LE BÉBÉ BIEN PORTANT QUI NE TÈTE PAS, QUI DORT OU QUI « REFUSE » LE SEIN

Le groupe préconise d'intervenir en prévention si l'enfant n'a pas pris (ou repris) le sein dans les 6 h qui suivent sa sortie de salle de naissance (8 h de vie).

De manière générale, ANTICIPER sans attendre des signes cliniques supplémentaires (perte de poids, hypoglycémie, ictère aggravé, etc.).

1- UN TEMPS D'OBSERVATION

- Comportement du bébé (cf. Fiche 10 : Comportement du nouveau-né en maternité)
- Observation d'une tétée (cf. Fiche 6 : Observation d'une tétée)
- Examen des seins (cicatrices, mamelons ombiliqués, etc.)
- Vérification du frein de langue

2- LES POINTS ESSENTIELS

=> Limiter les pertes d'énergie :

- Proposer le contact peau à peau prolongé
- Surveiller le comportement du bébé
- Retarder le bain

=> Informer les parents :

- Repérage des signes d'éveil et rythme tétées / sommeil, cf. Fiche 10 : Comportement du nouveau-né en maternité et Fiche 15 : Aide à la prise du sein
- Éviter tétines et sucettes
- Peau à peau prolongé et proximité 24/24h avec la mère

=> Alimenter l'enfant : expression manuelle (éventuellement tire-lait) du colostrum

- Don de colostrum à la cuillère ou à la seringue, aux signes d'éveil sans attendre les pleurs, soit environ 8 à 12 fois /24h
- Après H24, quand le bébé est éveillé, la tasse peut aussi être utilisée
- Si l'enfant prend le sein, augmenter le transfert de lait avec :
  - Compression mammaire (cf. photo ci-contre et Fiche 15)
  - Alternance : changer de sein dès qu'il y a ralentissement du rythme de succion

=> Soutenir les parents

3- Suggestions pour les causes les plus fréquentes

Causes fréquentes du côté du bébé

- **Hypersensibilité de la tête** (si la mère ou un professionnel a appuyé sur la tête de l'enfant pour la prise du sein ou en cas de douleur)
- **Préférence sein-biberon** (si l'enfant a reçu des biberons, parfois un biberon suffit à perturber les réflexes de l'enfant)
- **Difficulté de succion**
  l'enfant ne maintient pas le sein en bouche,
  ou fait quelques succions et lâche le sein,
  ou prend le sein sans mouvement de succion observable)

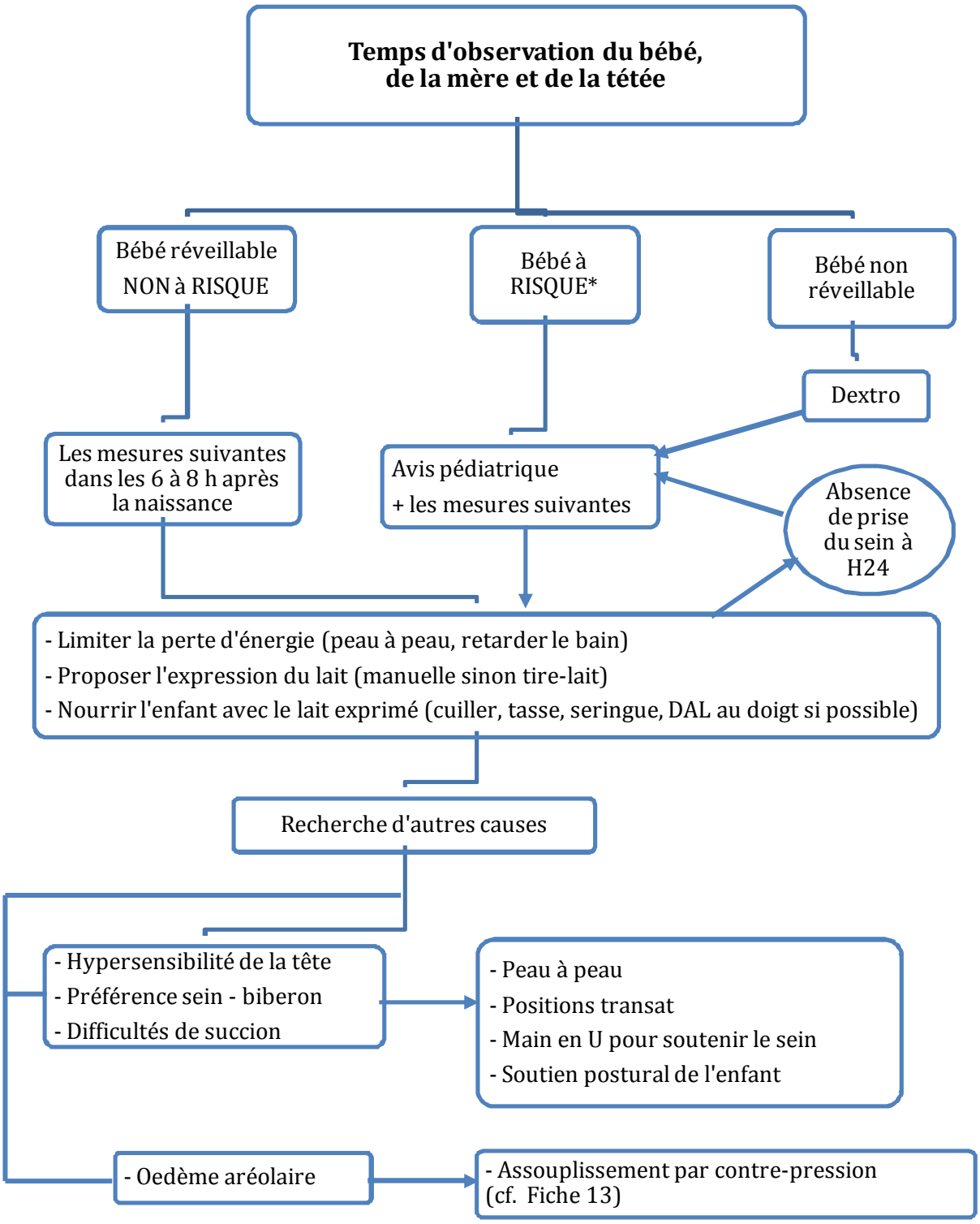
Ce qu'on peut proposer à la mère (Cf. Fiche 15)

- **Contact peau à peau prolongé** (sinon proximité mère-enfant pour favoriser et repérer plus aisément les signes d'éveil)
- **Positions de type transat** (sinon madone inversée)
- **Présentation du sein avec la main en U** dans un moment où l'enfant est calme (dans un demi sommeil ou après l'avoir apaisé)
- **Soutien postural** de la nuque et du dos de l'enfant, permettre à l'enfant d'avoir un appui plantaire
- **Expression manuelle fréquente de colostrum et don à la seringue** (surtout si l'enfant est profondément endormi) **ou à la cuillère** (à privilégier si l'enfant est éveillé)

Cause fréquente liées à la mère	•**Œdème des aréoles de la mère** (en cas de perfusions importantes pendant le travail ou en cas d'engorgement)
Ce qu'on peut proposer à la mère	•**Assouplissement des aréoles** par contre-pression juste avant la tétée ou l'expression manuelle de colostrum (cf. Fiches 11 et 13)

4- Quand demander un avis pédiatrique ?

- Bébé réveillable mais n'a pas pris le sein à H24 (alimenté par don de colostrum de préférence)
- Bébés à risque (cf. Fiche 9 : Comportement du nouveau-né en maternité)
- Bébé impossible à réveiller



* bébé à risque : cf. Fiche 9 : Comportement du nouveau-né en maternité.