

Biological nurturing: «une approche qui incite la mère à être proactive dans son allaitement»

Un allaitement guidé par l'instinct plutôt que des protocoles? Oublier les conseils de position et se fier à ce qu'il y a de plus naturel? C'est l'approche défendue par Suzanne Colson, professeure, sage-femme, chercheuse et docteure en Lactation humaine, à l'origine du concept de *biological nurturing*.

PROPOS RECUEILLIS PAR CLAUDE DIDIERJEAN-JOUVEAU,
GRANDIR AUTREMENT, ET FLEUR CHRÉTIEN, VANILLAMILK



Comment définissez-vous le biological nurturing (BN)?

Suzanne Colson: Diverses instances professionnelles suggèrent que l'allaitement maternel est un acte naturel. Et pourtant, simultanément, notre héritage génétique est souvent dévalorisé. Aujourd'hui, on rend la mère incompetente, on supprime le côté instinctif de l'allaitement. C'est pour cela qu'on entend de nombreuses mères dire «je vais allaiter si je peux».

L'Organisation mondiale pour la Santé recommande par exemple de montrer aux mères des techniques de «mise au sein» et de leur enseigner les signes précoces d'éveil qui indiquent que le bébé est prêt à téter. Cette vision classique promeut un allaitement «à la demande» du bébé. Les premiers jours, en suivant ces instructions, beaucoup de mères attendent des heures pour que leur bébé se réveille pour la mise au sein. C'est l'allaitement à la demande et c'est le bébé qui mène le jeu. En quelque sorte, la vision classique suggère que le bébé est plus compétent que sa mère.

Le BN, ou «allaitement instinctif», n'est ni une position semi-allongée de la mère, ni un nouveau dogme d'enseignement. C'est plutôt une approche qui incite la mère à prendre en charge son allaitement. Les mères sont encouragées à garder leur bébé endormi à la bonne adresse (c'est-à-dire sa joue sur le sein) et à aider leur bébé à le trouver et à le prendre. C'est un allaitement maternel où la mère participe; elle est actrice, proactive.

L'allaitement instinctif introduit un nouveau paradigme qui met en lumière la relation mère-bébé. En pratiquant le BN, le confort maternel prime. Les postures adossées, demi-assises de la mère optimisent le regard bienveillant et les échanges visuels avec son bébé. Spontanéité et réciprocité sont les mots d'ordre, les maîtres des instincts qui répondent aux besoins des premiers jours. Ce nouveau paradigme pose un défi à la vision classique du démarrage de l'allaitement maternel.

«En pratiquant le BN, le confort maternel prime. Les postures adossées, demi-assises de la mère optimisent le regard bienveillant et les échanges visuels avec son bébé.»

Quand et comment est né le concept de BN? Sur quelles bases s'appuie-t-il?

Le concept de BN est né de mes recherches sur les réflexes archaïques des nouveau-nés qui correspondent aux comportements innés, involontaires pouvant aider ou entraver la mise au sein (selon la position de la mère). J'ai reconfiguré 17 de ces réflexes archaïques dans des contextes d'allaitement au biberon et au sein.

Il est important de savoir que le fœtus commence à développer toute sa capacité neurologique durant sa vie fœtale. Les connexions neuronales se créent durant les six à huit premières semaines de sa vie de nouveau-né. C'est l'état de sommeil paradoxal – ou l'état qui domine le sommeil indéterminé du fœtus et du nouveau-né – qui aide le développement neurologique. C'est dans cet état de sommeil agité dit paradoxal qu'il est le plus adapté d'allaiter le bébé car il permet de conditionner ses réflexes d'allaitement et de développer la mémoire.

Le BN, pour les professionnel-le-s, est une méthode d'observation de comportements

d'allaitement basée sur le développement neurologique du bébé (*neural behaviours*). Le concept repose sur six mécanismes et six composantes, basés sur l'observation.

Quelle est votre vision de l'allaitement?

L'allaitement est d'abord une relation, à la différence de l'alimentation au biberon, qui est, elle, une méthode et non une relation. Le lait maternel est le résultat de cette relation, et non l'inverse. Durant la grossesse, on se focalise beaucoup sur l'accouchement qui dure 48 h au maximum. Alors que l'allaitement est une véritable activité de tous les jours, une activité vitale que la mère et le bébé font ensemble, tous les deux.

Il est donc important de mieux comprendre les mécanismes et de mettre en évidence le caractère instinctif de l'allaitement pour les mères. Tout comportement inné maternel a été supprimé par l'idée d'enseigner aux mères comment allaiter. Plus on enseigne, moins il y a d'instinct.

Par ailleurs, ce qui est généralement enseigné n'est pas basé sur la recherche. On parle par exemple de la position du bébé en ballon de rugby. Combien de mères vont comparer leur bébé à un ballon de rugby?

Certaines recherches dans les années 1980 ont été menées sur les activités buccales et le positionnement du mamelon maternel dans la bouche du bébé par exemple. Mais c'est un saut dans l'inconnu à extrapoler sur les bonnes positions pour l'allaitement...

J'ai pour ma part étudié les positions et les états de conscience du bébé. J'ai alors constaté que les positions classiques recommandées entravaient souvent la prise au sein. Par exemple, les bébés tètent beaucoup mieux en état de sommeil, comme je l'ai dit auparavant, ce qui n'est pas du tout enseigné à l'école de sage-femme. Ce qu'on dit, c'est qu'il faut allaiter quand le bébé est dans un état d'éveil calme. Ceci est très compliqué. En effet, en éveil, le bébé change vite d'état alors que c'est pendant le sommeil paradoxal que le bébé développe sa mémoire et coordonne le mieux les trois fonctions succion, déglutition et respiration. Il est donc faux de dire aux mères qu'il faut attendre que le bébé soit réveillé pour l'allaiter.

Pourquoi, selon vous, les positions habituellement indiquées sont-elles anti-physiologiques?

Dans ces trois positions (madone, madone inversée, ballon de rugby), la mère est assise et le bébé est «en transverse», perpendiculaire à son corps.

Or, on sait que si, vers la fin de la grossesse, le fœtus est en transverse, ce n'est pas du tout de bon augure pour l'accouchement. Cela veut dire que dans toutes ces positions d'allaitement «en transverse», on force les nouveau-nés à être dans une position qui, la veille encore, était considérée comme anormale, problématique! Pas étonnant que beaucoup de bébés n'arrivent pas à prendre le sein. En fait, je pense que tout ce qu'on a dit sur la prise «correcte» du sein correspond plutôt à des bébés en difficulté, en position anormale en fin de grossesse.

En quoi le BN est-il différent?

Le BN est basé sur la continuité de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine. Il s'agit d'observer la position que le bébé prend spontanément, sans ce forçage de le mettre en transverse.

Quand la mère est assise en appui dorsal, elle se met juste un peu en arrière, son corps calé confortablement contre le dos du sofa, elle ouvre son torse, bébé a plus de place. Ce degré d'inclinaison optimise le contact des yeux entre elle et son bébé qui reprend souvent spontanément la position qu'il avait dans le ventre grâce à ses réflexes archaïques.

Ajoutons que le corps de la mère a lui aussi le souvenir de la position de son bébé dans son ventre. Si bébé a du mal à prendre le sein, la mère va aider. Spontanéité, complicité et réciprocité sont des mots d'ordre. C'est ça, l'allaitement instinctif.

Quelles sont pour vous les conditions pour que s'exprime cet «instinct d'allaitement»?

Déjà, il faut arrêter de penser que les professionnel-le-s doivent montrer aux mères comment allaiter, car, de cette façon, on étouffe tous les instincts. On peut aussi engendrer un sentiment d'incompétence chez la mère. Nous avons hyper-médicalisé l'allaitement maternel. Aujourd'hui, les mères ont besoin de se réapproprier leur allaitement. C'est souvent elles qui initient cette danse innée mère-bébé.

Si l'on voit la mère en post-partum et que le bébé est dans son berceau, on va l'encou-

rager à prendre son bébé pour qu'il soit «à la bonne adresse». Souvent, elle dit: «je ne savais pas que c'était permis». On a tellement l'idée que la place du bébé, c'est dans son berceau, pas sur le corps de la mère... «Mais il dort», dit la maman. «Vous savez, au départ, la plupart des bébés prennent le sein quand ils dorment; regardez votre bébé, ses yeux bougent sous les paupières fermées, c'est vraiment l'état optimal pour téter!» On veille à ce que le bébé soit placé en pente physiologique et contact ventral continu avec le corps de sa mère. On ne va pas suggérer que la mère se mette en «position transat» ou «semi-allongée» car la plupart ne trouvent pas cela naturel au départ. On va plutôt veiller à son confort. De même que pour le peau à peau. Un contact nu peut être un moment délicieux pour la mère et bébé et je suggère que toutes les mères l'essaient, surtout les premières heures après l'accouchement. Cependant, si la mère est gênée par la nudité, ou si elle manque d'intimité, la pulsativité de l'ocytocine peut vite diminuer.

Quels sont les effets du BN sur les bébés?

Avec le BN, les bébés acquièrent une maturité du système moteur beaucoup plus rapide car ils ne subissent pas de pression dorsale, ni de pression sur le cou. Contrairement à l'allaitement classique où on bloque tout une partie du corps.

En BN, le bébé développe sa motricité croisée. Il se développe mieux quand il ressent qu'il est un quadrupède – ce qui est le cas des bébés dans ses premiers mois de vie –, avec un besoin de contact ventral continu pour téter, qui stimule les réflexes archaïques. Le BN, c'est le «tummy time» au naturel!

Quels ont été vos constats concernant les femmes qui allaitaient? Et concernant la formation du personnel soignant (de maternité)?

Je trouve que les mères sont «mères-veilles» (c'est un jeu de mots qui me plaît!): elles protègent le bébé spontanément, de façon instinctive, quand leur bébé est à la bonne adresse, endormi joue contre le sein ou en train de téter activement. A condition qu'on ne leur dise pas ce qu'elles doivent faire. Or, aujourd'hui, on crée une incompétence maternelle acquise.

Quand le bébé vient de naître, le personnel soignant le met sur le corps de la mère allongée. Souvent la mère ne peut pas regarder



Fabien Johann

son bébé. Ni même le protéger. Elle ne peut pas accomplir sa mission de «mère-veilleuse». Ensuite, on appelle un-e expert-e (sage-femme ou puéricultrice) qui lui montre comment mettre le bébé au sein. Je ne suis pas d'accord avec cette pratique. Elle enlève à la mère tous ses instincts.

D'ailleurs, des recherches récentes ont prouvé que les positions recommandées actuellement sont souvent à l'origine des mamelons douloureux. D'autres pratiques, comme la pesée quotidienne, créent l'anxiété et la peur. La peur et l'anxiété sont des ennemis de l'allaitement. Ce qui explique que de nombreuses femmes, qui souhaiteraient ardemment allaiter, arrêtent au bout de deux semaines, ou trois mois tout au plus.

Quel rôle les professionnel-le-s de santé peuvent donc jouer dans le processus?

Les recherches en BN démontrent que le rôle des professionnel-le-s (sages-femmes, pédiatres, puéricultrice-s, consultant-e-s en lactation) n'est pas de gérer l'allaitement mais plutôt de créer un environnement propice aux déclenchement des pics d'ocytocine. Une pulsativité élevée d'ocytocine est non seulement le carburant d'un allaitement réussi mais elle permet le réveil des capacités innées des mères à allaiter. En BN, les mères apprennent comment allaiter à leur façon: c'est une découverte personnalisée, individuelle.

Pour le personnel soignant, l'accompagnement BN est une véritable méthode d'observations des comportements d'allaitement.



Nouvelle étude: Efficacité de l'approche du *biological nurturing* dans les problématiques précoces d'allaitement

Voici une étude contrôlée randomisée juste sortie de presse en mars dernier, menée par l'équipe de la maternité de l'*Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico* Burlo Garofalo à Trieste (Italie).

Le but de cette étude était de vérifier que le soutien par le *biological nurturing* (BN) apportait une aide dans la prévention des mamelons douloureux, souvent la cause des arrêts précoces d'allaitement.

L'intérêt de l'étude est d'avoir été mise en place sans grand changement, uniquement 6h de formation en approche du BN pour tout le personnel soignant s'occupant des femmes et nouveau-nés. Les seuls ajustements nécessaires ont été de pouvoir disposer de plus de coussins (supposition) dans les lits de maternité, afin que les mères puissent s'installer en position semi inclinée, dos appuyé contre des coussins, confortablement. Les plus grands changements résident dans la manière dont les mères sont accompagnées et pour cela, les professionnel-le-s ont été motivé-e-s par une équipe formée et aussi étaient déjà plus fortement sensibilisé-e-s à l'allaitement maternel de par leur label «Ami des bébés» acquis en 2014.

Les résultats sont particulièrement impressionnants pour les mamelons fissurés, avec une réduction du risque relatif de 58% à la sortie (RR 0,42; 95%, IC 0,24-0,74), de 60% (RR 0,40; 95%, IC 0,22-0,74) sept jours après la sortie et de 68% à 120 jours (RR 0,32; 95%, IC 0,07-0,48). Des résultats suffisamment limpides pour que les professionnel-le-s que nous sommes se questionnent. A bon entendeur!

Patricia Hildebrandt-Bydzovsky

Le défi, c'est tout d'abord de comprendre les composants et mécanismes BN et comment l'accordage des positions mère-bébé déclenchent les réflexes archaïques primaires de la prise de sein. Surtout, on apprend à ne pas perturber ou intervenir. En BN il n'y a pas une seule prise de sein «correcte». La prise de sein correcte est celle qui marche: efficace et non douloureuse.

Vos formations BN s'adressent notamment aux consultant-e-s en lactation (IBCLC). Cela signifie-t-il que l'expertise de BN est complémentaire de celles des consultant-e-s en lactation?

J'ai beaucoup de consultantes IBCLC en formation. Au départ, elles sont choquées, mais c'est très complémentaire de leur expertise.

Des études ont-elles prouvé l'intérêt du BN?

Les résultats d'une étude randomisée contrôlée récemment publiée (*voir ci-contre*) démontrent que, dans un hôpital de troisième niveau à Trieste en Italie, et par rapport à l'approche du cours de 20 heures de l'OMS/UNICEF, l'approche BN a réduit, de manière significative statistiquement, l'incidence des problèmes de sein pendant le séjour à l'hôpital et après la sortie. Les problèmes de sein sont la principale raison pour laquelle les mères arrêtent inopinément leur allaitement. Ces résultats montrent que l'approche BN a le potentiel de prévenir environ la moitié des problèmes de sein lors de l'initiation et de la mise en place de l'allaitement maternel. Il n'est pas surprenant que les chercheur-euse-s aient constaté une tendance à l'augmentation des taux de l'allaitement exclusif dans le groupe BN à chaque point suivi.

Effectivement, les taux d'allaitement exclusif à cinq mois sont déjà élevés à Trieste. Une autre étude historique menée en cabinet pédiatrique labellisé «Ami des bébés» avait pour objectif l'évaluation de l'efficacité de l'approche BN comparé à l'approche clas-

sique de l'OMS qui s'appuie sur l'enseignement des techniques d'allaitement maternel. À cinq mois 62,3% des mères utilisant l'approche BN allaient exclusivement, comparé au taux de 30,3% pour la population infantile de Trieste.

Que peut-on dire aux futures mères pour se préparer?

Je dis souvent aux femmes enceintes: «vous avez déjà des comportements instinctifs de maternage, vous connaissez votre bébé, vous «voilez» votre ventre souvent, ce qui lui fait des caresses. Le garder à la bonne adresse (au lieu de le mettre dans un berceau) pendant ses premières 48 heures aide à établir la relation.

De plus, les bébés nés à terme et en bonne santé arrivent au monde bien nourri. En gardant le bébé à la bonne adresse pendant 48 heures, voire trois jours, quand il y a peu de lait, vous l'aidez à gérer le flux. Endormi au sein, il peut sucer, déglutir, et vider le sein, à plusieurs reprises sur une période de trois à quatre heures. Tout cela se fait en douceur, sans avoir à attendre les «signes précoce d'éveil». Il faudrait bannir cette expression de nos pratiques: les mères n'ont pas à attendre, à passer leur temps à guetter. Elles peuvent être proactives!

Alors faisons en sorte que l'instinct d'allaitement ne soit plus étouffé et que toutes les mères puissent être des mères-veilleuses!» ◉

Cet entretien reprend en partie des interviews donnés par Suzanne Colson, dans le magazine *Grandir autrement*, www.claude-didierjean-jouveau.fr, et pour le blog de *VanillaMilk*, <https://vanillamilk.fr>, plateforme française de mise en relation dans le domaine de l'allaitement maternel.

ENTRETIEN AVEC



Suzanne Colson

sage-femme, chercheuse et docteure en lactation humaine. Co-fondatrice de la Leche League (LLL) France, elle a été nommée en 2017 chercheuse principale honoraire attachée à l'Université Christ Church de Canterbury (Royaume Uni). Elle est membre du comité scientifique de la Coordination française pour l'allaitement maternel.

Références

Colson, S. (2019) *Biological nurturing: instinctual breastfeeding*. Londres: Ed. Pinter & Martin.

Milinc, M., Travan, L., Cattaneo, A. et al. (2020)

Effectiveness of biological nurturing on early breastfeeding problems: a randomized controlled trial. *International Breastfeed Journal*; 15, 21. doi.org/10.1186/s13006-020-00261.4