIBLE EXTRAIT A LA MAIN, ET ON N'OUBLIERA PAS LE PORT D'UN BONNET SUR LA TETE DU BEBE, POUR QUE L'ENERGIE ISSUE DE L'ALIMENTATION SERVE A NOURRIR BEBE, ET NON A LE RECHAUFFER (IDEM EN PERIODE D'UTILISATION DES CARBURANTS ALTERNATIFS).

○ **LIMITER LES RISQUES D'ICTERE :**

- L'ictère, c'est un autre mot pour la jaunisse ;
- Il y a trois sortes d'ictères totalement mélangées ;
- entre la naissance et 48h de vie, c'est l'ictère métabolique, cela vous échappe ; traitement adéquat et mises au sein....
- Avec un pic à J10 , il y a l'ictère qui apparaît entre 5 et 10 jours d'âge, donc pas en maternité, ou rarement car la mère est souvent déjà sortie, c'est l'ictère au lait maternel, l'enfant va très bien, mouille bien, souille bien ses couches en dépit de son taux de bilirubine.... Même la recommandation de suspendre durant 24h l'allaitement maternel n'est plus recommandée (ibclc).
- Et entre les deux, **l'ictère qui apparaît après J2**, dont on dit « que c'est la faute au lait de la mère », et qui est dû à une MAUVAISE CONDUITE DE L'ALLAITEMENT !
- Je me suis entretenue avec de nombreuses femmes qui ont arrêté d'allaiter, en maternité, pour un ictère à cause de leur lait, alors que c'était un ictère de mauvaise conduite de l'allaitement maternel
- DU FAIT DES RISQUES DE PASSER EN ICTERE NUCLEAIRE, AVEC DES DEGATS TERRIBLES, QU'ON NE SE PARDONNE PAS, on ne plaisante pas avec l'ictère ; on doit néanmoins trouver très vite la cause (métabolique, mauvaise conduite de l'allaitement, voire au lait maternel...), et y remédier par le traitement nécessaire et la continuité de l'allaitement maternel DUMENT CORRIGE.
- Et limiter les RISQUES, c'est quoi ??
- S'assurer que l'allaitement commence au plus tôt,
- S'assurer que les tétées soient fréquentes....



EXTRAIT d'un document remis en consultation

- Phase colostrum : Passée 12 heures d'âge, j'estime personnellement qu'il faut impérativement nourrir bébé à la cuillère, avec votre colostrum, toutes les deux heures ;
- Phase lait :
 - proposer un sein qui soit massé, assoupli, dont l'aréole est bien souple, pour que bébé prenne correctement votre sein en bouche, et que le lait coule bien.....
 - s'assurer que le sein est totalement vidé, souple, raplapla
 - on ne propose le deuxième sein que si le premier est raplapla....
 - On surveille les couches, il faut des urines et des selles ; les selles sont au départ goudroneuses (méconium) puis de transition (vertes-noires puis vertes-jaunes) puis jaunes ;
 - C'est le fait de recevoir fréquemment, le lait maternel mais surtout : le lait extra-gras de fin de tétée qui garantit l'élimination de la bilirubine, et donc qui limite les risques d'ictères.
- Votre état général : Une fièvre maternelle de faible niveau (>37°C mais < 37.8°C) peut se produire. En l'absence d'autres symptômes comme une tachycardie¹, une tachypnée², et une rougeur/suintement de la plaie, une fièvre de faible niveau ne devrait pas interrompre l'allaitement au sein.

Même avec une thérapie antibiotique, l'allaitement au sein devrait continuer, puisque les antibiotiques sont « habituellement compatibles avec l'allaitement maternel » (Hale, 2006)³.

Françoise Coudray
Consultante en lactation IBCLC

Présidente de Allaitement Des Jumeaux et Plus
Présidente de l'Association Française des Consultants en Lactation

¹ Accélération du rythme cardiaque.

² Cycle ventilatoire anormalement rapide.

³ En l'absence de la référente consultante en lactation, contacter par exemple Raphaël Serrault, à l'Institut de Puériculture de Paris ;



EXTRAIT d'un document remis en consultation

Ballon de rugby « classique »



Qui peut évoluer ainsi :





EXTRAIT d'un document remis en consultation

Et même ainsi :



Photo extraite de LA publication de l'ADJ+ Propriété A.D.J.+ Reproduit



EXTRAIT d'un document remis en consultation

Position allongée sur le côté





Documents éléments plus anciens

Dans l'esprit populaire, et hélas encore, dans le monde médical, césarienne rime avec impossibilité d'allaiter;

Je vous propose de faire le point de prendre exemple, voire conseil auprès de notre maman-contact spécial césarienne.

Sur le plan médical, il s'agit d'effectuer un acte chirurgical lors de certains gestes (accouchements). Elle est parfois un peu trop systématiquement proposée en dépit des conséquences sur la mère (utérus cicatriciel outre les soucis de mobilité et douleurs des débuts); elle est aussi parfois l'unique solution pour limiter la souffrance materno-foetale.

Il n'en demeure pas moins que dans la mentalité des gens, césarienne rime avec impossibilité d'allaiter. Et bien c'est faux!

Ce sera peut-être retardé de quelques heures (sous anesthésie générale), ce sera peut-être plus lent, car vous aurez une plaie, vous serez somnolente du fait de l'acte chirurgical et de l'anesthésique, MAIS VOUS POURREZ Y ARRIVER.

Avec les possibilités présentées dans ce document, vous avez des éléments pour réussir votre allaitement dès le début ; et pour le rattraper si cela ne se passait finalement pas comme espéré.

Si vous me lisez en début de grossesse, sachez que les praticiens annoncent souvent la césarienne comme l'unique issue de votre grossesse gémellaire, multiples. J'aimerais ajouter un bémol: ce n'est pas systématique, il y a des accouchements gémellaires par voies basses, et qui se passent bien. Mais dans son souhait de vous prévenir, le praticien oublie parfois que prévenir de cas potentiel n'est pas illustrer le geste final; c'est bon de savoir qu'il risque d'y avoir césarienne, il faut se préparer, savoir comment faire le cas échéant, mais ne pas paniquer tout le restant de votre grossesse à vous dire : « je vais avoir une césarienne ».

Par contre, puisque les équipes médicales vous prédisent une césarienne, **prévenez les de votre volonté d'allaiter au sein, dès le début, et faites-le marquer dans votre dossier, dans tous vos dossiers médicaux!**

Césarienne, vous êtes sous péridurale ou sous rachis: On peut allaiter sur la table d'opération, c'est même recommandé, aussi bien pour la mise en place de l'allaitement, que pour le contact humain; la césarienne sauve des vies, élimine les détresses materno-foetales, mais c'est un "vol" de l'accouchement un "vol" de la naissance, une séparation non naturelle.

Que l'on allaite ou non, les bébés devraient tous être posés délicatement sur la poitrine de la mère; de là à donner le sein c'est facile! il y a juste le champ stérile à écarter!

Il faudra que vous ou le papa la réclamiez!

Il me semble bien nécessaire de commenter: que nous nous plaçons dans un cas où il n'y a pas détresse materno-foetale! La césarienne est parfois une urgence pour sauver



Documents éléments plus anciens

une ou des vies, et là l'équipe médicale seule choisit ce qui est le mieux pour la personne (ou les personnes) en danger.

Parfois la césarienne est le moyen de faire naître un enfant qui n'est pas engagé de façon adéquate, et donc sans qu'il y ait pathologie, mais du fait que la délivrance n'avance pas, il faut intervenir par césarienne pour éviter tout risque de détresse fœtale voire materno-fœtale si on ne faisait rien.

L'aide physique de votre entourage est nécessaire. Soyons claires: vous êtes sûrement perfusée, endolorie, il faut qu'on manipule les enfants pour vous. Oui justement, il le faut, c'est un droit humain, que d'avoir ses enfants en contact peau à peau.

Oui réclamez car les soins ne sont pas tournés vers l'humain mais vers l'acte médical, le système poids et mesures qui écarte le relationnel... et l'allaitement;

S'il n'y a pas détresse materno-foetale, profitez de ce que vous êtes EVEILLEE c'est un atout:

- réclamez vos enfants contre vous,
- réclamez qu'on aide à la mise au sein,
- une fois que vous quittez le bloc et que les enfants ont subi leur lot d'exams, plus rien ne s'oppose à les conserver contre vous!

Votre compagnon et la sonnette à vos côtés, pile de coussins à portée de main (ou polochon d'allaitement, qui vous calera), pour allaiter et vous reposer!

Vous serez somnolente, bien plus que lors d'un accouchement par voies basses (normal vous avez été anesthésiée localement, avec une dose plus forte qu'un accouchement vaginal sous péridurale, sans compter le contrecoup de l'acte chirurgical) mais en ayant les enfants le long de votre corps, soutenus par vos bras qui reposent sur un gros oreiller, et en restant en position semi-allongée par exemple, vous limiterez la fatigue pour la mise au sein et vous faciliterez la mise en route de la lactation par le biais de cette proximité mère/enfants qui va libérer des hormones "instinctivement".

La réponse hormonale est d'autant plus forte que les enfants sont contre le corps de la mère même si vous êtes somnolente!

Il n'y a aucune raison de refuser une mise au sein,

il n'y a aucune raison de donner un biberon d'eau sucrée

il n'y a aucune raison de donner autre chose que le sein, fut-ce à la tasse ou à la pipette,

Nul n'a le droit d'empêcher votre droit et celui de vos enfants.

Si le sein ne peut être donné, alors on utilisera le colostrum puis le lait de la mère en le donnant régulièrement, à la tasse, à la cuillère.

Sous anesthésie générale:

Les premiers jours: du fait de la plaie, votre mobilité sera réduite; la douleur sera toujours présente, s'atténuant au bout de quelques jours. Ayez toujours les berceaux contre votre lit, ou carrément les enfants dans votre lit,

- pour augmenter le taux d'hormones,
- pour la présence peau à peau



Documents éléments plus anciens

- pour mettre en place la lactation
- pour limiter les manipulations.

Ayez un traversin, deux oreillers, pour vous caler,
Pensez à allaiter des deux seins en restant sur le même côté (dos calé par un polochon):
vous hisserez l'enfant sur un oreiller, ou une serviette, pour qu'il soit à hauteur de chaque
sein. (Plus particulièrement le sein "du haut).



Question: Et la dose d'anesthésique? et bien le produit est passé dans le placenta! donc il peut passer dans le lait maternel il ne sera pas plus "nocif" qu'il ne l'a été pendant l'accouchement. Le reste de la dose d'anesthésique va dans tout votre corps, va en faible partie passer dans le lait, en grande partie être uriné... rien ne justifie qu'on retarde la tétée; en cas d'anesthésie générale vous pouvez donner le sein dès votre réveil.

Avec l'anesthésie générale, la difficulté croît par rapport au rachis ou à la péridurale locale:

Vous êtes endormie complètement et donc:

- votre réveil se fera (en général) six heures après l'acte chirurgical.
- Vous êtes endolorie (comme une césarienne sous anesthésie locale),
- vous n'avez pas vécu votre accouchement,
- vous ne connaissez pas vos bébés,
- qu'ont-ils reçu à leur naissance?



Documents éléments plus anciens

Avant l'intervention (le papa répètera cela après l'intervention): précisez:

- votre volonté d'allaiter,
- votre volonté d'avoir vos enfants contre vous pendant votre temps
- d'endormissement,
- qu'aucun dispositif à tétine ne soit utilisé,
- qu'à partir du moment o vous serez éveillée, vous pourrez donner le sein,
- les propositions du précédent chapitre sont valables.

Exemples de positions: couchée sur le dos, des coussins sous les bras de façon à ce que les enfants allongés flanc contre votre flanc, atteignent vos mamelons; mais aussi allongez-vous, et positionnez vos enfants tête bêche (chacun son tour)

Attention, bébés placides, endormis, « gentils qui ne réclament pas »:

Les enfants s'en ressentent, des péridurales, et des anesthésies générales; certains enfants vont être placides; c'est quoi? C'est l'enfant qui dort beaucoup, qui tète peu, et qui perd du poids.

A ne pas faire: paniquer-donner des compléments-faire du mixte;

A faire: donnez le sein d'office toutes les deux heures, stimulez l'enfant en lui faisant la couche, mettez le au sein; surveillez les couches, il faut 6 pipis quotidiens et 2 bonnes selles molles couleur jaune orange! L'enfant pourra mettre 10 jours (DIX) pour reprendre son poids de naissance et s'éveiller!

Les débuts peuvent être durs:

- scepticisme manque d'information de la mère et de l'entourage
- difficultés à se mouvoir à manipuler les enfants

Relisez ce qui précède prenez conseil et soutien auprès de Cathy de l'ADJ+ par exemple; le papa et le personnel peuvent limiter vos efforts et vos enfants peuvent dormir avec vous, pensez barrières de lit!

Risque d'endormissement des bébés; ils ont subi l'anesthésique, ils tètent peu, dorment beaucoup.....perdent du poids? Ne donnez que le sein, mais **donnez le d'office toutes les deux heures en journée**, faites du peau à peau, veillez à ce que les petits ne prennent rien d'autre que le sein; si le poids ne se maintient pas plus, videz partiellement votre sein (faire mettre le lait au frigo) puis mettez bébé au sein, c'est un dérivé de la technique du lait final, le lait gras

Beaucoup d'enfants sont mignons, ils dorment, ils ne réclament jamais....

Et au bout de plusieurs jours, le verdict tombe : déshydratation, ictère, bien sûr c'est toujours la faute de l'allaitement maternel ; si vos bébés ne montrent pas naturellement un schéma type téter 10-12 fois par jour chacun Il va peut-être falloir imposer la tétée toutes les deux heures pour éviter les mauvaises surprises.



Documents éléments plus anciens

Limitez vos retournements pour allaiter en hissant vos enfants pour qu'ils atteignent chacun leur sein sans que vous vous retourniez; ou alors assise protégez votre ventre avec un oreiller avant d'y mettre les enfants; privilégiez les positions ballon de rugby qui limitent le poids et le volume sur le ventre puisque les enfants s'enroulent contre le flanc maternel, petons dans le dos.

Buvez bien, l'eau bue servira à nourrir vos cellules, et surtout à éliminer les produits de l'opération; le seul moyen d'éliminer les toxines est d'uriner donc de boire (mais ne buvez pas en excès non plus, il n'est pas question d'avoir une fuite de sels minéraux, ni risquer la cirrhose due à trop d'eau)

Evitez la nurserie et gardez vos enfants à vos côtés pour le bon climat hormonal (votre réponse es due entre autre à beaucoup de contacts charnels sinon qu'on vous amène les petits à chaque pleurs; qu'ils ne reçoivent que votre sein!

Pensez à : **presser votre sein au dessus d'une cuillère à soupe**, ou d'une coupelle durant le premier jour: vous récolterez ainsi le colostrum qui pourra être donné au doigt (bien propre), sans perte, sans risque d'altérer la capacité de succion des enfants, ET sans altérer votre mise en place de la lactation. Ceci si les enfants ne peuvent téter la première journée. Nota: le volume de l'estomac d'un bébé à la naissance est de 6 ml en moyenne...

Juste avant la césarienne: extraire un peu de colostrum, une ou deux heures AVANT la césarienne en récupérant les gouttes dans une seringue et le mettre au frigo... - ce colostrum est celui qu'aura l'enfant à sa naissance, il n'aura pas encore changé de composition;

Si les mises au sein sont difficiles (endolorie...), le papa peut presser vos aréoles pour recueillir 1 cuillère à café de colostrum à chaque sein, et nourrir ainsi l'enfant, à la cuillère voire au doigt, le colostrum étant idéal pour le bébé, et vos seins seront stimulés, et papa aura participé.... le papa pourra vous relayer de cette manière toutes les deux heures le cas échéant... à J2 le papa recueillera + de colostrum que la veille.... (les quantités de colostrum augmentent au fur et à mesure qu'on presse et prélève en quantité et fréquence....);



Quelques extraits de courriers...

Quelques extraits de courriers...

chère C.,

Dès que l'enfant est lavé pesé habillé, elle peut parfaitement être en peau à peau contre la peau nue de votre compagnon....

Si vous avez recueilli l'équivalent d'une seringue de 5 ml de colostrum AVANT la césarienne (mise au réfrigérateur ensuite) le papa pourra éventuellement nourrir le bébé si votre "état" tarde; qu'il ne donne pas de biberon mais utilise une "bête" cuillère...

Attention : bonnet sur la tête (du bébé, pas du papa) et un champ chaud ou gilet/couverture par dessus l'enfant dans les bras de la mère, sont bien mieux qu'une couveuse;

Autre suggestion: extraire un peu de colostrum, une ou deux heures AVANT la césarienne en récupérant les gouttes dans une seringue et le mettre au frigo... ce colostrum est celui qu'aura l'enfant à sa naissance, il n'aura pas encore changé de composition;

Françoise Coudray

Bonjour, (...)

Avant d'extraire/exprimer du colostrum/lait de vos seins, n'hésitez pas à préparer votre sein avec 2-3 minutes de massages spécifiques: circulaire d'abord puis longitudinal (2 schémas joints);

url polochon d'allaitement:

<http://www.allaitement-jumeaux.com/espace-allaitement/guide-allaitement/polochon-allaitement.php>

url écharpes de portage:

<http://www.allaitement-jumeaux.com/espacematernage/porter-son-enfant-acheter.html>

Plein d'idées de positions:

<http://www.allaitement-jumeaux.com/expo2001/>

Gardez votre enfant en peau à peau, le plus possible, soit que vous soyez allongée sur le côté, votre enfant contre vous, calé avec un traversin apposé contre la barrière de lit, soit que vous soyez semi-assise/semi-allongée avec un polochon d'allaitement (le creux sous vos épaules, les bras contre votre corps, vos propres bras reposant sans effort sur les bras du polochon, et votre bébé au creux de votre flanc, ou bien en travers de votre poitrine);

Normalement, un enfant s'éveille à la tétée active au bout de 50 minutes post-naissance, si on lui a laissé le temps de découvrir le corps de sa mère; je vous ai expliqué que l'enfant rampe le long du ventre de sa mère, jusqu'à sa poitrine, qu'il lèche son poing, qu'il tripatouille le sein et participe même à la désombilication du mamelon.... puis il va prendre le sein en bouche et des études faites sur des accouchements tout à fait naturels (et parfaitement eutociques) montraient que les enfants tètent au bout de 54 minutes.

Parfois c'est impossible pour l'enfant de faire ce parcours de découverte, (bien sûr j'exclus ici, les cas de détresse materno-foetale) mais le plus souvent c'est qu'on a pris l'enfant pour lui vider les glaires, le sonder, le peser le mesurer l'habiller, ce sont autant d'effets iatrogènes..... qui perturbent son rythme, voire qui perturbent son oralité (sondes dans la



Quelques extraits de courriers et témoignages

bouche/œsophage) mais de retour en chambre, on peut déposer un enfant contre le sein maternel et lui laisser le temps de découvrir le sein, puis de prendre le sein en bouche.... Enfin, une mise au sein n'est pas forcément (du moins aux débuts), un scotchage au sein!! on doit écouter le bébé, le laisser découvrir.....

Manipuler un bébé par le crâne et l'amener vivement au sein, ne fait que générer un réflexe de l'enfant, un réflexe de rejet en arrière; et des pleurs; ce simple épisode de quelques secondes peut aussi entraîner un refus de téter, que seule de la patience, et seuls beaucoup de mots doux, d'explications, à l'enfant, sauront résoudre;

Glisser le complexe mamelon/aréole dans la bouche de l'enfant, l'enfournage comme je l'appelle, n'est pas beaucoup mieux; parfois il faut proposer le sein "en sandwich", mais on ne le fait pas n'importe comment.... on ne force jamais.... on n'enfourne pas le sein dans la bouche du bébé...

Disons plutôt: laissons l'enfant découvrir le sein....et s'il a des difficultés à prendre le sein, alors appelez-nous et nous verrons sur place; gardez toujours :le bonnet sur la tête (la sienne, pas la vôtre),le peau à peau, beaucoup de peau à peau, beaucoup de cohabitation, un polochon d'allaitement pour vous garder de tout effort musculaire, presser un peu pour faire couler du colostrum et en déposer avec le mamelon sur ses lèvres;

PAR CONTRE, important:

Grand peau à peau maximum jour et nuit....

Bonnet sur la tête (la sienne, pas la vôtre....)

Des tétées à volonté (ne vous étonnez pas de 16-22 tétées par jour/nuit)

Si bébé est dormeur, réclame peu souvent : il va vous falloir imposer des tétées ou des cuillérées.... Nourrir votre enfant, en extrayant une voire deux cuillérées de colostrum toutes les deux heures, pour nourrir votre enfant à la cuillère toutes les deux heures s'il n'a pas tété de lui-même (même s'il dort); c'est une précaution pour certains bébés dormeurs, placides... parce qu'on a un enfant qui risque de faire des hypoglycémies; nous ne sommes plus dans le "on privilégie la demande de l'enfant", mais dans le "on privilégie la demande de la mère" à cause de ce diabète gestationnel; votre colostrum sera le meilleur, bien meilleur que du lait infantile... si nécessaire, nous devrions être assez nombreuses pour faire la part des choses tout en préservant la santé: la vôtre celle de votre bébé, en tout cas au niveau de l'ADJ+, nous faisons la part des choses, lorsqu'il faut "remplir" un bébé nous le faisons, mais nos méthodes différent, souvent déjà nous avons mis l'alarme avant que le problème ne se produise, et nous sommes plutôt extraction manuelle/tire-lait + cuillère pour nourrir l'enfant plutôt que lait infantile et biberon; quand la mère a du lait, on peut la faire produire +

Bonnes lectures...

Amicalement,

Françoise Coudray
Présidente de l'ADJ+



Quelques extraits de courriers et témoignages

Quand supplémenter un bébé allaité

When to supplement a supposedly breastfed baby. LJ Smith. JHL 1998 ; 14(2) :145-46.

...

J1. *Le volume de l'estomac du bébé est de 5 à 7 ml. La sécrétion moyenne de colostrum est de 10 à 100 ml. La plupart des bébés commenceront à éliminer le méconium, et urineront au moins 1 fois. Le bébé doit passer la majeure partie de son temps dans les bras de sa mère, et téter à la demande. Les tétées seront observées pour vérifier la qualité de la mise au sein et l'efficacité de l'enfant, les seins de la mère seront examinés.*

J2. *Le volume de l'estomac de l'enfant est de 10 à 13 ml, celui du colostrum est de 10 à 100 ml. L'augmentation de la sécrétion lactée débutera. De nombreux bébés n'auront pas de selles, mais la plupart urineront régulièrement. Si ce n'est pas le cas et que le bébé semble avoir un problème, la supplémentation avec du lait maternel sera envisagée.*

J3. *Le volume de l'estomac est de 22 à 27 ml, la sécrétion lactée augmente rapidement et atteint généralement 200 ml sur la journée. La plupart des bébés urineront régulièrement et auront plusieurs selles. L'émission régulière de selles est un bon indicateur de l'adéquation des apports caloriques du bébé. Si le bébé ne tète pas régulièrement, la stase du lait commencera à compromettre la synthèse du lait. Si la mère a un engorgement, il sera traité rapidement par applications froides et/ou cataplasmes de choux.*

J4. *Le volume de l'estomac est de 36 à 46 ml, la sécrétion lactée doit atteindre (voire dépasser) 400 ml/jour. 4 selles par jour représente un bon chiffre. Le bébé doit commencer à reprendre du poids. En cas de problème, la mère tirera son lait pour le donner à son bébé, et la situation sera étudiée de près pour détecter la cause du problème et y remédier au plus vite.*

J5. *Le volume de l'estomac est du 43 à 57 ml, pour une sécrétion lactée atteignant ou dépassant 600 ml/jour. A ce stade, soit les choses se passent bien (tétées, urines et selles régulières), soit il est net qu'elles vont mal (bébé ictérique, léthargique...), et il est vraiment urgent de remédier au problème.*



Quelques extraits de courriers et témoignages

TEMOIGNAGES

Cathy, maman-contact-ADJ+ pour les césariennes, France; 4 grossesses, 4 enfants , 4 césariennes

et sa première fille, Julie, née en 1991 à Paris

la césarienne était prévue une semaine avant le terme, mais Julie est arrivée en réalité 15 jours avant le terme (ce détail a une importance capitale pour ce qui va suivre).

Césarienne sous péridurale. J'étais consciente, mais émotionnellement très secouée (son papa m'avait quittée 4 mois plus tôt et essayait de me convaincre à accoucher sous X la semaine précédant la naissance, mes amies m'ont soutenues moralement, mais je n'avais pas d'aide du côté de ma famille...) et plutôt paniquée.

J'ignorais tout de l'allaitement, mais j'étais déjà TRES déterminée. C'était la condition sine qua non pour y parvenir: le bébé dormait plus de 8 heures d'affilée dans la journée (conséquence de la péridurale ?), pleurait la nuit et n'avait pratiquement pas été nourri pendant les 5 premiers jours.

Impossible de le nourrir, je n'avais pas encore de montée de lait. Les infirmières ont essayé les biberons de complément, sans trop de succès. Une puéricultrice, sans doute adepte de l'allaitement maternel, a tout fait pour m'aider : soutien moral, conseils pour tenir le bébé, tétine à poser sur le bout de sein qu'elle pensait trop petit pour être pris par le bébé, puis tire-lait électrique (à ce stade, mon amour-propre a pris un sérieux coup ! Moi si pudique, je me suis vue transformée en vache qu'on trait... et devant témoins, ce qui était encore le plus dur à supporter !!!). Mais je voulais tellement y parvenir que j'étais prête à tout ! Tous ces efforts ont été vains. Finalement, la puéricultrice qui était très motivée a craqué et m'a suggéré sérieusement de renoncer. Même mes amies ne comprenaient pas mon "acharnement".

Mais moi, j'avais RENDEZ-VOUS avec mon bébé et je ne voulais pas le rater. Je VOULAIS, je DEVAIS y arriver, sans tenir compte des douleurs dues à la césarienne.

Nous avons quitté la clinique 9 jours plus tard, le bébé n'ayant pas repris son poids de naissance. Imaginez mes angoisses : je ne savais pas faire un biberon, personne ne m'avait ni expliqué ni montré, j'étais seule chez moi avec mon bébé tout neuf qui refusait de se nourrir.

J'ai contacté le centre de PMI de mon domicile et une personne est venue me voir. Coïncidence ? Le bébé s'est mis à téter ce jour-là. Cela correspondait exactement au terme. La personne de la PMI et moi-même en avons conclu que le bébé avait dormi pendant ces 15 jours pour poursuivre son développement qui aurait dû se faire intra-utérus, et s'était enfin "réveillé" au terme prévu par la nature...

Mais je ne pouvais pas encore crier victoire : selon le pédiatre, le bébé devait prendre 70 g en 10 mn. En réalité, il dormait encore beaucoup dans la journée, se réveillait beaucoup plus souvent la nuit (toutes les 2 ou 3 heures). Je me levais la nuit pour le nourrir, mais devais le peser avant et après chaque tétée, pour contrôler les prises de lait. Or, le bébé prenait 10 g... en 1 heure ! Selon les ordres du pédiatre, j'ai essayé les compléments de lait, mais j'ai fini par abandonner parce que le bébé n'en voulait pas. Le poids de naissance n'a été rattrapé qu'au bout d'un mois.

J'ai nourri le bébé de mon lait exclusivement jusqu'à 3 mois (à cette époque, on commençait la diversification dès le 3ème mois), puis j'ai remplacé progressivement les tétées les moins importantes par des aliments plus consistants. J'ai repris mon travail quand Julie a eu 6 mois et demi, mais j'ai conservé les tétées du matin et du soir jusqu'à ce que Julie finisse par refuser mon lait, elle avait alors 12 mois.



Quelques extraits de courriers et témoignages

Finalement, Julie avait conservé de sa prime enfance un petit appétit, ce qui ne l'empêche pas d'être très grande et mince, et surtout en bonne santé. Aujourd'hui, elle dévore (peut-être à cause de la pratique plus intensive du sport...).

Je voudrais insister sur les points suivant qui ont valeur très forte pour toutes:

Le bébé s'est mis à téter ce jour-là... bébé avait dormi pendant ces 15 jours pour poursuivre son développement qui aurait dû se faire intra-utérus, et s'était enfin "réveillé" au terme prévu par la nature...

Et oui! c'est très courant et pris tort pour un manque de lait; la mère doit être vigilante sur le contenu des couches, le comportement de l'enfant, son état de santé, peut-être donner le sein d'office sans attendre la demande des enfants.

Le poids de naissance n'a été rattrapé qu'au bout d'un mois.

La sortie de maternité est souvent liée à la volonté des praticiens que l'enfant doit avoir repris son poids de naissance très vite et de "prescrire" des biberons de lait industriel pour accélérer! or on sait que ce poids de naissance peut mettre 3 semaines à être atteint; l'allaitement naturel est celui qui correspond au métabolisme des bébés; qu'il devrait être conseillé de veiller à bien donner le lait [gras] de fin de tétée et non du sucre de lait artificiel.

Impossible de le nourrir, je n'avais pas encore de montée de lait.

On croit à tort que le colostrum ne nourrit pas les nourrissons, et on fait donner soit de l'eau sucrée soit "un fond" de complément artificiel: cette hérésie date d'une trentaine d'années et on continue dans l'erreur; le colostrum est largement nourrissant, il est très concentré et vu la taille des estomacs de nouveaux-nés, il ne faut pas en attendre 1/2 litre; compléter retarde la "montée de lait"; empêcher les mises au sein retarde également la "montée de lait";

Noémie, née en 1996 à Cannes

Césarienne sous péridurale prévue 15 jours avant le terme. L'anesthésiste ayant fait 4 tentatives qui se sont soldées par un échec, la césarienne a été fait sous anesthésie générale sans qu'on m'en ait avertie.

Je me suis réveillée bien plus tard. Le bébé est resté 2 jours sans que je puisse le nourrir. Le 3ème jour, il a tété 2 fois, à 6h00 et à 17h00. Il avait un appétit plus gros que celui de Julie.

Quand j'ai dû me lever, le 3ème jour, j'ai immédiatement ressenti de très vives migraines, tellement insupportables que je ne pouvais rester ni assise ni debout ! On m'a expliqué que l'anesthésiste avait piqué 4 fois dans le dos pour faire la péridurale (ce qui expliquait les douleurs dorsales que je ressentais lorsque j'étais allongée) et avait touché le rachis. L'aiguille pour la péridurale étant plus grosse que celle prévue pour un rachis, le liquide céphalo-rachidien s'écoulait par la brèche et provoquait ces terribles céphalées.

J'ai dû rester allongée durant 3 semaines avant que les migraines cessent, mais cela ne m'avait pas empêchée de nourrir mon bébé à la demande.

J'ai dû reprendre mon travail alors que Noémie avait 3 mois. J'ai dû renoncer à l'application de l'article L224-2 du Code du Travail qui permet aux mères de disposer d'une heure par jour pour allaiter leur



Quelques extraits de courriers et témoignages

enfant pendant 1 an, parce que je n'ai pu obtenir le temps partiel (article L.122-28-1 du Code du Travail) que sur intervention de l'inspection du travail auprès de mon employeur.

Après une première tentative concluante pour nourrir le bébé au biberon, nous pensions avoir trouvé la solution pour faciliter la reprise du travail, mais le bébé a ensuite refusé catégoriquement le moindre biberon, même rempli de lait maternel tiré par un tire-lait loué pour l'occasion. Nous avons dû nous résoudre à donner des petits pots de crème à la cuillère !

J'ai allaité autant que possible : le matin avant de partir au bureau, le soir dès mon retour. Mon mari faisait près de 25 km à l'heure du déjeuner pour me chercher et me raccompagner à mon travail, me permettant ainsi d'allaiter le bébé qui était gardé à la maison (ici, je remercie tout particulièrement mon mari qui était aussi déterminé que moi et m'a apporté un très grand soutien, d'autant plus qu'il était privé du plaisir de donner le biberon - je reviendrai là-dessus plus tard...). Le mercredi, le week-end, je reprenais l'allaitement total, avant l'introduction d'une alimentation diversifiée à 4 mois et demi.

Noémie a été ainsi nourrie jusqu'à l'âge de 15 mois, alors que mon lait s'est tari 2 mois avant la naissance de mon 3ème bébé. Néanmoins, elle a voulu reprendre après l'accouchement. J'ai accepté, convaincue qu'elle avait été "lésée" par la naissance du petit frère, et que je lui devais bien cela. Elle a donc tété, au grand dam des rares personnes au courant de cet allaitement tardif, jusqu'à l'âge de 2 ans et demi.

Durant cette période où j'ai allaité deux bébés aux besoins différents, mon seul souci était de ne pas contaminer le nouveau-né en cas de rhume du premier... Chacun avait donc "son" sein, le plus âgé finissant ce que le plus jeune n'avait pas bu..

Je voudrais insister sur les points suivant qui ont valeur très forte pour toutes:

allaitement et reprise du travail avec un papa très motivé,

allaitement d'un bambin, allaitement pendant grossesse, et co-allaitement!

Romain, né en 1998 à Cannes

3ème césarienne, sous rachis cette fois, 2 semaines avant le terme. C'est le seul que j'ai vu naître. Malgré les douleurs abdominales consécutives à la césarienne, je me sentais plus en forme.

J'ai pu allaiter le bébé dès le 2ème jour et aussi souvent qu'il le réclamait (5 tétées le premier jour, 7 le suivant). J'avais changé de clinique, de médecin, je me sentais plus soutenue et comprise, non seulement de mon mari, mais également par toute l'équipe médicale qui nous entourait. En plus, comme nous n'avions pas pu obtenir de place en crèche pour garder le bébé et que nous avons opté pour un congé parental à temps plein, j'étais si détendue... que j'ai pu allaiter mon bébé complètement pendant 6 mois, en même temps que Noémie qui avait droit à ses 2 tétées par jour ! Un luxe que j'ai beaucoup apprécié. Même si je me suis endormie maintes fois avec le bébé au sein. Je précise, si besoin est, que mon tour de poitrine compte un modeste 80 B et que la qualité et la quantité de lait n'est visiblement pas en rapport avec l'opulence de la poitrine. Je connais même plusieurs mères qui, malgré un tour de poitrine fort généreux, ont déclaré ne pas "pouvoir" allaiter leur bébé (cela m'a débarrassée d'un complexe qui m'avait longtemps travaillée...).

Romain, tout comme ses soeurs, s'est sevré de lui-même. Il avait 15 mois.

Charles, né en 1999 à Cannes Nouvelle et dernière césarienne, dans la même clinique, avec la même équipe que 21 mois auparavant. Malheureusement, le rachis s'est soldé par un échec.



Quelques extraits de courriers et témoignages

L'anesthésiste m'a avertie que cela se passerait sous anesthésie générale. Le bébé est né à 9h00. Je me suis réveillée dans ma chambre, encore dans le brouillard, et ce n'est que vers 18h00 que j'ai réalisé que je ne l'avais pas encore vu ! Ce n'est que le lendemain que j'ai pu commencer à le faire téter.

Les infirmières me donnaient des biberons de complément au cas où j'en aurais eu besoin, parce que je n'ai jamais été sûre d'avoir assez de lait. Mais je les ai très rarement utilisés. La puéricultrice, d'un ton qui n'admettait aucune contestation, a bien essayé de m'imposer une tétée "toutes les 4 heures", mais elle n'avait pas trop réagi quand elle me voyait nourrir le bébé à ma guise, ou plutôt à la demande du bébé, ce qui pouvait se traduire par des intervalles de 5 heures... à 30 mn !

Durant les premiers jours, le bébé tétait avec tant de vigueur que cela a provoqué des crevasses très douloureuses qui m'ont fait grimacer à chaque tétée, mais tout rentrait dans l'ordre grâce à des massages au Bépanthène.

Aujourd'hui, Charles a 10 mois. Il y a un peu moins de 2 mois, j'ai entamé la "diversification" alimentaire : Charles a commencé à goûter des fruits (poire fondante, petits pots de pommes), des légumes et très peu de viande (toujours en petits pots, garantie pour moi de lui donner ce dont il a besoin).

Françoise Coudray m'a encouragée à prolonger l'allaitement aussi longtemps que je le souhaitais. J'ai donc ralenti la diversification. Charles mange des légumes, des fruits, une fois, voire deux dans la journée. Le reste : tétée.

A voir son air épanoui, ses bonnes joues, et l'admiration des autres, je continue jusqu'à ce que Charles réclame autre chose que le lait maternel.

Et en cette époque de vache folle, poulet à la dioxine et autres poisons, je ne suis pas pressée de lui faire manger n'importe quoi !!!

On connaît plus ou moins bien les avantages de l'allaitement maternel pour les bébés. Une chose dont on ne parle que très peu, ou pas du tout : les bénéfices pour la maman qui allaite.

J'ai pu constater, notamment avec mes derniers bébés, que l'allaitement a un rôle important dans ma forme. En effet, j'ai perdu après chaque naissance les kilos emmagasinés durant les grossesses, et sans faire de régime, j'ai même perdu 5 kilos par rapport à mon poids d'origine (il semble que ce soit le papa qui les ait récupérés...). J'ai 41 ans aujourd'hui, et j'espère seulement ne pas grossir quand l'allaitement sera terminé... Sur le plan santé, c'est pareil : j'ai démarré plusieurs fois des angines, des rhumes. Durée moyenne de ce genre de pathologie chez moi : deux semaines. Durant l'allaitement, j'ai senti les signes précurseurs de ces maladies, deux jours, puis, plus rien. Et cela sans prendre de médicament ! Il y a peu, j'ai même consulté mon gynécologue car je craignais d'avoir une infection urinaire. Par précaution, il m'a prescrit un léger traitement antibiotique compatible avec l'allaitement, mais l'infection s'était résorbée d'elle-même !

Je pense que la Sécurité Sociale aurait tout intérêt à promouvoir l'allaitement maternel le plus longtemps possible !!! Tout le monde y gagnerait : les bébés, les enfants seraient moins malades, les mamans aussi, il y aurait moins d'absentéisme dans les entreprises et le trou de la Sécu serait moindre.

Bien sûr, cela ne ferait pas l'affaire des industriels de l'alimentation, mais ils pourraient toujours produire d'autres aliments.



Quelques extraits de courriers et témoignages

Je voudrais insister sur les points suivant qui ont valeur très forte pour toutes: Les infirmières me donnaient des biberons de complément au cas où j'en aurais eu besoin, parce que je n'ai jamais été sûre d'avoir assez de lait.

Les professionnels de la santé devraient plutôt: vérifier si l'allaitement est bien conduit, informer la maman des principes d'or pour une bonne lactation et cesser de proposer des biberons aux mères qui allaitent! La puéricultrice, d'un ton qui n'admettait aucune contestation, a bien essayé de m'imposer une tétée "toutes les 4 heures",

L'allaitement doit se faire à la demande de l'enfant! on n'est pas dans le cadre d'un lait de vache prévu pour des veaux et qui doit être quantifié y compris dans sa fréquence de repas; Un cas exceptionnel: l'enfant qui dort beaucoup, doit se voir proposer le sein à la demande de la mère, toutes les 2 heures.