

Troisième édition



# *Allaitement maternel*

*Guide à l'usage  
des professionnels  
de la santé*







## Chaque allaitement est unique...

Il demande une approche nuancée et personnalisée.

Il est important que la maman entende pendant sa grossesse puis tout au long de son allaitement, un discours cohérent et adapté à sa situation de la part des professionnels qui l'accompagnent.

Une formation actualisée en allaitement maternel confère à ceux-ci une cohérence dans les conseils donnés et influe positivement sur la durée de l'allaitement maternel.

Ce guide cherche à améliorer la compréhension de la physiologie de l'allaitement.

Il met aussi l'accent sur l'importance d'un bon démarrage de la lactation, du respect des rythmes évolutifs du bébé, et évoque des situations particulières.

L'ensemble du texte concerne des enfants nés à terme et en bonne santé.

Nous espérons que ce guide vous aidera et vous encouragera à respecter les compétences de la jeune mère et de son bébé.

Le rôle des professionnels est d'apporter aux parents une information éclairée afin de renforcer leur autonomie.

## Pour des mamans et des bébés plus autonomes...

### • DES AVANT LA NAISSANCE...

Dans nos sociétés, l'allaitement maternel ne relève souvent plus de la tradition familiale.

Certains futurs parents connaissent mal ses bienfaits, sa pratique et aussi ses difficultés.

Des informations précises et complètes, données à de multiples reprises au cours de la préparation à la naissance, leur permettront de prévenir ou de gérer ces difficultés et de vivre plus sereinement leur choix.



- APRÈS LA NAISSANCE...

Durant le séjour en maternité, une bonne transmission des informations, éventuellement écrites, entre soignants, permettra aux équipes, tant de jour que de nuit, d'adopter une attitude cohérente.

Il importe que soit communiquée aux parents une liste de professionnels, ou d'associations de soutien à l'allaitement maternel, pouvant les accompagner après le séjour à la maternité.





## Sommaire

1. L'allaitement se prépare bien avant la naissance . . . . .	7
2. Le sein, une glande prévue pour produire du lait. . . . .	17
3. Physiologie de la lactation. . . . .	21
4. Les avantages de l'allaitement . . . . .	27
5. Téter : un geste précis à ne pas perturber . . . . .	29
6. La première tétée ou le temps de l'apprivoisement . . . . .	33
7. Les premiers jours : le temps de l'adaptation . . . . .	37
8. La lactogénèse . . . . .	43
9. Les rythmes du nouveau-né . . . . .	45
10. Les états de veille-sommeil du nouveau-né . . . . .	47
11. Qu'en est-il des compléments ? . . . . .	49
12. Conditions pour un bon démarrage . . . . .	51
13. Des situations particulières . . . . .	53
14. Des incidents ? . . . . .	57
15. Des techniques et accessoires parfois utiles. . . . .	65
16. Conservation du lait maternel . . . . .	71
17. Allaitement et contraception. . . . .	73
18. Durée de la lactation. . . . .	75
19. La reprise du travail . . . . .	77
20. Le sevrage . . . . .	79
Associations d'aide et d'encouragement à l'allaitement maternel . . . . .	80
Associations de professionnels . . . . .	82
Pour la promotion de l'allaitement . . . . .	83
Publications spécialisées pour professionnels . . . . .	83
Publications pour tout public. . . . .	87
Sites web autour de l'allaitement maternel. . . . .	89





## 1. L'allaitement se prépare bien avant la naissance

Le choix du mode d'alimentation du nourrisson est influencé par maints facteurs. C'est dire l'importance des messages véhiculés par l'éducation, l'environnement social et familial, les médias, ... mais aussi par les professionnels de la santé.

Les parents n'évoquent pas toujours spontanément le sujet de l'alimentation et, dans le cadre des visites prénatales, les professionnels n'hésiteront pas à aborder la manière dont le bébé sera nourri.

### • LE DIALOGUE : LA CLÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT

Pendant la grossesse, diverses occasions se présentent pour engager le dialogue sur l'alimentation du nouveau-né : les consultations chez le gynécologue ou la sage-femme, les « monitoring » de contrôle, les réunions d'information et de préparation à la naissance, etc.

L'information des futurs parents doit être réfléchie. Elle aura d'autant plus d'impact qu'elle sera cohérente. Pour les professionnels, il s'agit de rencontrer les attentes des couples, de partir de ce qu'ils connaissent, de prendre le temps d'écouter leurs questions, de chercher avec eux les réponses, de trouver les mots justes, de vérifier comment les messages sont compris, de respecter leurs choix et de les renforcer dans leurs compétences...

Lors de tous ces échanges, il est important que le professionnel prenne du recul par rapport à son propre vécu. La mère doit se sentir entendue, sans jugement de valeur ni préjugés.

Une écoute active permet à la mère d'exprimer ses sentiments, de les clarifier et parfois de résoudre un problème par elle-même. Le professionnel sera attentif au langage à la fois verbal et non-verbal *utilisé de part et d'autre*.

### • LES PROFESSIONNELS À LA RENCONTRE DES CHOIX DES FEMMES

Le professionnel peut se retrouver face à une femme qui n'a pas encore réfléchi au mode d'alimentation de son futur enfant, qui hésite ou qui a déjà pris sa décision.



Quel que soit le choix de la femme, il sera à son écoute, évaluera une éventuelle contre-indication médicale, entendra l'importance qu'elle donne aux images personnelles et sociales d'une femme qui allaite, ainsi qu'aux images qu'elle associe à l'alimentation au biberon. Il saisira toute occasion pour apporter à la femme et à son entourage une information complète, juste et pratique, pour leur permettre d'entrer en contact avec des mères ayant de l'expérience, et pour entendre l'évolution de leurs désirs.

Il laissera la possibilité à une mère indécise d'expérimenter une ou plusieurs tétées, à la naissance, avant de prendre sa décision.

- **DE L'INFLUENCE DES PÈRES**

Le futur père influence et joue un rôle prépondérant dans la décision du mode d'alimentation et dans le soutien quotidien à la mère.

Le professionnel veillera à l'associer aux informations qui sont données. Il lui donnera l'occasion d'exprimer ses préoccupations et les questions relatives à son nouveau rôle.

Il est donc important qu'il ait, lui aussi, accès à une information de qualité.

- **A LA RENCONTRE DES PRÉOCCUPATIONS DES FUTURS PARENTS**

Les préoccupations des parents sont bien sûr singulières et variées, reflétant leurs émotions, leur histoire et culture, leurs désirs, conflits et craintes. Aucune n'est banale. C'est pourquoi les éluder, les minimiser ou les contrer ne ferait que les renforcer.

Certaines questions reviennent plus fréquemment. Les éléments de réponses proposés, ici, suggèrent des pistes de dialogues possibles, en consultation individuelle ou au cours d'une séance collective de préparation à la naissance. C'est une écoute attentive et active qui orientera le mieux le professionnel vers l'une ou l'autre piste.



### *« L'allaitement va-t-il abîmer mes seins ? »*

Il n'y a pas de réponse générale. Cependant, il semble que ce soit plus la grossesse que l'allaitement qui modifie la poitrine. L'évolution du volume des seins et l'élasticité cutanée des tissus diffèrent d'une femme à l'autre. Les modifications esthétiques des seins s'observent tant pendant l'adolescence et la grossesse, que lors de la période d'allaitement.

Durant la grossesse et l'allaitement, on recommande le port d'un soutien-gorge adapté. Lors de l'allaitement, la prévention la plus efficace est d'éviter les brusques changements de volume. (voir Engorgement)

### *« Je vais être bloquée à la maison avec mon bébé »*

Il est possible d'emmener son enfant avec soi presque partout et de l'allaiter. Si nécessaire, la mère peut tirer son lait pour le faire donner par une autre personne.

### *« Je ne me sens pas à l'aise à l'idée d'allaiter devant des personnes que je ne connais pas bien »*

Il est tout à fait possible d'allaiter sans exposer ses seins, de manière discrète, en portant des vêtements appropriés.

### *« Je n'ai pas envie que le papa se sente exclu si j'allaite »*

En ayant une autre forme de relation avec son bébé, le père lui permet d'intégrer dès la naissance que le monde est composé d'êtres différents. L'enfant apprend que l'amour ne passe pas obligatoirement par la nourriture.

L'allaitement maternel peut être aussi bien source de frustration que de fierté pour les pères. Les relations père-enfant affectives et corporelles telles que le bain, le portage, le massage, le peau à peau... méritent d'être encouragées, dès la naissance.

### *« L'allaitement a-t-il un effet sur le désir sexuel dans le couple ? »*

Ce n'est pas tant l'allaitement que le bouleversement physique et émotionnel de la naissance qui va « chambouler » les deux personnes d'un couple et



ainsi induire des variations dans leurs désirs sexuels. Toutefois, l'allaitement retarde le retour de l'ovulation et du climat hormonal qui en dépend. Certains facteurs liés à l'accouchement peuvent influencer le désir sexuel : sensibilité ou douleur au niveau vaginal, dépression post-natale, fatigue, nouvel investissement affectif...

D'autres facteurs liés à la lactation peuvent influencer la vie sexuelle : un volume plus important des seins et leur hypersensibilité, parfois proche de l'inconfort, une sécheresse vaginale pour laquelle un lubrifiant peut être suggéré, la présence de l'enfant allaité dans le lit parental, des pertes de lait pendant les rapports sexuels, l'image érotique du sein mise en compétition avec sa fonction nourricière...

Mais l'allaitement peut aussi mettre en valeur le corps de la femme, souligner sa féminité et augmenter sa confiance en elle.

On ne peut donc qu'encourager les nouveaux parents à dialoguer. L'approbation de l'allaitement et le soutien par le père sont autant de facteurs favorisant de bonnes relations dans le couple.

*« Est-ce que cela vaut la peine de commencer à allaiter si je dois reprendre le travail rapidement ? »*

L'allaitement si court soit-il permet déjà au bébé et à la mère de bénéficier de certains avantages de l'allaitement. (voir Avantages de l'allaitement)

*« Est-ce que cela vaut la peine de continuer à allaiter mon bébé après la reprise du travail ? »*

Quel que soit son âge, l'enfant continue à bénéficier des avantages nutritionnels et immunologiques du lait maternel. C'est particulièrement précieux pour les enfants qui entrent en collectivité. D'autre part, les enfants allaités sont moins souvent malades et l'absentéisme professionnel des parents est moins important. Enfin, beaucoup de mères témoignent d'un meilleur vécu des séparations du couple mère-enfant grâce aux « tétées retrouvailles ».

Concilier allaitement et travail est devenu plus facile en particulier depuis la législation relative aux pauses d'allaitement, ce qui permet aux femmes de pouvoir tirer leur lait sur leur lieu de travail. (voir Reprise du travail)



Se préparer à la reprise du travail et s'organiser facilite la poursuite de l'allaitement.

*« J'ai envie d'allaiter mon bébé, mais je ne sais pas si j'aurai assez de lait »*

Les femmes sont capables de produire du lait en quantité suffisante, hormis quelques exceptions.

Quelques règles simples favorisent un transfert optimal du lait de la mère vers l'enfant. Ainsi, il est indispensable que l'enfant tète de manière efficace et qu'il ait accès au sein sans restriction. (voir Téter : un geste précis à ne pas perturber et Conditions pour un bon démarrage)

### QUELQUES IDÉES REÇUES

*Ma mère n'a pas pu me nourrir, donc je n'y arriverai pas...*

Chaque allaitement est unique. A de rares exceptions près, toutes les femmes peuvent produire suffisamment de lait pour répondre aux besoins de leur enfant.

*J'ai des petits seins, donc je n'aurai pas assez de lait.*

Les petits seins sont aussi capables de produire du lait en suffisance que les seins volumineux, puisque la glande mammaire proprement dite a sensiblement la même taille chez toutes les femmes.

*Il faut boire beaucoup pour avoir assez de lait.*

Ce n'est pas exact. Il suffit que la mère boive à sa soif. Si elle boit au-delà de ses besoins hydriques, elle ne produira pas plus de lait.

*Si je suis fatiguée, je n'aurai pas assez de lait.*

Il n'est pas démontré que la fatigue a une incidence directe sur la quantité de lait produite, mais elle peut entraîner une moindre disponibilité à allaiter sans restriction.



### *« Mon lait sera-t-il assez nourrissant pour mon bébé ? »*

La toute grande majorité des femmes produisent un lait qui répond seul à tous les besoins de leur enfant en tout cas jusqu'à l'âge de 6 mois, et cela même si leur alimentation n'est pas des plus équilibrée.

Au-delà de 6 mois, le lait maternel reste l'aliment à privilégier parallèlement à la diversification alimentaire.

### *« L'allaitement va-t-il me fatiguer ? »*

La grossesse, l'accouchement, le sommeil entrecoupé expliquent la fatigue de la mère. Le fait de devoir être toujours présentes pour leur bébé peut paraître fatigant à certaines mères.

Les hormones sécrétées à chaque tétée contribuent à la relaxation de la mère et même à son assoupissement.

### *« Je fume. Mon lait sera-t-il bon ? »*

L'idéal est d'arrêter de fumer car la nicotine et de nombreux toxiques contenus dans la fumée du tabac passent dans le lait. Néanmoins, le lait maternel, même d'une mère fumeuse, reste supérieur au lait artificiel.

La mère qui ne parvient pas à arrêter, veillera cependant à ne fumer qu'après la tétée et le plus loin possible de la tétée suivante.

### *« Ai-je des mamelons de la bonne forme pour pouvoir allaiter ? »*

Quelle que soit la forme du mamelon, une bonne prise du sein et une position adéquate du bébé sont des conditions essentielles à la réussite d'une tétée.

Il est peu fréquent que les mamelons soient réellement ombiliqués. De plus, les anomalies du mamelon n'empêchent que rarement l'allaitement mais peuvent néanmoins rendre les tétées plus laborieuses.

Les mamelons plats, courts ou ombiliqués ne sont pas un obstacle puisque au cours de la tétée le mamelon est étiré dans la bouche du bébé. (voir Téter : un geste précis à ne pas perturber)



Il vaut mieux éviter l'utilisation des téterelles qui ne « forment » pas le mamelon. (Voir Téterelle)

### *« Dois-je préparer mes seins pendant la grossesse ? »*

Les seins se préparent naturellement à l'allaitement pendant la grossesse. Le frottement des mamelons est déconseillé car leur peau, comme celle des lèvres, ne « s'endurcit » pas.

La présence ou non de colostrum pendant la grossesse ne présage pas de la capacité à allaiter de la mère.

### *« J'ai subi une réduction mammaire. Pourrai-je allaiter ? »*

Il n'y a pas de réponse générale. Une chirurgie mammaire peut léser la glande, dont une partie plus ou moins importante peut avoir été enlevée. Des canaux lactifères et des filets nerveux sensibles peuvent avoir été sectionnés. Il en résulte une perte de sensibilité au niveau du mamelon et de l'aréole, une réduction des sécrétions hormonales et donc de la production et de l'éjection du lait. Certains types de chirurgie rendent l'allaitement plus difficile que d'autres types de réduction mammaire.

On encouragera les mères à essayer l'allaitement tout en veillant à ce que l'enfant reçoive une alimentation suffisante. En effet, on observe, dans certaines situations, une diminution dans la production de lait, mais l'allaitement reste possible.

### *« J'ai subi une augmentation mammaire. Pourrais-je allaiter ? »*

L'insertion d'implant par incision périaréolaire peut affecter négativement l'allaitement. L'implant peut comprimer la glande mammaire, favoriser l'engorgement et ainsi limiter la production de lait. Il induit, de ce fait, l'hypotrophie de la glande.

L'insertion d'implants rétro-pectoraux semble avoir moins d'influence sur la lactation. A l'heure actuelle, rien n'indique que le silicone des implants fait courir des risques à l'enfant allaité.



- **DE QUELLES INFORMATIONS LES FUTURS PARENTS PEUVENT-ILS AVOIR BESOIN ?**

### *La pratique de l'allaitement : l'essentiel*

Les professionnels seront attentifs à ce que les futures mères disposent d'une information sur l'importance :

- *du contact peau à peau dès la naissance pendant au moins 1 heure*
- *d'une première tétée dès que bébé se montre prêt (voir La première tétée ou le temps de l'apprivoisement)*
- *du respect des rythmes du bébé : il faut recommander d'allaiter sans aucune restriction, ni en terme de durée ni en ce qui concerne la fréquence des tétées (voir Les rythmes du nouveau-né)*
- *de veiller à une position et une prise du sein qui permettent une tétée efficace (voir Téter un geste à ne pas perturber)*
- *de la proximité mère-enfant 24 h sur 24 (voir Conditions pour un bon démarrage)*
- *d'éviter les compléments, sauf situations particulières (voir Qu'en est-il des compléments ?)*
- *d'éviter aux mamelons des soins inutiles, parfois même nuisibles (voir Mamelons douloureux sans lésions et crevasses)*
- *de chercher de l'aide en cas d'inquiétude au sujet du bébé ou en cas de douleur*
- *d'éviter l'usage de biberons, de sucettes, de téterelles...*

### *Le succès de l'allaitement maternel : un apprentissage mutuel*

Du bébé calme au bébé agité, plusieurs comportements peuvent surprendre les parents. Les premières semaines sont des moments de découvertes et d'apprentissages mutuels. Chez le nouveau-né, le nombre de tétées peut varier d'un jour à l'autre. Son rythme est différent de celui de l'adulte.



L'adaptation aux habitudes socioculturelles du milieu est un processus très lent et individuel.

La vie quotidienne avec un bébé peut interpeller les parents peu habitués à côtoyer régulièrement un nourrisson.

L'environnement familial, amical, médiatique... véhicule souvent des images peu réalistes du bébé telles que « un bébé dort beaucoup », « un bébé ne pleure que de faim », « un bébé fait des caprices », « il ne faut pas gêner bébé en le prenant trop dans les bras »... Le bébé « type » n'existe pas, la mère « idéale » non plus. Heureusement chaque relation est unique.

### • OÙ CHERCHER L'INFORMATION ?

Les futurs parents pourront compléter leur information par le biais de : Livres, brochures, sites internet (voir Publications pour tout public et Sites Web autour de l'allaitement)

#### *Personnes-ressources*

Parmi les personnes qui sont amenées à donner des conseils aux femmes enceintes et allaitantes, certaines ont fait la démarche de suivre une formation spécifique en allaitement maternel. Il peut s'agir de médecins, travailleurs médico-sociaux de l'ONE, consultantes en lactation, accoucheuses, kinésithérapeutes, répondantes bénévoles d'associations d'aide à l'allaitement... Une brochure rédigée par le Comité Fédéral de l'Allaitement Maternel reprend bon nombre de ces personnes-ressources. (Voir Associations d'aide et d'encouragement à l'allaitement maternel ; Associations de professionnels et Pour la promotion de l'allaitement)

#### *Services de maternité*

Il peut être utile pour la future mère de s'informer sur les pratiques hospitalières du service de maternité qu'elle va choisir.

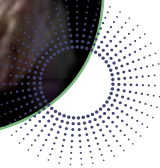
Des services ont fait l'effort d'instaurer des conditions favorables à un bon démarrage de l'allaitement maternel et certaines maternités ont ainsi obtenu le label « Hôpital Ami des Bébé » octroyé par l'UNICEF et l'OMS via le Comité Fédéral de l'Allaitement Maternel.



*Service Public Fédéral (SPF), associations, services sociaux*

Ces organismes peuvent renseigner sur les possibilités légales de congés ou d'aménagements du temps de travail à l'occasion d'une naissance.

Consultez la brochure « Clés pour devenir parent tout en travaillant » éditée par le Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation Sociale. Cette brochure peut être obtenue gratuitement au 02/233 42 14 ou téléchargée sur le site [www.emploi.belgique.be](http://www.emploi.belgique.be)





## 2. Le sein, une glande prévue pour produire du lait

Le sein est constitué :

- extérieurement de peau, d'une aréole et d'un mamelon
- intérieurement de tissus glandulaire et adipeux, d'un réseau vasculaire, d'un réseau de fibres musculaires et d'un réseau nerveux.

D'une femme à l'autre, les seins varient en taille, en forme, en couleur. Chez une même femme, les seins peuvent avoir une taille différente. Il n'y a pas de relation directe entre la quantité de lait produit et le volume du sein.

- **MORPHOLOGIE DU SEIN**

### *La peau*

La peau du sein est fine, souple et mobile et contient les éléments constitutifs classiques (glandes sudoripares, glandes sébacées, poils...)

### *L'aréole*

L'aréole est une partie circulaire pigmentée dont la taille et la couleur sont variables d'une femme à l'autre.

Elle renferme des glandes sudoripares et des glandes sébacées (tubercules de Montgomery), plus visibles durant la grossesse et l'allaitement. Elles sont en nombre variable selon les femmes. Ces tubercules produisent une substance jouant un rôle antibactérien et hydratant. Ce sébum est un concentré d'odeurs spécifiques de la mère et a donc un rôle de repère olfactif pour le bébé.

Sous la peau se trouvent les fibres musculaires de l'aréole ainsi que des récepteurs sensitifs. Certains récepteurs, situés à la jonction mamelon-aréole, sont sensibles à la douleur. D'autres, situés à distance du mamelon et sous l'aréole, sont sensibles à l'étirement : ces récepteurs transmettent au cerveau le signal que le bébé tète.



### *Le mamelon*

Le mamelon est un organe érectile. Il s'allonge dans la bouche du bébé au moment de la tétée. Sa taille et sa forme au repos, pendant ou même après la tétée, n'ont que peu d'influence sur la capacité à allaiter.

Le réseau de Haller, tissu vasculaire très dense, permet l'érection du mamelon sous l'effet de certains stimuli (froid, toucher, succion...).

#### • ANATOMIE DU SEIN

Le sein est constitué d'un tissu sécrétoire et d'un tissu adipeux soutenu par un maillage de fibres conjonctives appelé ligaments de Cooper.

### *L'innervation*

Le sein est innervé par certaines branches des nerfs intercostaux et par des fibres autonomes.

### *La vascularisation*

Un réseau très dense de vaisseaux sanguins et lymphatiques s'organise autour des alvéoles, dès le début de la grossesse, sous l'influence des hormones.

Ces capillaires, à la paroi très fine, permettent des échanges rapides avec les acini.

### *La glande mammaire*

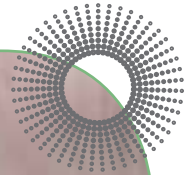
Le tissu glandulaire est parsemé de 10 à 20 lobes en grappe. Ces lobes sont séparés les uns des autres par du tissu conjonctif dense et chaque lobe se comporte comme une glande indépendante dont la taille est variable. Le lobe est formé de lobules, eux-mêmes composés d'acini (alvéoles) dont la structure est faite d'une seule couche de lactocytes, c'est-à-dire les cellules productrices du lait. Chaque acinus est cravaté de cellules myoépithéliales permettant l'éjection de ce lait.



Les acini se regroupent de manière dense autour de canalicules. Ceux-ci se jettent dans des canaux lobulaires qui, à leur tour, se réunissent pour former **un canal lactifère**. Les différents canaux lactifères convergent vers les pores, situés sur le mamelon, et dont le nombre est variable d'une femme à l'autre.

Les études échographiques de Hartmann et al. (2003) ont mis en avant l'étroit enchevêtrement du **tissu glandulaire** avec **le tissu adipeux** ainsi que sa localisation principale dans la région rétro-aréolaire.

Schéma du sein voir page 20







### 3. Physiologie de la lactation

- **LE DÉMARRAGE DE LA LACTATION**

La lactogénèse est déclenchée par deux facteurs : l'expulsion du placenta et la succion de l'aréole.

#### *L'expulsion du placenta*

L'expulsion du placenta entraîne, entre autres, une chute du taux de progestérone dans le sang. Cette hormone inhibait l'action de la prolactine sur les cellules sécrétrices du sein.

#### *La succion de l'aréole*

Les mouvements de la bouche et de la langue du bébé sur l'aréole réalisent un véritable signal pour le cerveau de la mère et déclenchent par réflexe une double sécrétion hormonale d'ocytocine (hypophyse postérieure) et de prolactine (hypophyse antérieure).

- **LE CONTRÔLE ENDOCRINE DE LA LACTATION**

La succion provoque un stimulus qui est transmis au départ des récepteurs sensitifs de l'aréole vers l'hypothalamus, lui-même sensible aux réactions du système limbique.

#### *L'hypothalamus*

C'est là que se gèrent de façon autonome les rythmes biologiques (la température corporelle, le rythme cardiaque, le sommeil...) et la régulation des sécrétions de l'organisme (les larmes, le lait, les hormones...).

En réponse à la stimulation spécifique de la tétée, l'hypothalamus lève pendant un bref moment l'inhibition qu'il maintient sur l'hypophyse par l'intermédiaire de facteurs inhibiteurs dont notamment la dopamine.



### *Le système limbique*

C'est le siège des émotions. La peur, la joie, la colère, la tristesse, le dégoût peuvent avoir une influence sur les fonctions du système végétatif contrôlé par l'hypothalamus.

C'est pourquoi il est important, surtout les premiers jours de l'allaitement, d'être attentif aux émotions de la mère : par exemple, le stress ou la douleur peuvent retarder le déclenchement du réflexe d'éjection de manière transitoire.

Dès lors que le bébé tète, les deux hormones, la prolactine et l'ocytocine, sont libérées par l'hypophyse, en doses successives. Elles sont nécessaires à la production et à l'éjection du lait, mais ne définissent pas à elles seules le volume de lait produit. (Voir Le contrôle autocrine)

### *La prolactine*

La prolactine est présente en permanence dans le sang à un faible taux. Ce taux de base augmente durant la grossesse de façon régulière mais son action sur la glande mammaire - pourtant prête à produire du lait dès le cinquième mois déjà - se trouve inhibée par la présence des hormones placentaires.

Celles-ci disparaissent rapidement à la suite de l'accouchement et de la délivrance. A ce moment, la chute du taux de progestérone et le déséquilibre œstroprogestatif qui en résulte s'accompagnent d'une rétention d'eau et d'électrolytes ainsi que d'une augmentation progressive du débit sanguin dans les seins.

Vers le 3ème jour, les seins deviennent ainsi lourds, chauds, tendus.

La prolactine permet donc la synthèse du lait dont la quantité augmente dès lors très rapidement. A chaque tétée, la stimulation des mamelons par la succion du bébé provoque un pic de prolactine ; celle-ci va non seulement stimuler la production du lait mais en même temps en devenir un des constituants.



Le taux de base de la prolactine varie légèrement au cours des 24 heures : elle est plus élevée la nuit.

### *L'ocytocine*

L'ocytocine agit sur les fibres myoépithéliales des seins et de l'utérus.

Au niveau des seins, elle provoque :

- *un brassage des zones liquidiennes dans l'arbre vasculaire, favorisant l'action sécrétoire des acini*
- *la contraction des fibres myoépithéliales autour des acini et des canaux galactophores, déclenchant ainsi l'éjection du lait.*

Au niveau de l'utérus, elle provoque :

- *des contractions au moment de la tétée qui favorisent l'involution utérine et diminuent le risque hémorragique.*

### • LE CONTRÔLE AUTOCRINE DE LA LACTATION

Outre l'ocytocine et la prolactine, dont l'action n'explique pas à elle seule tous les paramètres de la production du lait, il existe un contrôle autocrine qui peut être différent dans les deux seins recevant cependant une même stimulation hormonale endocrine.

Ce contrôle autocrine régule, à court et moyen terme, la production de lait en réponse à la demande du bébé, en agissant de manière locale, très probablement à l'intérieur du lobule en lui-même.

**Il est important que le bébé prélève suffisamment de lait lors de tétées à la fois efficaces et fréquentes pour que la quantité de lait produite soit maintenue.**

Néanmoins, comme le bébé ne consomme en moyenne que 2/3 du lait disponible, le sein n'est jamais entièrement drainé ou vidé lors des tétées.



Le mécanisme du contrôle autocrine s'expliquerait par trois facteurs :

- l'action du Facteur Inhibiteur de la Lactation par rétro-contrôle (FIL)

Le FIL est une protéine produite par la glande mammaire lors de la synthèse du lait. Son action est d'inhiber l'activité des lactocytes, ce qui aboutit à adapter la production de lait aux besoins du bébé. Le FIL s'accumule en même temps que les autres constituants du lait. Par conséquent, plus le sein est plein, plus le FIL agit, plus la production est ralentie.

- l'action de la prolactine intra-mammaire

La prolactine intra-mammaire a, elle aussi, un rôle sur la production de lait. Plus un acinus est vidé, plus la prolactine pénètre à nouveau dans le lactocyte et stimule la production de lait.

- l'action de la pression mécanique régnant dans le sein et dans les acini.

### *La synthèse du lait*

La synthèse du lait se produit, selon les constituants, par plusieurs voies de production et d'excrétion. Ces différents mécanismes se produisent en même temps, aboutissant à la transformation des éléments venant du sang en constituants du lait maternel.

Dans un acinus donné, les lipides sont excrétés en fin de vidange alvéolaire vraisemblablement en raison de leur tension superficielle élevée qui augmente leur adhésion aux parois des acini.

Néanmoins, c'est le bébé qui détermine le moment de la fin de la tétée en fonction de la quantité de lipides et de lait qu'il aura pu absorber.

### *La capacité de stockage du lait*

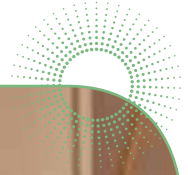
Les études échographiques de P.Hartmann et al. ont révolutionné les notions de physiologie précédentes en apportant de nouvelles données sur la production lactée.

Une de ces données est particulièrement importante. Il s'agit de la capacité maximale des alvéoles à stocker du lait.



Cette capacité est très variable d'une femme à l'autre, d'un allaitement à l'autre, voire d'un sein par rapport à l'autre. Cette notion a donc des conséquences sur la pratique de l'allaitement. Pour satisfaire les besoins de son enfant, une mère ayant une faible capacité de stockage devra donner plus souvent le sein qu'une mère qui a une plus grande capacité.

La capacité de chaque femme étant quasi impossible à définir, il paraît, dès lors, évident qu'il est utile de laisser l'enfant réguler lui-même ses besoins pour lui assurer un apport nutritionnel suffisant.







## 4. Les avantages de l'allaitement

### *Avantages pour l'enfant*

L'allaitement est associé à :

- *une nutrition optimale de l'enfant*
- *une fréquence moindre des infections ORL, gastro-intestinales, rénales, cérébroméningées*
  - ... *tant dans les pays développés que dans les régions économiquement faibles*
  - ... *tant pendant l'allaitement qu'après son arrêt.*

Ceci est dû à l'apport d'anticorps maternels et de facteurs bioactifs (agents immunomodulateurs, hormones, facteurs de croissance...)
- *une fréquence moins élevée de manifestations allergiques (et ce même à l'adolescence, selon certaines études)*
- *une diminution probable de la fréquence de certaines maladies chroniques (diabète de type I, maladie coeliaque, maladie de Crohn et colite ulcéreuse)*
- *une diminution possible de la fréquence de certains cancers de l'enfant (leucémie, lymphome...)*
- *une diminution du risque d'obésité.*

Les enfants allaités ont statistiquement une meilleure vision et un meilleur développement cognitif. Il est évident que des facteurs environnementaux, socio-économiques et génétiques entrent également en jeu.

### *Avantages pour la mère*

- *Une diminution des pertes sanguines par une augmentation des contractions utérines. La mère et les enfants suivants auront ainsi un moindre risque d'anémie ferriprive.*
- *Une augmentation d'environ 20 % du métabolisme ce qui entraîne une perte de poids*



- *Malgré la diminution du calcium osseux durant la lactation, une diminution du risque d'ostéoporose à la ménopause*
- *Une fréquence moindre de cancer de l'ovaire*
- *Une diminution de la fréquence du cancer du sein en préménopause*
- *Un climat hormonal favorable à l'attachement*
- *Des bénéfices psychologiques pour la mère et pour le couple, à la condition que la volonté d'allaiter soit présente et soutenue.*

### *Avantages économiques*

Ce sont des éléments à considérer également dans une politique de santé :

- *avantages directs par l'épargne du coût des laits de substitution*
- *avantages indirects par l'épargne du coût des soins de santé.*

L'économie pour les parents est estimée à environ 500 euros par enfant allaité pendant plus de 3 mois.

L'économie pour la société est évaluée aux Etats-Unis à 1500 \$ par enfant allaité.

*Allaiter nécessite le désir et la motivation tant de la mère que du couple, suppose la disponibilité de ceux-ci, du moins dans un premier temps, et aussi la persévérance de la mère face aux difficultés qui sont inhérentes à la mise en route de cette fonction « naturelle ».*

*L'allaitement est plus qu'un acte individuel, c'est aussi une responsabilité de la famille et de la société.*





## 5. Téter : un geste précis à ne pas perturber

### • TÉTER LE SEIN

Dès le 3<sup>ème</sup> trimestre de la vie intra-utérine, le bébé a les compétences nécessaires pour téter.

Quand le bébé tète efficacement,

- *il a la bouche grande ouverte*
- *il avance la langue au-delà de la gencive inférieure et la place sous l'aréole (réflexe d'extrusion de la langue)*
- *il étire une grande partie de l'aréole à l'intérieur de la bouche : on voit plus d'aréole au-dessus de la bouche qu'en dessous*
- *il a la lèvre inférieure bien recourbée vers l'extérieur*
- *il a le menton qui touche le sein*
- *il effectue avec la langue un mouvement ample, lent, répété et régulier qui comprime le mamelon et l'aréole*
- *il déglutit alors que la langue est sortie (réflexe de déglutition de type infantile)*
- *il respire.*

Téter, c'est donc coordonner très finement :

- *la succion ou l'extraction du lait,*
- *la déglutition*
- *et la respiration.*

Le terme « succion » est consacré par l'usage, mais en réalité...



## • TÉTER N'EST PAS SUCER

Pour se nourrir au biberon, le bébé ne peut pas utiliser sa technique innée de la tétée. Il doit faire l'apprentissage d'un geste de succion totalement nouveau.

Boire au biberon c'est :

- *pincer la tétine verticalement entre les gencives;*
- *aspirer;*
- *déglutir (déglutition de type adulte) en collant la langue au palais.*

*Téter le sein et boire au biberon sont deux techniques difficilement compatibles.*

Donner un complément au biberon est susceptible de troubler le comportement de la plupart des nouveau-nés. Les bébés courent le risque de perdre leur réflexe de téter et par-là, de ne plus provoquer le signal nécessaire au déclenchement des flux d'éjection du lait.

## • LES POSITIONS

Une position adéquate du bébé est nécessaire pour une bonne stimulation de la lactation et constitue le meilleur moyen d'éviter les complications.

Pour réussir son mouvement de tétée et déglutir sans gêne, le bébé aura le corps tout contre et face à celui de sa mère, visage face au sein, sans avoir à tourner la tête. Le dos, la nuque et les fesses seront soutenus, la tête sera libre de bouger.

A partir de ces règles de base, de très nombreuses positions sont possibles, dans les bras, à califourchon, étendu sur le lit contre la mère, etc.

La mère quant à elle, choisira de s'installer confortablement dans une position qui lui convient (assise, allongée... ). Des coussins ou d'autres supports seront souvent bien utiles, à la fois pour éviter les contractures du dos, du cou ou des bras et pour amener le bébé à bonne hauteur.



Dans le cas où il s'avérerait nécessaire de faciliter la tétée, la mère pourra soutenir le dessous du sein du plat de la main, bien en arrière de l'aréole. Par contre, appuyer le doigt sur le sein dans l'intention de dégager le nez du bébé est inutile. Ce geste peut par ailleurs entraîner crevasses ou obstruction de canaux ou encore empêcher le bébé de bien maintenir le sein en bouche.



Dessins extraits de la brochure sans texte éditée dans le cadre du Plan d'Action Européen pour la promotion et le soutien de l'allaitement maternel  
Réalisation belge supervisée par le Comité fédéral de l'allaitement maternel : [www.health.fgov.be/cfam](http://www.health.fgov.be/cfam)





## 6. La première tétée ou le temps de l'apprivoisement

« Laissez-lui le temps... »

### • LA PREMIÈRE RENCONTRE EN SALLE DE NAISSANCE

Dans les conditions d'un accouchement normal, le rôle de l'équipe médicale sera de permettre à la mère, au père et à leur bébé de se découvrir, de se reconnaître et de commencer la relation, notamment celle de l'allaitement.

Habituellement, si on leur en laisse le temps, la mère et son bébé se reposent et se regardent calmement. Quelques bébés peuvent se montrer prêts à téter très vite. D'autres ont besoin d'être d'abord apaisés et rassurés. La plupart se mettent à fouiner, ramper vers le sein, ouvrir la bouche et sortir la langue pour se mettre à téter spontanément.

C'est un extraordinaire comportement de survie du bébé qui, en contact peau à peau contre sa mère, peut trouver tout seul le mamelon, ouvrir la bouche et téter vigoureusement, en se dirigeant grâce à son odorat.

Il est préférable que les professionnels n'interviennent pas : le contact, l'odeur d'une main étrangère qui vient s'interposer pour forcer le nouveau-né à prendre le sein, peuvent être pour lui une expérience désagréable. Seule la mère peut bien évidemment l'accompagner en lui présentant le sein si nécessaire. Le contact peau à peau et la tétée précoce sont prioritaires. Des gestes faisant partie de la routine hospitalière (peser, mesurer ...) seront postposés, voire même pour certains supprimés.

Le premier contact peau à peau et la tétée précoce sont compatibles avec un accouchement par césarienne sous anesthésie péridurale. Dans les rares cas de césarienne sous anesthésie générale, le contact peau à peau peut être proposé au papa et une première tétée peut avoir lieu dès que la maman se sent prête.



## • LA TÉTÉE PRÉCOCE : UN APPRENTISSAGE ACTIF

Pendant les deux heures qui suivent l'accouchement, le bébé se trouve dans un état très particulier de vigilance calme, propice à ses apprentissages et à leur mémorisation. Tous ses sens sont en éveil pour reconnaître sa mère et trouver le sein.

Il y a donc intérêt à laisser le bébé dans les bras de sa mère, dès la naissance. Dans les 30 à 60 minutes, la plupart des bébés se montrent prêts et aptes à prendre le sein.

La tétée précoce, le contact maintenu entre la mère et son bébé et les tétées fréquentes favoriseront le succès de l'allaitement.

Ce contact peau à peau, initié en salle de naissance, doit être encouragé le plus possible au cours des heures et des premiers jours. Plutôt que dans un berceau, c'est au contact physique de sa mère ou de son père que le bébé trouvera la chaleur et la sécurité avec l'avantage de réduire les risques de déperdition hydrique et thermique. Les stimuli tactiles et olfactifs auxquels il est soumis l'inciteront à prendre le sein plus souvent et ainsi à boire davantage de colostrum.

Ces contacts fréquents favorisent en outre chez la mère une sécrétion accrue de prolactine et d'ocytocine, facteurs combien positifs pour le développement d'un allaitement harmonieux.

En particulier, et grâce à ces nombreuses tétées des premiers jours (8 à 12 par 24 heures), la sécrétion de lait sera plus précoce, plus abondante et le risque d'engorgement moindre. Les tétées n'en seront que plus confortables.

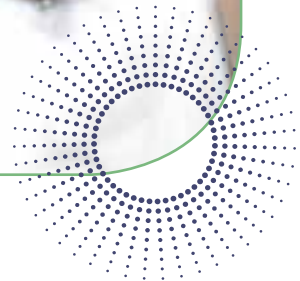
La plupart des bébés, mis au berceau après la première tétée, plongent dans un sommeil profond de plusieurs heures.

Ce sommeil est à respecter tout comme il conviendra de respecter les demandes multiples et très rapprochées des jours suivants. Cependant, pour les bébés de petit poids de naissance, ainsi que pour certains gros bébés, la demande spontanée doit parfois être



doucement stimulée (soit en les découvrant simplement, en leur parlant, en se promenant ou en changeant leur linge).

Ceci afin d'atteindre une fréquence de tétées suffisante.







## 7. Les premiers jours : le temps de l'adaptation

« Maman et bébé s'apprivoisent... »

### • LE COLOSTRUM OU PREMIER LAIT

Le colostrum commence à être produit entre la 12<sup>ème</sup> et la 16<sup>ème</sup> semaine de grossesse. Certaines futures mères peuvent d'ailleurs présenter une petite sécrétion au niveau du mamelon bien avant la naissance.

Pendant les premiers jours post-partum, le sein produit du colostrum en petites quantités.

Aux environs du troisième jour, et sous l'influence des changements hormonaux, se produisent dans le sein des modifications vasculaires et cellulaires entraînant une évolution progressive de la composition et du volume du lait produit.

Le lait est à la fois constitué d'un filtrat sanguin et du produit de l'activité spécifique des lactocytes.

En tout début de vie, le bébé n'a pas besoin de grands volumes de lait. La composition du colostrum change donc de tétée en tétée et son volume s'accroît rapidement de quelques ml par repas pendant les trois premiers jours avec un total variable et rapidement croissant par 24 heures ( $\pm 50$  ml au premier jour,  $\pm 200$  ml au deuxième jour et  $\pm 400$  ml au troisième jour).

	Premier jour	Lait mature
Lactose	53 g/l	73g/l
Graisses	29g/l	42g/l
Protéines	23g/l	9g/l
Sodium	48mg/dl	18mg/l

Référence : Ruth A. Lawrence and Robert Lawrence, "Breastfeeding, a Guide for the Medical Profession", pp 825-826, Elsevier Mosby, 2005.



Toutes ces évolutions de jour en jour, tant des volumes du colostrum produit que des concentrations des différents constituants, reflètent en miroir l'état des réserves et des besoins du nouveau-né. Les suppléments d'eau, d'eau sucrée ou de lait sont susceptibles de perturber cet équilibre réciproque.

Le lactose du colostrum est directement assimilable par le bébé. Les sels minéraux et les protéines contribuent à la rétention d'eau et donc limitent la perte de poids.

### *L'enfant bénéficie des anticorps de sa mère...*

*Comme la mère et l'enfant vivent dans le même bain microbien, les immunoglobulines A sécrétées présents dans le colostrum...*

- *empêchent les bactéries d'adhérer aux parois intestinales*
- *limitent la pénétration des antigènes*
- *apportent les anticorps qui sont spécifiques des agents pathogènes de l'environnement de la mère.*

Par rapport à un lait artificiel, le colostrum impose moins de travail hépatique et n'entraîne pas de stress métabolique au niveau rénal.

En outre, le colostrum influence favorablement le tube digestif du nouveau-né :

- *il contribue à l'élimination du méconium (effet laxatif) et à la diminution du risque d'ictère*
- *il contient des facteurs de croissance cellulaire de la paroi digestive*
- *il contribue à la mise en place de la flore intestinale.*

C'est pourquoi il n'est pas justifiable d'atténuer les effets bénéfiques du colostrum en proposant eau ou compléments à cette période.

Le volume du colostrum produit s'adapte à la demande du ou des nouveau-nés s'il s'agit d'une grossesse multiple.



Chaque fois que le bébé tète, il s'exerce et perfectionne sa technique. La mère s'habitue peu à peu à cette nouvelle relation.

Pour faciliter ce temps d'adaptation mutuelle, on pourra :

- *proposer à la mère de garder son bébé contre elle,*
- *protéger la peau de l'aréole sans perturber son odeur : quelques gouttes de colostrum suffisent. Aucune crème n'est utile dans les situations normales,*
- *conseiller à la mère de proposer au bébé le ou les deux seins chaque fois qu'il le souhaite.*

### • LE DÉBUT DES FLUX

La nuit du deuxième jour, un bouleversement hormonal se produit :

la concentration de la progestérone chute, ce qui d'une part entraîne le déséquilibre œstrogénostatif et d'autre part libère la prolactine de l'influence inhibitrice de la progestérone.

Le lait de transition peut dès lors commencer à être sécrété.

Cet état hormonal peut provoquer :

- *une labilité émotionnelle chez la mère qui envisage alors parfois de renoncer à allaiter*
- *une augmentation du volume des seins (appelée à tort « montée laiteuse »).*  
*Elle est la conséquence de l'augmentation du flux sanguin qui double dans les seins*
- *une sensibilité accrue des mamelons pouvant être confondue avec des crevasses (or, il n'y a pas de lésion cutanée).*



- **QUELS CONSEILS POUR PRÉVENIR ET SOULAGER LA CONGESTION ?**

*Prévenir et soulager la tension des seins :*

- par une prise correcte du sein par le bébé (voir Téter : un geste précis à ne pas perturber)
- par des tétées fréquentes et en particulier la nuit. En effet, le taux élevé de prolactine pendant la nuit accentue la congestion mammaire
- par des massages aréolaires en provoquant des flux si la congestion est trop importante, ceci en plus des tétées
- par des douches chaudes.

*Agir sur le climat émotionnel :*

- par un accompagnement chaleureux
- par tout ce qui favorise la relaxation
- par le respect de l'intimité.

- **LES JOURS SUIVANTS, L'ALLAITEMENT S'INSTALLE**

L'hypersensibilité et la congestion des seins liées au climat hormonal disparaissent avec la baisse des œstrogènes (entre le 8<sup>ième</sup> et le 10<sup>ième</sup> jour).

Les tétées fréquentes et le maintien de la tétée de nuit restent cependant conseillés pour prévenir un engorgement toujours possible. Le bébé adapte le nombre des tétées à ses besoins.

*Comment s'assurer que le bébé est suffisamment nourri ?*

- en observant la qualité de son tonus, de son éveil, de ses cris;
- en surveillant ses urines : des urines claires et des mictions fréquentes (5 à 6 fois par 24 heures) témoignent d'un bon équilibre hydrique et donc d'apports suffisants;



- en surveillant ses selles : après avoir éliminé le méconium, un bébé allaité a des selles liquides, virant de plus en plus vers le jaune doré, et qui sont généralement fréquentes. Par la suite, un changement brutal de fréquence ou d'aspect doit attirer l'attention. Des selles dures peuvent témoigner d'une insuffisance d'apports. Dans les semaines qui suivent, une réduction tout à fait normale de la fréquence des selles peut s'observer chez les bébés qui pourtant sont bien nourris;
- en le pesant : une pesée une fois par jour est suffisante à la maternité. Au 5<sup>ème</sup> jour, la majorité des nouveau-nés amorcent leur reprise pondérale.

### *Avant le retour à la maison, il faut s'assurer que...*

- les tétées ne sont limitées ni en durée, ni en fréquence;
- la mère sait repérer l'existence des flux d'éjection.

### *En cas de doute ou de sortie précoce...*

- on proposera de revoir la mère et le bébé après deux ou trois jours.

Plutôt que de donner d'emblée des compléments, on vérifiera si les conditions d'allaitement sont adéquates (positions, efficacité, durée, fréquence, repos).







## 8. La lactogénèse

L'évolution du lait maternel est programmée génétiquement.

La progression à partir du stade colostrale (liquide visqueux, épais, jaune-orangé) vers le lait de transition (lait blanc) puis le lait mature (lait bleuté) ne se fait pas en paliers nettement définis mais selon un processus continu qui fait que le lait d'une tétée est déjà différent du lait de la tétée précédente.

La description classique des trois stades du lait maternel a donc un caractère trop schématique.

La lactogénèse, fondée sur des bases physiologiques, rend mieux compte de l'entière du processus qui débute déjà vers le milieu de la grossesse pour parvenir à la lactation complète du 15<sup>ème</sup> au 20<sup>ème</sup> jour après la naissance.

- **LA LACTOGÉNÈSE EN DEUX PHASES :**

*Lactogénèse I : du milieu de la grossesse jusqu'au 4<sup>ème</sup> jour post-partum environ*

L'élaboration du colostrum est activée par la prolactine, elle-même inhibée essentiellement par la progestérone. C'est vers le milieu de la grossesse que débute sa production, caractérisée par des taux élevés de chlorure de sodium, de lactose et de protéines anti-infectieuses, comme les immunoglobulines et la lactoferrine.

L'expulsion du placenta entraîne, en plus ou moins 4 jours, un effondrement du taux de progestérone tandis que s'achève le processus de maturation des cellules alvéolaires de la glande mammaire.

En fin de lactogénèse I, les lactocytes deviennent progressivement jointifs ; les espaces intercellulaires et ainsi les échanges bi-directionnels passifs s'amenuisent.

Cette modification anatomique est cohérente avec l'évolution du colostrum en lait.



### *Lactogénèse II : à partir du 4<sup>ème</sup> jour post-partum*

La lactogénèse II commence donc dès la fermeture des espaces intercellulaires. C'est désormais la prolactine qui joue le rôle le plus important dans la sécrétion active des cellules alvéolaires.

Ce sont elles qui élaborent, à partir du 4<sup>ème</sup> jour post-partum environ, ce qui n'est déjà plus tout à fait du colostrum mais du lait blanc de transition.

Celui-ci deviendra après quelques ajustements de concentration du lait mature. Cette transition est variable d'une femme à l'autre en fonction de sa parité, du stade de la grossesse au moment de l'accouchement, si elle allaite toujours un enfant plus âgé, etc.

Le lactose et les graisses augmentent de  $\pm 50\%$  par rapport au premier jour tandis que les protéines qui étaient élevées dans le colostrum du 1<sup>er</sup> jour diminuent dans le lait définitif.



## 9. Les rythmes du nouveau-né

- LES DEUX PREMIÈRES HEURES DE VIE ...

Le bébé est en « éveil calme ». Ce moment d'éveil lui permettra d'assurer sa survie : il va trouver le sein, téter et créer des liens affectifs avec sa mère. Elle est, elle aussi, dans un état de réceptivité affective privilégié grâce au climat neuro-hormonal de l'accouchement.

Ensuite, l'enfant dort pendant quelques heures.

- LES PREMIERS JOURS

### *Les moments d'éveil*

Les moments d'éveil sont variables.

A chaque éveil, le bébé peut bénéficier du sein, soit pour s'y endormir en sécurité, soit pour s'essayer à téter, soit pour téter un moment plus long.

La mère comme le bébé dorment et s'éveillent aussi bien le jour que la nuit. Leurs rythmes synchrones sont induits par le climat neuro-hormonal. Sous l'influence de l'ocytocine produite à chaque tétée, la mère se détend et peut même s'endormir, tout en pouvant s'éveiller facilement grâce à l'action de la prolactine. Cette phase d'assoupissement lui permet de récupérer et ainsi de s'adapter au rythme de son nouveau-né.

### *La 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> nuit*

Nuit de « Java » ! Car pratiquement tous les bébés s'éveillent plusieurs fois la deuxième nuit ou la suivante.

Leur tube digestif a mûri. Les bébés demandent de nombreuses tétées. Les tétées fréquentes sont d'ailleurs, pour la maman, une excellente méthode de prévention de la congestion mammaire.



### *A partir du 3<sup>ème</sup> jour ...*

Les tétées se déroulent souvent en deux temps. Le bébé s'éveille, réclame le sein et tète. Il se rendort généralement 20 à 30 minutes et réclame une deuxième fois. On lui proposera à nouveau le sein. Ensuite, il se s'endort à nouveau. Ce sera souvent pour un temps plus long.

Les tétées fréquentes ne posent aucun problème digestif tels que coliques, ballonnements, diarrhées...

Enfin, s'il est inutile et contre-productif de vouloir instaurer un horaire des tétées, on veillera, par contre, à soutenir la maman durant cette période parfois difficile à vivre.

### • APRÈS QUELQUES SEMAINES

Beaucoup de bébés pleurent le soir. On parle couramment des « pleurs du soir ».

Souvent, les bébés vivent des moments d'éveil particulièrement agités en fin de journée.

Ce sont les « dysrythmies du soir »...

Les mères interprètent trop souvent ces pleurs comme étant significatifs d'un manque de lait. Cette crainte est renforcée par le fait qu'à partir de la troisième semaine d'allaitement, leurs seins deviennent généralement plus souples. Mais, en réalité, le bébé n'a pas nécessairement faim et la mère ne manque pas vraiment de lait. Le bébé ne fait pas de caprice et il n'est ni malade ni assoiffé... !

En fait, cette étape du développement du bébé est tout à fait normale. Chaque parent aura besoin d'être rassuré sur la normalité de ces pleurs et trouvera sa façon personnelle d'apaiser le bébé agité (lui permettre de téter, lui donner un bain, le porter, le bercer, le promener, etc.)



## 10. Les états de veille-sommeil du nouveau-né

Initier les parents à observer et repérer les divers niveaux de vigilance et de sommeil d'un nouveau-né pourra les aider à :

- *Respecter le sommeil de leur bébé*
- *Répondre à son éveil, le prendre et le nourrir aux moments opportuns*
- *Stimuler son éveil quand cela s'avère nécessaire*
- *Comprendre pourquoi il pleure*
- *Savoir que les périodes d'éveil vont très rapidement s'allonger et que le rythme jour/nuit ne s'acquiert qu'après plusieurs semaines.*

- **RYTHME VEILLE-SOMMEIL**

### *En sommeil agité (20 à 40 minutes),*

Le nouveau-né s'endort en sommeil agité souvent confondu avec une période d'éveil.

On observe :

- *la présence de mouvements des doigts, des pieds, du visage et des yeux contrastant avec une hypotonie globale*
- *des pleurs, de l'agitation (les pseudo-coliques), mais cependant une hypotonie musculaire*
- *une fréquence cardiaque et respiratoire irrégulière*

### *En sommeil calme (environ 20 minutes)*

L'état du bébé se caractérise par :

- *l'absence de mouvements du corps, du visage et des yeux*
- *un tonus musculaire important : le bébé dort « à poings fermés »*
- *une fréquence cardiaque et respiratoire régulière*



### *En éveil calme*

On observe :

- *des yeux grands ouverts*
- *un enfant attentif et qui cherche le regard*

Ces périodes d'éveil calme s'allongent progressivement.

### *En éveil agité*

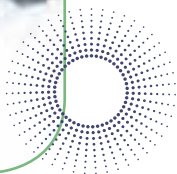
On remarque :

- *un bébé peu attentif et agité*
- *l'apparition rapide de pleurs si on ne répond pas à ses besoins.*

La prise du sein est plus facile en éveil calme. C'est pourquoi on recommande « l'allaitement à l'éveil » c'est-à-dire dès les premiers signes d'éveil.

### *Rythme jour/nuit*

Plusieurs mois lui seront nécessaires pour enchaîner de plus en plus de cycles de sommeil, et dormir des nuits complètes.





## 11. Qu'en est-il des compléments ?

### • LES COMPLÉMENTS DE LAIT MATERNEL

Si une indication de complément est posée, le premier choix est le lait maternel. Il ne devrait pas être donné avec une tétine, afin d'éviter la confusion sein/tétine.

### • LES COMPLÉMENTS D'EAU SUCRÉE

L'emploi « d'eau » ou « d'eau sucrée » pendant les premiers jours est un rituel inutile : le colostrum est le seul aliment nécessaire au nouveau-né à cette période. Le colostrum contient du lactose, nutriment mieux adapté aux besoins du nouveau-né que la dextrine-maltose ou saccharose contenue dans « l'eau sucrée ».

Si l'on garde, les tout premiers jours, le bébé au chaud contre le corps de sa mère, et si l'on favorise des tétées fréquentes, les pertes hydriques et énergétiques seront réduites.

*Colostrum, chaleur et tétées fréquentes sont bien plus efficaces que « l'eau sucrée ».*

### • LES COMPLÉMENTS DE LAIT ARTIFICIEL

Tous les compléments présentent à des degrés divers les risques suivants :

- *baisse de la lactation : le bébé stimule moins le sein*
- *modification de la flore intestinale du nouveau-né : en effet, le lait maternel facilite le développement d'une flore intestinale acide peu favorable au développement de germes pathogènes. Ce que ne peuvent réaliser complètement les laits artificiels, qui donnent lieu à une colonisation de la muqueuse de l'intestin par de bactéries potentiellement pathogènes.*



La première colonisation bactérienne de l'intestin stérile joue un rôle essentiel. Les premiers germes s'installent comme hôtes définitifs au détriment des autres colonisations ultérieures.

La qualité de cette première flore est de première importance puisque c'est elle qui conditionnerait le type de flore ultérieure.

*Un seul complément modifie la flore intestinale pendant plusieurs jours.*

- sensibilisation du système immunitaire : le complément de lait artificiel peut jouer un rôle sensibilisateur si le terrain est allergique et induire une allergie aux protéines du lait de vache.

*Il est utile de noter dans un carnet de santé de l'enfant les compléments qu'il a reçus, ne serait-ce qu'une seule fois.*

- surcharge rénale
- perturbation du contrôle des sensations de la satiété engendrant un risque d'obésité ultérieure
- impact psychologique : la mère peut en arriver à douter de sa capacité à nourrir son bébé
- mauvais conditionnement des habitudes du bébé : il « attend son complément » !

Dans certaines situations difficiles ou même pathologiques, le pédiatre peut être amené à prescrire néanmoins un complément de lait artificiel.

Toutefois, pour éviter d'en arriver à de telles situations, il est nécessaire avant tout de favoriser un bon démarrage de l'allaitement.



## 12. Conditions pour un bon démarrage

- **LES CONDITIONS POUR UN BON DÉMARRAGE DE L'ALLAITEMENT SONT :**

### *A la naissance*

- Un contact peau à peau immédiat et prolongé dès la naissance
- Une première tétée, initiée par le bébé, dès qu'il s'y sent prêt, dans les 2 premières heures.

### *Dans les heures qui suivent*

- Un bébé physiquement proche de sa mère 24 h sur 24 h
- Des tétées qui répondent à la demande du bébé, tant en fréquence qu'en durée
- Un accompagnement chaleureux favorisant un climat serein
- Un bébé bien positionné face au sein
- Un bébé qui prend bien le sein en bouche
- S'abstenir de donner des compléments au bébé, sauf indication médicale particulière
- Éviter l'usage de tétines, de sucettes, de téterelles
- Bannir ce qui dessèche la peau des mamelons et aréoles et ce qui perturbe leur odeur

L'Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB) favorise l'instauration des conditions nécessaires au bon démarrage de l'allaitement.





## 13. Des situations particulières

### • LE BÉBÉ NÉ PAR CÉSARIENNE

La césarienne n'est certainement pas une contre-indication à l'allaitement maternel.

Le moment de la première tétée dépendra du type d'anesthésie.

#### *Anesthésie péridurale et rachianesthésie :*

La maman consciente peut accueillir son bébé, le toucher, et lui laisser découvrir le sein même pendant l'intervention.

#### *Anesthésie générale :*

L'anesthésie générale, devenue rare, permet une tétée dès que la mère est réveillée, quand le produit anesthésique est suffisamment éliminé.

#### *Quel que soit le type d'anesthésie choisi :*

- On favorisera le contact le plus précoce possible avec le papa, s'il n'est réellement pas possible de le proposer immédiatement à la maman.
- On trouvera avec la maman une position confortable, respectant la cicatrice.
- Pour soulager la douleur, on choisira des produits dont l'usage présente le moins de risques pour le nouveau-né.

### • L'ENFANT PRÉMATURÉ

Les difficultés d'allaitement d'un prématuré dépendent essentiellement de son terme : plus il est prématuré, plus il dort, et moins il est à même de coordonner les actions de téter-dégulir-respirer.



Avant 34 semaines, la plupart des bébés n'ont pas toujours la capacité de s'alimenter exclusivement en tétant. Mais, il est primordial de leur apporter du lait maternel.

Les mamans seront invitées à tirer leur lait, endéans les trois premières heures, au début, manuellement ; ensuite avec un tire-lait à double pompeage.

Ce lait sera donné par gavage ou par une autre technique en attendant que l'enfant soit capable de téter.

Afin d'obtenir que le prématuré tète spontanément et qu'il puisse se nourrir suffisamment, il est indispensable de maintenir le contact avec sa mère et de respecter, suivant son évolution, ces phases d'apprentissage successives :

- *d'abord des tétées « non nutritives », simple contact, plaisir peau à peau dans l'odeur maternelle*
- *puis des tétées « d'apprentissage » pour maîtriser la technique de succion tout en complétant la mise au sein par un gavage*
- *enfin les tétées « nutritives », qui ne seront possibles que quand la coordination succion-déglutition-respiration sera acquise.*

Dans les premiers temps, elles seront facilitées si la mère provoque un flux d'éjection de lait avant de proposer le sein au bébé.

La prématurité fait courir à l'enfant un risque d'hypoglycémie, aggravé par l'absence de phases d'éveil. C'est pourquoi, il est nécessaire d'alimenter fréquemment le bébé prématuré.

- **L'ENFANT NÉ AVEC UN RETARD DE CROISSANCE**

Il s'agit d'un nouveau-né dont le poids et la taille sont insuffisants par rapport à son âge gestationnel (small for date).

Le risque le plus important est l'hypoglycémie en raison d'une insuffisance des réserves énergétiques.



Mais généralement, cet enfant sait téter et il réclame très souvent le sein. La priorité est donc d'encourager la mère à répondre à ses demandes, même si elles sont très fréquentes.

- **LES JUMEAUX**

L'allaitement exclusif de jumeaux est parfaitement possible et bénéfique, comme il l'est pour les autres enfants, mais une aide soutenue des mères est particulièrement nécessaire. Un allaitement mixte est souvent proposé bien qu'il présente pour ces bébés les mêmes inconvénients que pour les enfants uniques.

Les mamans et les bébés trouveront les positions qui leur conviennent le mieux.

Certaines mères choisiront d'allaiter les deux enfants en même temps. D'autres, au contraire, préféreront les allaiter successivement. Il faudra, dans ce cas, veiller à ce que chaque bébé puisse à son tour être nourri le premier, en alternant le sein offert en premier lieu.

- **ICTÈRE AU LAIT MATERNEL**

C'est une forme d'ictère qui persiste au-delà de la première semaine et peut durer jusqu'à la fin du premier mois.

Les taux de bilirubine libre sont modérément élevés : l'enfant se porte bien et se développe normalement.

Il n'y a aucune raison d'interrompre l'allaitement maternel si on a éliminé les autres causes possibles d'ictère néo-natal.





## 14. Des incidents ?

La plupart des problèmes évoqués ci-dessous pourront être évités par des mesures de prévention.

Le recours à une personne compétente peut être nécessaire.

- **HYOGALACTIE**

Le sentiment d'insuffisance de production de lait est très répandu chez les mères.

Elles fondent ce sentiment sur des constatations diverses : seins mous, pleurs du bébé, selles moins fréquentes, seins qui ne coulent plus, bébé qui boit un biberon après la tétée... Il s'agit de vérifier si ces plaintes témoignent vraiment d'une production de lait insuffisante.

Les indices objectifs d'insuffisance de lait sont :

- *évolution insatisfaisante du poids*
- *émission faible d'urine*
- *selles dures ou sèches*
- *bébé qui dort de plus en plus et réclame de moins en moins.*

Pour trouver les causes de cette stagnation ou perte de poids, il faut :

- *une évaluation de la pratique de l'allaitement (voir Conditions pour un bon démarrage)*
- *un examen médical du bébé pour rechercher les facteurs qui peuvent expliquer une mauvaise prise de poids : frein de la langue trop court, malformations oro-buccales, troubles neurologiques, trisomie, sténose du pylore, infection, allergie, régurgitations importantes, maladie importante...*
- *un interrogatoire et un examen physique de la mère. Les raisons possibles d'une production de lait insuffisante sont multiples : une rétention*



placentaire, une hypothyroïdie non traitée, la prise de médicaments inhibiteurs de la lactation, une intervention chirurgicale aux seins, le tabagisme, des difficultés relationnelles, le stress...

Aux réponses thérapeutiques éventuelles seront associés des conseils de nature à créer un climat de relaxation, favorable à la reprise d'un allaitement efficace, avec un bébé le plus possible au contact de sa mère.

Si le bébé n'est pas assez tonique pour prendre le sein ou si son état nutritionnel nécessite un apport urgent de lait, il est toujours possible de donner à la cuillère ou à la tasse le lait maternel recueilli préalablement.

- **ÉCOULEMENT DE LAIT**

Un écoulement de lait peut s'observer de façon banale et classique durant le premier mois de l'allaitement, rarement au-delà et sans relation aucune avec la quantité de lait produit. L'utilisation d'un récupérateur n'est pas neutre car il risque d'entretenir cet écoulement en raison de la pression exercée sur le sein.

Exceptionnellement, un écoulement de lait peut avoir des causes médicales ou médicamenteuses, par exemple. : Primperan®, Motilium®.

- **MAMELONS DOULOUREUX SANS LÉSIONS**

### *Cause hormonale*

Les premiers jours de l'allaitement, le mamelon peut être hypersensible, voire douloureux.

Cette sensibilité augmente vers le 3ème jour. Elle est maximale en début de tétée. Elle est due au déséquilibre hormonal (déséquilibre œstroprogestatif).

La douleur peut être aiguë pendant un à deux jours et doit diminuer progressivement en 8 à 10 jours, grâce à la baisse du taux d'œstrogène.



Elle n'est donc pas due, ici, à des crevasses, et ne doit pas être traitée comme telle.

### *Causes locales*

- Le développement d'une mycose, souvent non visible mais qui s'accompagne d'une douleur bien réelle, est possible à tout moment de l'allaitement. La douleur est ressentie comme un coup de poignard qui traverse le thorax pendant la tétée et même après celle-ci. Elle peut être unilatérale.
- La présence d'un frein de langue court limitant la mobilité de la langue peut provoquer l'abrasion du mamelon.

*Toute agression, dans le but de « préparer la peau », n'a pour conséquence que de la déshydrater. Il faut éviter de modifier la protection naturelle de la peau.*

### • LES CREVASSES

La crevasse est une plaie traumatique. C'est une déchirure ou une abrasion de l'épiderme qui peut se faire en quelques secondes si la technique de succion est incorrecte.

A l'inverse, si cette technique est adéquate, une tétée même prolongée ne fait courir aucun risque.

### *Les causes possibles :*

- Mauvaise position du bébé
- Mauvaise technique de succion
- Étirement de l'aréole par le doigt appuyé sur le sein « pour dégager le nez du bébé »
- Retrait brutal du sein en fin de tétée
- Bébé mis au sein quand il n'est pas prêt ou déjà très agité



- Utilisation inadéquate du tire-lait (puissance d'aspiration trop élevée, dimension de l'embout non adapté à la dimension du mamelon...)

### *L'évolution d'une crevasse*

La plaie généralement sèche peut devenir suintante et parfois même saigner.

La présence de sang dans le lait n'est pas une contre-indication à la poursuite de l'allaitement.

*La crevasse est une porte d'entrée pour les germes.*

*Pour éviter tout risque de surinfection, il faudra traiter précocement chaque début de crevasse.*

### *Prévention des crevasses*

- Eviter les causes et varier la position du bébé au sein.

### *Traitement des crevasses*

- Remédier à la cause, ou parfois les causes, et changer la position du bébé
- Traiter la douleur :
  - ... Comme elle diminue parfois dès que le flux d'éjection se déclenche, la mère peut commencer la tétée par le sein non douloureux ou amorcer les flux d'éjection du lait par stimulation manuelle
  - ... Si la douleur est trop pénible, un anti-douleur compatible avec l'allaitement devrait être envisagé. Le sein douloureux serait maintenu au repos au maximum pendant 24 heures tout en prélevant le lait par expression manuelle (pas de tire-lait)
- Veiller à l'hygiène des mains de la mère et des soignants
- Traiter localement. Le produit idéal, compatible avec l'allaitement, est le colostrum ou le lait maternel qui est lipidique, hydratant, comestible, non toxique, non allergisant et qui a une odeur connue, appréciée par le bébé. Il contient des facteurs anti-inflammatoires, cicatrisants



et anti-infectieux. Le plus simple est donc de maintenir le mamelon constamment hydraté par l'application de colostrum ou de lait maternel.

## • ENGORGEMENT

L'engorgement est une congestion mammaire extrême, secondaire à un prélèvement insuffisant du lait. Les mécanismes en jeu forment un cercle vicieux :

- stase alvéolaire du lait liée à une production lactée supérieure à la consommation ;
- congestion des vaisseaux sanguins ;
- stase dans la circulation lymphatique ;
- œdème interstitiel qui lui-même aggrave le phénomène de stase.

A ce stade, tout le réseau lactifère est bloqué. Les capillaires sanguins et lymphatiques restent alors dilatés et contribuent à l'infiltration du tissu interstitiel. La tension douloureuse qui en résulte engendre des difficultés tant de prise du sein que d'éjection du lait. L'engorgement peut ainsi aboutir à une diminution, voire même à l'arrêt de la lactation.

*Une attention toute particulière doit donc être accordée à tout engorgement dès son apparition.*

Pour la description de la congestion mammaire physiologique, consultez le chapitre Les premiers jours : le temps de l'adaptation.

### *Caractéristiques*

- L'engorgement affecte généralement les deux seins.
- Dans certains cas, il peut n'être localisé qu'à une partie de la glande si un obstacle gêne l'éjection du lait.
- Les seins sont tendus, chauds, douloureux.



- *L'aréole est également étirée et tendue, ce qui peut aplatir le mamelon et le rendre moins préhensible.*

L'engorgement peut survenir à n'importe quel moment de l'allaitement, mais plus particulièrement entre le 3ème et le 7ème jour en raison de l'état hormonal spécifique de cette période (voir chapitre 6). L'engorgement entraîne parfois un pic de température.

### *Prévention*

- *Peau à peau immédiat, ce qui favorise une première tétée précoce*
- *Tétées non limitées, ni en fréquence, ni en durée (8 à 12 par 24h en moyenne)*
- *Allaitement proposé dès l'éveil calme sans attendre les pleurs*
- *Prise du sein correcte par le bébé*
- *Attention portée aux compressions externes du sein (doigt déprimant le sein, soutien-gorge trop serré, etc.)*
- *Sevrage de préférence progressif plutôt qu'un arrêt brutal de la lactation*

### *Traitement*

- *Désengorger le sein :*
  - ... *grâce à des tétées efficaces du bébé (voir Téter : un geste précis à ne pas perturber)*
  - ... *et si nécessaire, par l'expression manuelle ou au tire-lait. Il est parfois nécessaire de déclencher les flux d'éjection par des massages doux de l'aréole et/ou du sein et par l'application de chaleur*
- *Calmer la douleur et l'inflammation par :*
  - ... *l'application de chaleur avant la tétée pour favoriser l'écoulement*
  - ... *l'application de compresses froides après la tétée*
  - ... *la prescription d'anti-inflammatoire compatible avec l'allaitement (Paracétamol ®, Ibuprofen ®...)*



- *Apaiser le climat émotionnel : le professionnel recommandera la relaxation et le repos. Il écoutera, rassurera avec le souci de respecter l'intimité.*

- **LA MASTITE**

C'est une réaction inflammatoire du sein, appelée antérieurement lymphangite.

### *Caractéristiques*

- *Signes locaux*
  - ... *Tension douloureuse souvent généralisée ou limitée à une partie du sein*
  - ... *Apparition de plaques rouges, douloureuses et chaudes*
  - ... *Présence de ganglions axillaires.*
- *Signes généraux*
  - ... *Etat grippal (fatigue, fièvre, frissons, douleurs musculaires, céphalées).*

### *Traitement*

- *Appliquer la même conduite que pour l'engorgement.*
- *Conseiller à la mère le repos, son enfant contre elle, pour qu'il tète le plus souvent possible surtout du côté atteint. Le lait est très rarement contaminé.*

Les signes de mastite doivent s'améliorer nettement, généralement endéans les 12 à 36 heures. Si ce n'est pas le cas, un traitement antibiotique compatible avec l'allaitement et actif sur le staphylocoque et le streptocoque B (germes les plus souvent en cause) et sera alors prescrit. Ce traitement est préconisé d'emblée lors de mastite sévère ou bilatérale.



## • L'ABCÈS DU SEIN

L'abcès du sein est une complication relativement rare d'une crevasse ou d'une mastite prolongée ou insuffisamment traitée (antibiotiques à spectre non adapté, traitement trop court ou retardé).

### *Caractéristiques*

Dans la plupart des cas :

- *Douleur intense et localisée*
- *Fièvre importante*
- *Altération de l'état général*
- *Présence d'une masse dure ou rénitente, chaude et douloureuse parfois protubérante*
- *Masse repérable à l'échographie*
- *Diagnostic confirmé par l'échographie.*

### *Traitement*

- *Évacuation du pus par ponction sous échographie ou plus rarement par drainage.*
- *Antibiothérapie adaptée et compatible avec l'allaitement pendant au moins 15 jours.*
- *Repos.*
- *Prise d'antalgiques (paracétamol ®) ou d'anti-inflammatoires.*

L'allaitement ou l'extraction du lait peut se poursuivre y compris du côté atteint en fonction de la localisation de la plaie et de l'état général de la mère.

Des précautions d'hygiène rigoureuses (se laver les mains, éviter que le bébé ne soit en contact avec la zone malade) sont nécessaires.



## 15. Des techniques et accessoires parfois utiles

### • LES MASSAGES DU SEIN

#### *Pré-requis*

- Informer précisément la mère, demander son consentement au toucher et accepter un refus.
- Respecter son intimité.
- Favoriser son autonomie.
- Assurer calme, douceur, confort, relaxation... Le geste ne doit pas faire mal !
- Proposer préalablement un geste de confort : massage inter scapulaire, application de chaleur sur le sein (douche, ...).
- Se laver les mains.

#### *Massage aréolaire*

C'est un massage qui, comme le font la bouche et la langue du bébé, stimule les récepteurs sensoriels de l'aréole afin de rendre l'aréole préhensible.

Quand ?

Chaque fois que l'on voudra :

- assouplir une aréole trop tendue
- recueillir un peu de lait pour soigner le mamelon
- rendre plus aisée l'extraction du lait pour un bébé qui tète mal.

Comment ?

La mère masse délicatement l'aréole jusqu'à ce qu'elle obtienne un peu de colostrum ou de lait.

Le résultat n'est pas immédiat : la maman devra souvent être encouragée à persévérer.



### *Expression manuelle du lait*

C'est un massage qui a, pour objectif, d'extraire du lait.

Quand ?

Chaque fois que l'on voudra :

- *obtenir un peu de colostrum sans en perdre dans le matériel de tire-lait*
- *récolter du lait lorsque la congestion mammaire débute*
- *soigner le mamelon au lait maternel*
- *recueillir du lait pour le prématuré*
- *collecter de plus grandes quantités de lait*
- *stimuler la lactation*

Comment ?

- *Se laver soigneusement les mains (voir pré-requis).*
- *Laver et rincer les récipients utilisés, les stériliser si recommandé*
- *Placer la main en forme de C autour du sein, la pulpe de l'index et du majeur à 3-4 cm du mamelon, pouce juste en face.*
- *Effectuer avec les doigts un mouvement vers le thorax.*
- *Tout en maintenant ce recul, rapprocher les doigts à la fréquence d'environ 1 fois par seconde, en évitant de frotter ou pincer le mamelon.*
- *Varié la position de la main, pour stimuler les canaux lactifères de chaque quadrant du sein.*
- *Passer à l'autre sein chaque fois que la production diminue.*
- *Exprimer du lait jusqu'au résultat souhaité ou jusqu'à ce que le lait ne coule plus.*

Le résultat n'est pas immédiat...prendre le temps, surtout les premières fois.

Toute autre technique efficace et non douloureuse peut être employée.



## • LA COMPRESSION DU SEIN

La compression manuelle du sein pendant la tétée semble favoriser le transfert de lait vers un bébé qui ne tète pas assez vigoureusement.

Cette technique doit être indolore et peut être utile chez un bébé :

- *faible ou qui s'endort rapidement : prématuré, malade, ictérique, bébé dont la succion est immature...*
- *qui prend lentement du poids ...*

Comment ?

Comme dans l'expression manuelle, la main est posée en C autour de l'aréole et presse le sein en douceur.

## • LA TÉTERELLE

L'usage de la téterelle reste controversé sauf chez les prématurés ou chez les bébés qui n'arrivent pas à prendre le mamelon correctement ou qui le lâchent trop rapidement.

Il ne faut l'utiliser ni d'emblée ni trop précocement, que ce soit pour faire écran à la douleur, pour suppléer à des mamelons jugés « non conformes » ou pour stimuler la tétée du bébé. D'autres techniques devraient d'abord être tentées (correction de la prise du sein par le bébé, expression manuelle, massage aréolaire, aide à la mise au sein...).

Si elle est jugée nécessaire, l'usage de la téterelle ne devrait être que transitoire.

Si, dans certains cas, l'utilisation de la téterelle peut permettre l'instauration ou la poursuite de l'allaitement, certains inconvénients peuvent néanmoins en résulter :

- *La perturbation de la technique de tétée du bébé.*
- *L'apparition d'infections cutanées, engorgements, lymphangites.*
- *La crainte de la mère de ne pas avoir les seins « conformes ».*



- *La dépendance du bébé à l'accessoire.*

Si un soignant juge que l'utilisation d'une tétérèlle est adéquate et la propose à la maman, son rôle sera aussi de l'accompagner pour l'aider à s'en passer.

## • LES COQUILLES D'ALLAITEMENT

Elles sont aussi appelées récupérateurs ou cupules d'allaitement selon les modèles.

On peut conseiller l'utilisation des modèles à trous pour :

- *soulager la gêne provoquée par le frottement des vêtements sur des mamelons douloureux (début de la lactation, crevasse)*
- *permettre la cicatrisation des crevasses.*

La compression par les coquilles d'allaitement peut être un stimulant à la lactation mais présentes en permanence elles peuvent provoquer un engorgement.

Il ne faut ni les laisser en permanence ni les porter avec un soutien-gorge trop serré.

## • LE TIRE-LAIT MANUEL OU ÉLECTRIQUE

Cet appareil permet d'extraire et de recueillir du lait.

Il est surtout utilisé pour constituer des réserves de lait (bébé hospitalisé, prématuré, maman devant s'absenter, don de lait...).

On veillera à choisir un appareil performant et pratique. Son usage doit être indolore.

Le temps nécessaire pour déclencher les flux d'éjection et pour obtenir une certaine quantité de lait peut être plus long que lorsque le bébé est au sein. Il faudra faire preuve de patience.

Certaines mamans préfèrent cependant extraire leur lait manuellement (voir Expression manuelle du lait).



## • LA SUCETTE

Son utilisation peut être parfois défavorable à l'allaitement, surtout au cours des premières semaines.

### *Les risques :*

- *Diminution de la fréquence des tétées*
- *Occultation et non-résolution des difficultés d'allaitement ou des problèmes chez l'enfant*
- *Durée de l'allaitement écourtée.*

Cependant, la sucette peut contribuer à améliorer la succion des bébés nés très prématurément.

Tout accessoire utilisé dans le cadre de l'hôpital est stérile. S'il est utilisé à domicile, il doit être lavé à l'eau chaude savonneuse, rincé et égoutté (ou séché avec un essuie propre).





## 16. Conservation du lait maternel

De manière générale, les conditions d'hygiène et les précautions à prendre pour la manipulation et la conservation du lait maternel varient en fonction de l'âge de l'enfant, de sa condition physique et de son environnement (milieu hospitalier, milieu d'accueil ou domicile).

### • LE RECUEIL DU LAIT

Les conseils qui suivent s'appliquent aux enfants nés à terme, en bonne santé et vivant à la maison.

Conseils :

- *Les mains seront soigneusement lavées au savon et essuyées avec une serviette propre.*
- *Le matériel utilisé doit être propre, c'est-à-dire lavé à l'eau chaude savonneuse et bien rincé.*

### • LA CONSERVATION ET LA CONGÉLATION

Le lait tiré est refroidi immédiatement au réfrigérateur. Les quantités recueillies, endéans les 24 heures, à différents moments de la journée peuvent être rassemblées dans un même récipient. S'il est prévu de l'utiliser endéans les 72 heures, ce lait sera conservé au frigo pour sauvegarder au maximum ses propriétés. Après ce délai, il ne pourra plus être congelé.

Dans les autres cas, il sera congelé, le jour même, pour une utilisation ultérieure sans oublier de dater les récipients.

Au frigo (4°C max.)	Au congélateur (-18°C)
72 h	6 mois



On peut mélanger du lait nouvellement tiré puis refroidi à du lait déjà congelé à condition que la quantité de lait ajoutée soit inférieure à la quantité déjà congelée.

- **LA DÉCONGÉLATION**

*Elle peut se faire...*

- *Directement au bain-marie ou au chauffe-biberon pour une utilisation immédiate.*
- *En laissant le récipient fermé au réfrigérateur.*

**IMPORTANT**

- *le lait décongelé doit être utilisé dans les 24 heures et ne peut être recongelé*
- *ne jamais décongeler le lait dans un four à micro-ondes qui détruit certaines cellules du lait*
- *le lait réchauffé doit être utilisé rapidement*
- *ce que bébé n'a pas bu doit être jeté.*



## 17. Allaitement et contraception

La lactation peut prolonger la période d'infécondité postnatale, si et seulement si, sont réunies un ensemble de conditions, à savoir : absence de menstruation ; allaitement exclusif et fréquent, de jour comme de nuit ; et ce, seulement durant les six premiers mois post-partum. Cette aménorrhée lactationnelle devient, en effet, aléatoire avec la diminution du nombre de tétées. Ce qui conduit à envisager l'utilisation de méthodes contraceptives complémentaires.

Pour un bon démarrage de l'allaitement, il n'est pas conseillé de débiter une contraception hormonale avant trois ou quatre semaines post-partum.

Le choix sera celui du couple, dûment éclairé.

En l'absence d'allaitement, les cycles menstruels se rétablissent quatre semaines environ après l'accouchement.







## 18. Durée de la lactation

Le lait maternel donné exclusivement et à la demande du bébé est idéalement sa seule alimentation jusqu'à l'âge de 6 mois environ.

Il répond à tous les besoins nutritionnels de l'enfant. Il lui assure un développement optimal tel que défini par les courbes de croissance et les données de l'OMS.

La diversification consiste en l'introduction d'aliments solides choisis en fonction de l'âge de l'enfant et de la culture.

L'allaitement, associé à une alimentation solide, peut être poursuivi jusqu'à l'âge de 2 ans ou davantage si le couple et l'enfant le souhaitent et ce, même en cas de nouvelle grossesse.





## 19. La reprise du travail

La reprise du travail ne signifie nullement l'arrêt de l'allaitement.

Cette reprise nécessite cependant réflexion et préparation.

Quelques conseils utiles avant la reprise :

- *pratiquer un allaitement maternel exclusif jusqu'à la reprise du travail ou du moins jusqu'au 6<sup>ème</sup> mois ;*
- *tirer et conserver du lait maternel bien avant cette reprise pour constituer des réserves de lait (voir Des techniques et accessoires parfois utiles et Conservation du lait maternel)*
- *donner le lait maternel au biberon, à l'occasion d'une courte absence de la maman, mais pas avant l'âge de 3 mois. En effet, certains bébés refusent le sein après la prise d'un seul biberon tandis que d'autres passent facilement du sein au biberon et du biberon au sein ;*
- *profiter de la période d'adaptation en milieu d'accueil pour introduire le biberon de lait maternel, donné par une personne autre que la maman.*

A la reprise ...

- *profiter des moments de retrouvailles et des jours de congés pour donner le sein plus fréquemment (à la place du biberon donné en milieu d'accueil, à la suite d'un repas solide...). Ceci permet de prévenir une éventuelle diminution de la production de lait due à la fréquence moindre des tétées.*

Lorsque la maman et le bébé sont ensemble, les tétées peuvent se poursuivre aussi souvent et aussi longtemps que la maman le souhaite.

Cela aura d'autant plus de chances de réussir que l'allaitement aura été complet au moins pendant trois à quatre mois. A ce stade, l'allaitement devient moins dépendant du taux de base de prolactine et du statut ovarien.



Si une diminution de la production de lait est néanmoins constatée, la mère pourra adopter une ou plusieurs de ces solutions :

- *Augmenter la fréquence des tétées lorsqu'elle est en présence de son enfant ;*
- *Tirer son lait durant les heures de travail.*
- *Favoriser les tétées de nuit.*





## 20. Le sevrage

Le choix du moment du sevrage dépend du bébé et de ses parents. Dans tous les cas, le sevrage sera réalisé plus confortablement en ne réduisant que progressivement le nombre de tétées. Le temps qui sera nécessaire pour parvenir à un sevrage complet dépendra de chaque maman et de chaque bébé. En effet, en dehors de certaines maladies ou circonstances exceptionnelles, il n'y a pas d'indication médicale justifiant l'arrêt brutal de l'allaitement. Cependant, si une telle décision s'avère indispensable, le moment de cet arrêt détermine l'attitude à adopter.

### • SEVRAGE DURANT LA PREMIÈRE SEMAINE

Si la maman ne peut ou ne désire pas ou plus allaiter, l'arrêt de la lactation peut se faire progressivement, en quelques jours. La mère donnera le sein de moins en moins souvent ou exprimera de moins en moins de lait, en fonction de l'état de congestion de ses seins.

On peut aussi choisir de bloquer la lactation par un traitement médicamenteux.

Néanmoins, dans de nombreux pays, on n'utilise plus de tels médicaments en raison de leurs effets secondaires.

### • SEVRAGE AU-DELÀ DE LA PREMIÈRE SEMAINE

Lorsque la lactation est installée, le sevrage peut être réalisé par une diminution progressive de la fréquence des tétées.

Aucun médicament bloquant la lactation n'est alors nécessaire.

Avec le sevrage complet commence l'involution de la glande mammaire. Il est possible qu'une stimulation quelconque du sein provoque encore l'apparition de quelques gouttes de lait. Ce phénomène est normal et peut persister longtemps après l'arrêt des tétées.

Dans certaines conditions, un allaitement peut être repris après une courte période de sevrage.



## *Associations d'aide et d'encouragement à l'allaitement maternel*

### • ALLAITEMENT-INFOS ASBL

Rue de la Brasserie 2  
6061 Montignies-sur-Sambre  
071/31 61 16  
allaitement-infos@hotmail.com  
<http://www.allaitement-infos.be/>

#### *Services :*

- *Permanence téléphonique d'aide et de soutien à l'allaitement et à la parentalité.*
- *Séances d'information pour les futurs et jeunes parents.*
- *Séances d'information sur demande pour les écoles, les associations. ... : renseignements.*
- *Journée annuelle de formation pour professionnels.*

### • FLEUR DE LAIT ASBL

Route du Paradis 1  
4190 Werbomont  
086/43 43 09  
fleurdelait@belgacom.net

#### *Services :*

- *Conseils en allaitement.*
- *Réunions d'informations et d'échanges en prénatal et postnatal dans le cadre des consultations de l'ONE de la Ville de Liège.*
- *Permanence téléphonique.*
- *Formation pour le personnel de la petite enfance.*



## • INFOR-ALLAITEMENT ASBL

Rue de Braives 11  
4210 Vissoul (Burdinne)  
02/242 99 33  
info@infor-allaitement.be  
<http://www.infor-allaitement.be>  
Langues : français, anglais, suédois

### *Services :*

- *Permanence téléphonique.*
- *Séances d'information pour parents, futurs parents, élèves, etc.*
- *Publications pour tout public.*
- *Publication spécialisée pour professionnels.*
- *Participation à la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel.*
- *Participation à des initiatives nationales ou communautaires dans le domaine de l'allaitement maternel.*

## • LA LECHE LEAGUE BELGIQUE ASBL

Bihay 32  
6941 Heyd  
Tél.: 02/268 85 80  
info@lllbelgique.org  
<http://www.lllbelgique.org/>  
Langues: français, néerlandais, anglais, allemand, espagnol, portugais, danois

### *Services :*

- *Aide téléphonique*
- *Aide par e-mail: [questions@lllbelgique.org](mailto:questions@lllbelgique.org)*
- *Bulletin d'information électronique*
- *Séances mensuelles d'information et d'échange pour parents et futurs parents*
- *Listes de discussion pour parents*



- Publications pour parents
- Publications spécialisées pour professionnels
- Congrès pour parents et professionnels
- Formations pour professionnels
- Participation à la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel
- Participation à différents comités nationaux, régionaux et locaux

## Associations de professionnels

- **ASSOCIATION BELGE FRANCOPHONE ET GERMANOPHONE DES CONSULTANTES EN LACTATION (ABFGCL)**

Rue Plainevaux 228/3

4100 Liège

Nadine Poelmans : [nadinepoelmans@hotmail.com](mailto:nadinepoelmans@hotmail.com)

Katia Kauffmann : [jma.huysmans@skynet.be](mailto:jma.huysmans@skynet.be)

<http://www.consultation-allaitement-maternel.org/>

- **UNION PROFESSIONNELLE DES SAGES-FEMMES BELGES (UPSFB)**

Rue de Baume 203

7100 Haine-Saint-Paul

064/22 36 83

Les coordonnées des sages-femmes libérales qui sont consultantes en lactation certifiées IBCLC, figurent sur le site de l'UPSFB :

[www.sage-femme.be](http://www.sage-femme.be)

[contact@sage-femme.be](mailto:contact@sage-femme.be)



## Pour la promotion de l'allaitement

- **COMITÉ FÉDÉRAL DE L'ALLAITEMENT MATERNEL**

*Service Denrées alimentaires, aliments pour animaux  
et autres produits de consommation*

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement  
Place Victor Horta 40 Bte 10  
1060 Bruxelles  
02/524 73 51 ou 02/524 73 52  
info.allaitement@health.fgov.be  
<http://www.health.fgov.be/cfam>

- **RÉSEAU ALLAITEMENT MATERNEL ASBL**

Avenue du Bois Willième 32  
5101 Erpent  
[reseauallmat@scarlet.be](mailto:reseauallmat@scarlet.be)

## Publications spécialisées pour professionnels

- **EN FRANÇAIS**

- Beaudry Micheline, Chiasson Sylvie, Lauzière Julie  
*Biologie de l'allaitement, le sein, le lait, le geste*  
Presses de l'Université du Québec, 2006 - ISBN 2-7605-1395-5
- Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie  
*Allaitement maternel, les bénéfices pour la santé de l'enfant  
et de sa mère*  
brochure-synthèse du Programme national nutrition santé, 2005.  
En ligne sur le site <http://www.sante.gouv.fr>, rechercher « allaitement ».
- De Schuiteneer Bruno  
*Allaitement et Médicaments*  
Presses Universitaires de Bruxelles, syllabus, 2005.  
<http://www.pub.ulb.ac.be/>



- La Haute Autorité de Santé (HAS)  
*Allaitement Maternel, mise en œuvre dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant,*  
France, mai 2002.  
<http://www.has-sante.fr/>
- Haute Autorité de Santé  
*Favoriser l'allaitement maternel*  
Processus - Evaluation, France, juin 2006.  
<http://www.has-sante.fr/>
- Infor-Allaitement  
*Guide de l'allaitement*  
mise à jour régulière  
[www.infor-allaitement.be](http://www.infor-allaitement.be)
- International Lactation Consultant Association (ILCA)  
*Guide clinique pour l'établissement d'un allaitement exclusif,* 2005  
[http://www.lactitude.com/text/Actu\\_0609.html](http://www.lactitude.com/text/Actu_0609.html)
- La Leche League France  
*Les Dossiers de l'Allaitement, revue.*  
La Leche League Belgique : [www.lllbelgique.org](http://www.lllbelgique.org)  
02/268 85 80
- La Leche League France  
*Cahiers de l'allaitement, dossiers sur les thèmes :  
en maternité, à la maison, en néonatalogie*  
[www.lllbelgique.org](http://www.lllbelgique.org)  
02/268 85 80
- La Leche League France  
*Brochures abordant des thèmes spécifiques :  
hypoglycémie du nouveau-né et allaitement,  
comment choisir un traitement pour une femme allaitante, etc.*  
[www.lllbelgique.org](http://www.lllbelgique.org)  
02/268 85 80



- La Leche League France  
*Médicaments et allaitement*, 2008
- Mohrbacher, N., Stock, J.  
*Traité de l'allaitement maternel*  
version condensée, Ligue La Leche, 2006
- **EN ANGLAIS**
- American Academy of Pediatrics, Recommendations :  
*Breastfeeding and the Use of Human Milk*  
Pediatrics Vol. 115 No. 2, February 2005  
<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;115/2/496>
- Agency for Healthcare Research and Quality, Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries, 2007  
<http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf>
- EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe  
*Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action*  
European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2008.  
La version anglaise peut être téléchargée à ce lien :  
<http://www.burlo.trieste.it/documenti/revisedblueprint07.pdf>
- Hale Thomas  
*Medications and Mother's milk*,  
Pharmasoft Publishing, 2008 - ISBN-13 : 978-0-9815257-2-3
- Hale Thomas W et Hartmann Peter E  
*Hale's & Hartmann's Textbook of Human Lactation*  
Hale Publishing, L.P., 2008 - ISBN : 978-0-97722668-9-4
- *Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union, 2006*  
<http://www.infor-allaitement.be/pdf/EUpolicy06en.pdf>



- International Lactation Consultant Association (ILCA)  
*Journal of Human Lactation, revue*  
Sage Publications, Inc.  
<http://jhl.sagepub.com/> ou l'ILCA, <http://www.ilca.org/>
- International Lactation Consultant Association (ILCA)  
*Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding,*  
2005  
<http://www.ilca.org/ClinicalGuidelines2005.pdf>
- Lawrence Ruth et Robert Lawrence  
*Breastfeeding : A Guide for the Medical Profession, Mosby,* 2005  
ISBN: 978-0-323-02823-3
- Lauwers Judith et Swisher Anna  
*Counseling the nursing mother, A Lactation consultant's Guide*  
Jones and Bartlett, 2005 - ISBN-13 : 9780763726805
- Riordan Jan  
*Breastfeeding and Human Lactation*  
Jones and Bartlett Publishers, 2005 - ISBN-13 : 9780763745851
- Walker Marsha  
*Breastfeeding management for the Clinician – Using the evidence*  
Jones and Bartlett Publishers, 2006 - ISBN-13 : 9780763722609
- WHO  
*Evidence on the long-term effects of breastfeeding,  
Systematic reviews and meta-analyses,* 2007  
[http://www.infor-allaitement.be/pdf/avantages\\_OMS.pdf](http://www.infor-allaitement.be/pdf/avantages_OMS.pdf)  
[http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9241595230/en/  
index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241595230/en/index.html)
- Wilson-Clay Barbara et Hoover Kay  
*The Breastfeeding Atlas,* 2005 (avec DVD)  
publié par LactNews Press, USA  
<http://www.lactnews.com>



## Publications pour tout public

- Bayot Ingrid  
*Parents futés, bébé ravi*  
Robert Jauze, 2004 - EAN13 9782862140537
- Bumgarner Norma Jean  
*La mère, le bambin et l'allaitement*  
La Leche League International, 2006
- Didierjean-Jouveau Claude Suzanne  
*Les 10 plus gros mensonges sur l'allaitement*  
Editions Dangles, 2006 - ISBN :2-7033-0654-7
- Didierjean-Jouveau Claude,  
*L'allaitement maternel, la voie lactée*  
Jouvence Editions, 2003 - EAN13 : 9782883531802
- Guoth-Gumberger Marta et Hormann Elizabeth  
*Allaiter, Comment choisir pour bébé ce qu'il y a de mieux*  
Editions Vigot, 2008.
- Infor-Allaitement  
Brochures :  
*Allaiter... , 2005*  
*Comment tirer votre lait et le conserver, 1999*  
*J'attends des jumeaux, j'ai envie de les allaiter, 2002*  
*Prévenir et guérir les douleurs aux mamelons, 1997*  
*Travailler et allaiter, 2007*  
*Vous souhaitez allaiter, vous allaitez déjà, 2000.*
- La Leche League France, revue trimestrielle  
*Allaiter Aujourd'hui*
- La Leche League International  
*L'art de l'allaitement maternel, 2005*



- La Leche League  
**Brochures:**  
*Allaitement aux signes d'éveil, 2009*  
*Tirer et conserver votre lait pour votre bébé, 2009*  
*Mettre votre bébé au sein, 2004*  
*Mise en route de votre lactation, 2004*  
*Mon bébé prend-il assez de lait, 2004*  
*Comment augmenter votre lactation, 2004*
- Moorhead Joanna  
**L'allaitement**  
Pearson Pratique, 2006 - EAN 13 : 9782744061493
- Newman Jack et Pitman Theresa  
**L'allaitement : comprendre et réussir**  
Jack Newman Communications, 2006
- Pellé-Douël Christilla  
**Le guide de l'allaitement**  
Marabout, 2004 - EAN13 : 9782501040853
- Roques Nathalie  
**Allaitement maternel et proximité mère-bébé**  
Eres, 2003
- Roques Nathalie  
**Au sein du monde**  
éditions l'Harmattan, 2001 - EAN13 : 9782747517232
- Rousseaux-De Leo Anna,  
**Fleur de lait, l'allaitement un bon départ**  
Dangles-DG Diffusion, 2004 - EAN13 : 9782703305736
- Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation Sociale  
**Clés pour... devenir parent tout en travaillant, 2008**  
brochure téléchargeable sur le site <http://www.emploi.belgique.be/>  
et obtenue gratuitement par téléphone au 02/233 42 14  
ou par mail [publications@emploi.belgique.be](mailto:publications@emploi.belgique.be)



- Thirion Marie  
*L'allaitement, de la naissance au sevrage*  
Albin Michel, 2004 - EAN13 : 9782226142887
- Welford Heather  
*L'allaitement de votre bébé*  
Broquet, 2003 - EAN13 : 9782890006096

## Sites web autour de l'allaitement maternel

### • SITES BELGES

Allaitement-Infos :

<http://www.allaitement-infos.be>

Infor-Allaitement :

<http://www.infor-allaitement.be>

La Leche League Belgique :

<http://www.lllbelgique.org>

La Leche League Vlaanderen :

<http://www.lalecheleague.be/mainnl.htm>

Vereniging, Begeleiding en Bevordering van Borstvoeding vzw (VBBB):

<http://www.vbbb.be/>

Vzw Borstvoeding:

<http://www.vzwborstvoeding.be>

### • SITES EN FRANÇAIS

Fondation canadienne de l'allaitement :

<http://fondationcanadienneallaitement.org>

Information pour l'allaitement :

<http://www.info-allaitement.org>

Initiativ Liewensufank :

<http://www.liewensufank.lu>



La Leche League France:

<http://www.llfrance.org>

Lactitude :

<http://www.lactitude.com>

Santé et Allaitement Maternel :

<http://www.santeallaitementmaternel.com/>

- SITES EN ANGLAIS

Alliance mondiale de l'allaitement (WABA) :

<http://www.waba.org.my>

Australian Breastfeeding Association :

<http://www.breastfeeding.asn.au>

IBFAN, réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile :

<http://www.ibfan.org>

La Leche League International:

<http://www.llli.org>

The Academy of Breastfeeding Medicine :

<http://www.bfmed.org>

The Baby Friendly Initiative :

<http://www.babyfriendly.org.uk>

- REVUES

Journal of Human Lactation

Official Journal of the International Lactation Consultant Association :

<http://www.ilca.org>

Breastfeeding Medicine :

<http://www.bfmed.org>

International Breastfeeding Journal :

<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com>

Breastfeeding Abstracts :

<https://www.llli.org/ba/ba.html>



Pediatrics :

<http://pediatrics.aappublications.org>

American Family Physician :

<http://www.aafp.org/online/en/home/publications/journals/afp.html>

- COMMENT ET OÙ TROUVER DES TEXTES SCIENTIFIQUES ?

*En anglais*

PubMed :

<http://www.pubmedcentral.nih.gov>

The Cochrane Library :

<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME?CRETRY=1&SRETRY=0>

Australian Breastfeeding Association :

<http://www.breastfeeding.asn.au>

UNICEF UK Baby Friendly Initiative :

<http://www.babyfriendly.org.uk>

Drugs and Lactation Database (LactMed) :

<http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT>

*En français*

Unicef :

[http://www.unicef.org/french/nutrition/index\\_breastfeeding.html](http://www.unicef.org/french/nutrition/index_breastfeeding.html)

OMS :

[http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/topics/prevention\\_care/child/nutrition/breastfeeding/fr/](http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/breastfeeding/fr/)

Lactitude :

[http://www.lactitude.com/text/Ress\\_Pro.html](http://www.lactitude.com/text/Ress_Pro.html)

La Haute Autorité de Santé :

<http://www.has-sante.fr/>



Ce texte, version 2009, a été « retravaillé » à partir de la brochure « Allaitement maternel. Guide à l'usage des professionnels de la santé. Deuxième édition » réalisé par le Centre d'Education du Patient, asbl 2002-2004. Ce guide, aujourd'hui épuisé, était, lui-même inspiré d'une brochure réalisée pour le Conseil Général du Finistère dans le cadre d'une campagne départementale en faveur de l'allaitement maternel (édition 1997). Rédaction originale par Hélène Castric, sage-femme et Mariella Landais, puéricultrice (Institut Co-Naître).

*Les auteurs de ce texte, version 2009, sont :*

- *Christina DE SCHEPPER, La Leche League Belgique*
- *Maurice DICKSTEIN\*, pédiatre, Bruxelles*
- *Christel. JOURET, sage-femme, Clinique St-Pierre, Ottignies. Consultante en lactation IBCLC. DIU en lactation. Formatrice.*
- *Marie-Madeleine. LEURQUIN, chargée de communication, CEP*
- *Liliane PIRARD-GILBERT\*, pédiatre, chef de clinique, service de pédiatrie, Hôpital Etterbeek-Ixelles, conseiller-pédiatre ONE, consultante en lactation IBCLC*
- *Liliane SCHANER\*, Infor-Allaitement*
- *Jean-Noël VAN HEES, pédiatre, CHC Liège*

*\* Membres du Comité Fédéral de l'allaitement maternel*

Au fil des années, depuis sa première parution en 2001, une très large collaboration de médecins, pédiatres, accoucheuses, infirmières, formateurs, responsables d'associations oeuvrant en faveur de l'allaitement maternel ont permis de faire « évoluer » cet écrit en fonction des connaissances.

Nous les remercions pour leur compétence, leur investissement et leur compréhension.



### *Avec la collaboration de*

S. CANONNE, chef service Mat - bloc accouchement, Centre Hospitalier Hornu – Frameries ; J.-L. COLLIGNON, directeur, Centre d'Éducation du Patient ; A.M. CORBIER\*, accoucheuse, CHC site de Rocourt ; C. COUSSEMENT, médecin-formatrice en allaitement maternel ; C. DE SCHEPPER, La Leche League Belgique ; M.C. de TERWANGNE, T.M.S. Service Éducation-Santé ONE ; M. DICKSTEIN\*, pédiatre, Bruxelles ; J. DUTRIEUX, accoucheuse, Clinique St-Pierre Ottignies ; C. GRAMME, accoucheuse en chef Mat II, CHR Namur ; C. JOURET, sage-femme, Clinique St-Pierre, Ottignies ; E. LEDUNE, infirmière-chef de Service, CHR Warquignies - St-Joseph ; M.M. LEURQUIN, chargée de communication, CEP ; F. MOYER-SOEN\*, formatrice, Réseau Allaitement Maternel ; P. MOUCHET, consultant en communication, Question-Santé ; C. NIHOUL, infirmière, consultante en lactation IBCLC ; A. NOULS, accoucheuse en chef, CIUAP Mons ; H. PEREZ MENENDEZ, accoucheuse en chef, CHR Citadelle Liège ; L. PIRARD-GILBERT\*, pédiatre, chef de clinique, service de pédiatrie, Hôpital Ixelles Baron-Lambert. Conseiller-pédiatre ONE ; A. PRAILE, cadre intermédiaire, CHR Namur ; L. SCHARNER\*, Infor-Allaitement ; C. STEIGER, chef de salle service de pédiatrie, CHC Rocourt ; J.N. VAN HEES, pédiatre, CHC Liège ; G. VILAIN, infirmière cadre intermédiaire, Centre Hospitalier Hornu – Frameries.

\* Membres du Comité Fédéral de l'allaitement maternel



---

UNE INITIATIVE DU CENTRE D'EDUCATION DU PATIENT A.S.B.L.

TÉL. : 082/61 46 11 - FAX : 082/61 46 25

EMAIL : CEP\_GODINNE@SKYNET.BE

#### CONCEPTION

CENTRE D'EDUCATION DU PATIENT A.S.B.L. ©2009  
AVEC LE SOUTIEN DU MINISTÈRE DE LA RÉGION WALLONNE  
DIVISION DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

#### RÉALISATION

INFOGRAPHIE - ONE

#### CRÉDITS PHOTOS

XAVIER MEUR

MATTHIEU MILLER

C.E.P.

COMITÉ FÉDÉRAL DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

INFOR-ALLAITEMENT

---





« L'utilisation et la publication de ces textes, en tout ou en partie, doit être soumise à l'approbation des auteurs de la version 2009.

En cas d'utilisation du texte, en tout ou en partie,  
la source doit être citée dans ces termes :

Allaitement, Guide à l'usage des professionnels de la santé

Une initiative du Centre d'Education du patient, asbl

3<sup>ème</sup> édition réalisée en 2009 par :

Christina DE SCHEPPER  
La Leche League Belgique

Maurice DICKSTEIN\*  
pédiatre, Bruxelles

Christel JOURET  
sage-femme, Clinique St-Pierre, Ottignies  
Consultante en lactation IBCLC. DIU en lactation. Formatrice.

Marie-Madeleine LEURQUIN  
chargée de communication, CEP

Liliane PIRARD-GILBERT\*  
pédiatre, chef de clinique, service de pédiatrie, Hôpital Etterbeek-Ixelles,  
conseiller-pédiatre ONE, consultante en lactation IBCLC

Liliane SCHANER\*  
Infor-Allaitement

Jean-Noël VAN HEES  
pédiatre, CHC Liège

\* Membres du Comité Fédéral de l'allaitement maternel

