

EDITION 2026

ALLAITEMENT MATERNEL

Guide à l'usage des professionnels de la santé



ONE.be

Avec vous, pas à pas



ALLAITEMENT MATERNEL

Guide à l'usage des professionnels de la santé

CHAQUE ALLAITEMENT EST UNIQUE ...

... et 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, basée sur des données scientifiques, 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.

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 valoriser les compétences de la jeune mère et de son bébé.



Les professionnels jouent un rôle clé en apportant aux parents une information éclairée afin de renforcer leur autonomie.

POUR DES MAMANS ET DES BÉBÉS PLUS AUTONOMES ...

■ DÈS 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 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 et d'associations de soutien à l'allaitement maternel pouvant les accompagner après le séjour à la maternité (voir p. 72)



SOMMAIRE

1. L'ALLAITEMENT SE PRÉPARE BIEN AVANT LA NAISSANCE	5
2. LE SEIN, UNE GLANDE PREVUE POUR PRODUIRE DU LAIT.....	15
3. PHYSIOLOGIE DE LA LACTATION.....	18
4. LES BIENFAITS DE L'ALLAITEMENT	22
5. TÊTER : UN GESTE PRÉCIS À NE PAS PERTURBER	24
6. LA PREMIÈRE TÉTÉE OU LE TEMPS DE L'APPRIVOISEMENT	27
7. LES PREMIERS JOURS : LE TEMPS DE L'ADAPTATION	29
8. LA LACTOGÉNÈSE	34
9. CONDITIONS POUR UN BON DÉMARRAGE	35
10. LES RYTHMES DU NOUVEAU-NÉ.....	38
11. QU'EN EST-IL DES COMPLÉMENTS ?	41
12. DES SITUATIONS PARTICULIÈRES.....	43
13. DES INCIDENTS ?	46
14. DES TECHNIQUES ET ACCESSOIRES PARFOIS UTILES	52
15. CONSERVATION DU LAIT MATERNEL	56
16. L'ALIMENTATION MATERNELLE DURANT L'ALLAITEMENT.....	59
17. ALLAITEMENT ET CONTRACEPTION	63
18. DURÉE DE LA LACTATION	66
19. CONTRE-INDICATIONS A L'ALLAITEMENT	67
20. LA REPRISE DU TRAVAIL.....	68
21. LE SEVRAGE	70
ASSOCIATIONS D'INFORMATION ET DE SOUTIEN À L'ALLAITEMENT	72
ASSOCIATIONS DE PROFESSIONNELS	72
POUR LA PROMOTION DE L'ALLAITEMENT	73
PUBLICATIONS SPÉCIALISÉES POUR PROFESSIONNELS	73
PUBLICATIONS POUR TOUT PUBLIC.....	75
SITES WEB AUTOUR DE L'ALLAITEMENT	76
INDEX	78
REMERCIEMENTS	80



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 or les visites prénatales sont, pour les professionnels, des moments privilégiés pour 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 consultations prénatales, les "monitorings" de contrôle, les rencontres avec un Partenaire Enfants-Parents de l'ONE, 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 tout en gardant à l'esprit l'importance de l'allaitement maternel 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 jugements de valeur ni préjugés.

Une écoute active et une approche empathique permettent 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 se doit d'être à son écoute, d'évaluer une éventuelle contre-indication médicale, d'entendre 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 pourra saisir toute occasion pour apporter à la femme et à son entourage une information complète, evidence-based et pratique, pour leur permettre d'entrer en contact avec des mères ayant de l'expérience, et pour entendre l'évolution de leurs désirs. Ensuite il est également important de laisser la possibilité à une mère indécise d'expérimenter une ou plusieurs tétées, à la naissance, avant de prendre sa décision.

DE L'INFLUENCE POSITIVE 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. Idéalement, il sera associé aux informations données par le professionnel et aura l'occasion d'exprimer ses préoccupations, ses représentations et ses questions relatives à son rôle, sa place. 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, histoire et culture, leurs désirs, conflits et craintes.

Aucune préoccupation 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 dialogue 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 ?* ”

Ce sont les changements du volume des seins (qui surviennent particulièrement pendant la grossesse et surtout en cas de forte prise de poids), le nombre de grossesses, ainsi que le degré d'élasticité cutanée des tissus (différent d'une femme à l'autre), qui influent sur la tonicité des seins à long terme.

“ *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 et le donner à son bébé, ou le faire donner par une autre personne.

“ *Je ne me sens pas à l'aise à l'idée d'allaiter devant d'autres personnes* ”

Il est tout à fait possible d'allaiter sans exposer ses seins, de manière discrète, en portant des vêtements appropriés, par exemple des vêtements d'allaitement, ou un châle.

“ *Je n'ai pas envie que le papa se sente exclu si j'allait* ”

L'allaitement maternel peut être aussi bien source de fierté que de frustration pour les pères, pourtant il peut jouer un rôle précieux en renforçant la mère dans ses compétences et en lui accordant toute sa confiance.

Son soutien est important tant pour le choix que pour la poursuite de l'allaitement. 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.

Les relations père-enfant affectives et corporelles telles que le bain, le portage, le massage, le peau à peau, le jeu... 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 et la fatigue générale qui vont modifier l'équilibre entre les deux partenaires 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 aussi influencer le désir sexuel : sensibilité ou douleur au niveau du périnée, 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, des pertes de lait pendant les relations sexuelles, l'image érotique du sein éventuellement mise en compétition avec sa fonction nourricière...

Mais l'allaitement peut aussi mettre en valeur le corps de la femme, souligner sa féminité, augmenter sa confiance en elle. Ces facteurs sont favorables à une sexualité plus épanouie.

On ne peut donc qu'encourager les nouveaux parents à dialoguer. L'approbation et le soutien par le père sont importants tant pour l'allaitement que pour les bonnes relations dans le couple.

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

ou

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

Quelle que soit sa durée, l'allaitement est bénéfique à la santé du bébé et de la mère (voir *Les bienfaits de l'allaitement*).

La reprise du travail ne rime pas obligatoirement avec l'arrêt de l'allaitement. Quel que soit son âge, l'enfant continue à bénéficier des avantages nutritionnels et immunologiques du lait maternel, particulièrement lorsqu'il entre en collectivité. D'autre part, beaucoup de mères témoignent d'un meilleur vécu des séparations du couple mère-enfant grâce aux « tétées retrouvailles. Enfin, les enfants allaités sont moins souvent malades et l'absentéisme professionnel des parents est moins important ».

Pour soutenir les femmes qui souhaitent concilier allaitement et travail, il est intéressant de leur faire connaître la législation relative aux pauses d'allaitement. Cette loi permet aux femmes de pouvoir tirer leur lait sur leur lieu de travail (voir *La reprise du travail*). Les milieux d'accueil s'organisent également pour soutenir les mamans allaitantes. Se préparer à la reprise du travail et s'organiser facilite la poursuite de l'allaitement.

QUELQUES IDÉES REÇUES

“ Ma mère n’a pas pu me nourrir, donc je n’y arriverai pas... ”

Chaque allaitement est unique, il n’y a pas d’influence génétique.

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. ”

La taille du sein est dépendante de la graisse qui le constitue, c’est cela la différence entre les différentes tailles. 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 ait une incidence directe sur la quantité de lait produite, mais elle peut entraîner une moindre disponibilité à allaiter sans restriction.

“ 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 rares 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*).

“ Mon lait sera-t-il assez nourrissant pour mon bébé ? ”

Il n’y a pas de lait plus ou moins nourrissant. Même si il y a des différences de composition, elle sera toujours optimale aux besoins de l’enfant, jusqu’à l’âge de 6 mois. Par la suite, le lait maternel reste l’aliment à privilégier parallèlement à la diversification alimentaire pendant toute la première année et même au-delà.

“ *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 et le soutien et l'aide pratique de leur entourage et/ou de services extérieurs est dès lors très important.

Les hormones sécrétées à chaque tétée contribuent à la relaxation de la mère et même à son assoupissement. Ce sont des moments propices pour se reposer.

“ *Je fume. Mon lait sera-t-il bon ?* ”

Il est toujours préférable d'arrêter de fumer ou de vapoter 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 ou vapoter qu'après la tétée et le plus loin possible de la tétée suivante. Une consommation importante de cigarettes diminue cependant l'éjection et donc la production de lait.

“ *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 difficiles. Les mamelons plats, courts ou ombiliqués ne sont pas un obstacle puisque au cours de la tétée, la force de succion dans la bouche du bébé ainsi que la dépression engendrée dans la cavité buccale vont façonner le mamelon. (voir *Téter : un geste précis à ne pas perturber*).

Il vaut mieux éviter l'utilisation des téterelles, qui ne « forment » pas le mamelon (voir *Des techniques et accessoires parfois utiles*).



“ *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.

“ *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 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. Pourrai-je allaiter ?* ”

Il est important de se renseigner auprès du chirurgien pour connaître la façon dont le sein a été opéré afin de permettre aux femmes d'anticiper et de mieux

s'informer par rapport à leur situation particulière. 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.

Une intervention n'est donc pas un obstacle à l'allaitement mais celui-ci nécessite parfois un soutien professionnel adapté.

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

■ LA PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT : L'ESSENTIEL DURANT LES PREMIÈRES SEMAINES

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

- du contact **peau à peau** dès la naissance pendant au moins 1 heure et si possible jusqu'à la première tétée
- d'une première tétée dans la première heure dès que bébé se montre prêt (voir *La première tétée ou le temps de l'apprivoisement*)
- du **respect** des besoins, des **rythmes** du bébé, de l'allaitement à l'éveil, avec la recommandation d'allaiter sans aucune restriction, ni en fréquence ni en durée (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 *Des incidents ?*)
- 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 tétérelles...

■ LE SUCCÈS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL : UN APPRENTISSAGE MUTUEL

Des moments où le bébé est calme à ceux où il est 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 socio-culturelles du milieu est un processus très lent et individuel.

En effet à la naissance, et souvent bien au-delà, les attentes sociétales (qui modèlent les attentes des nouveaux parents) sont éloignées des réalités physiologiques des bébés. La taille de l'estomac augmente progressivement dans la première année de vie. Il ne prendra donc que progressivement des quantités de lait plus importantes. Il aurait besoin de bien plus que les 6 tétées

journalières, en moyenne 8 à 12 ou plus... Il faut donc laisser du temps au temps... des adaptations mutuelles.

La vie quotidienne avec un bébé peut interpellé 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 gâter 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 sources fiables : 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, Partenaires Enfant-Parents de l'ONE, consultantes en lactation, sages-femmes, kinésithérapeutes, répondantes bénévoles d'associations d'aide à l'allaitement... Le Comité Fédéral de l'Allaitement Maternel reprend sur son site (www.health.belgium.be/cfam), dans la rubrique « Répertoire des adresses utiles », les coordonnées de ces personnes-ressources ainsi que d'autres informations autour 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 » mis en place par l'UNICEF et l'OMS et octroyé par le Comité Fédéral de l'Allaitement Maternel.

■ SERVICE PUBLIC FÉDÉRAL EMPLOI (SPF), ONE, 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, dont vous trouvez un résumé sur le site de l'ONE. Pour plus de détails, consultez le site du Service public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale : www.emploi.belgique.be.







LE SEIN, UNE GLANDE PREVUE POUR PRODUIRE DU LAIT

Le sein est constitué

- extérieurement : de peau, d'une aréole et d'un mamelon
- intérieurement : de tissus glandulaires 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 produite 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. 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 (réseau veineux superficiel qui se situe sous la peau du sein, autour de l'aréole), 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 soutenus 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

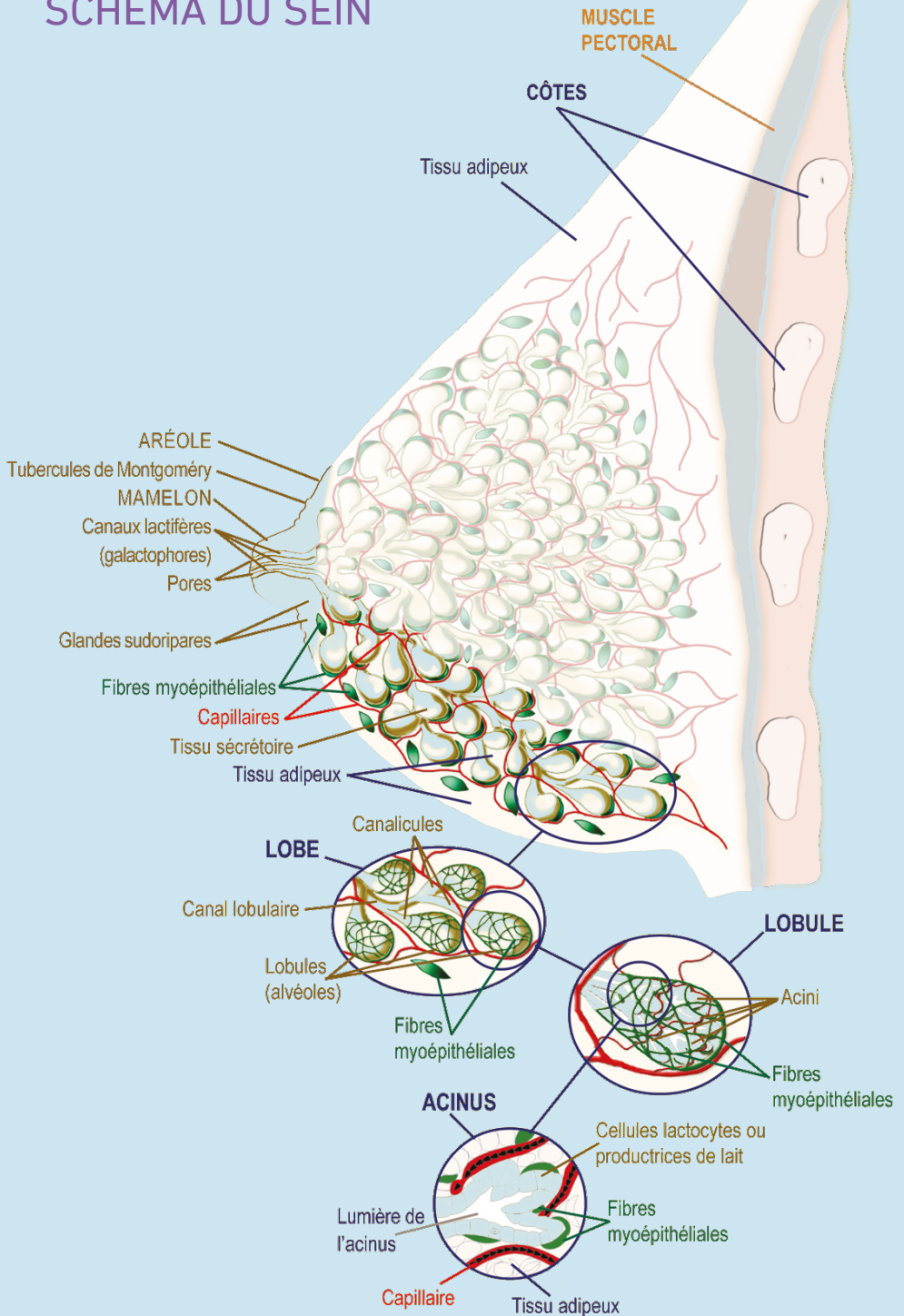
Le tissu glandulaire est parsemé de 10 à 20 lobes en grappe. Ces lobes sont séparés les uns des autres par du tissu conjonctif dense et chaque lobe se comporte comme une glande indépendante dont la taille est variable. Le lobe est formé de lobules, eux-mêmes composés d'acini (alvéoles) dont la structure est faite d'une seule couche de lactocytes, nom des 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 les 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





PHYSIOLOGIE DE LA LACTATION

L'expulsion du placenta et la stimulation de l'aréole du sein, vont déclencher la lactogénèse.

Deux hormones sont alors libérées par l'hypophyse : la prolactine qui permet la synthèse du lait et l'ocytocine qui agit sur la sécrétion et l'éjection du lait. Des tétées fréquentes et efficaces vont permettre de maintenir la production de lait.

Un contrôle autocrine régule la production de lait par rapport à la demande du bébé.

LA MISE EN ROUTE DE LA LACTATION

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

■ 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). Si nécessaire cette stimulation peut aussi être manuelle ou provoquée par un tire-lait.

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.

Le stress ou la douleur intense peuvent inhiber le réflexe d'éjection.

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 p.20 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 œstro-progestatif qui en résulte s'accompagnent d'une rétention d'eau et d'électrolytes et d'une augmentation progressive du débit sanguin dans les seins.

Vers le 3^{ème} 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. Ce taux est plus élevé durant la nuit.

■ L'OCYTOCINE

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

Au niveau des seins, elle provoque

- 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 les pertes sanguines et ainsi le risque d'infections et d'anémie maternelles.



LE CONTRÔLE AUTOCRINE DE LA LACTATION

Le volume de lait produit dépend surtout de facteurs de la régulation locale, appelée régulation autocrine. Celle-ci permet de réguler la production de lait, et ce de manière indépendante d'un sein à l'autre. Le volume de lait produit par la glande mammaire dépend en fait du transfert de lait du sein vers la bouche du bébé. Ainsi, plus les alvéoles sont pleines de lait plus la synthèse est ralentie et plus le bébé tète souvent et efficacement plus la production de lait dans les acini augmente.

On comprend ainsi que toute situation qui entrave la vidange du sein (tétées trop peu fréquentes, mauvaise position, compléments, engorgement,...) va se répercuter sur la production de lait. À l'inverse, l'augmentation de la fréquence des tétées et de leur efficacité va améliorer la production de lait.

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**

A chaque tétée, il est important que le bébé prélève suffisamment de lait pour que le contrôle autocrine puisse maintenir une production suffisante.



■ 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 production de lait va dépendre de la demande et de la stimulation par les tétées de bébé. Plus le sein est stimulé, plus la production est bonne.

Certaines substances, comme l'alcool, le tabac ou le cannabis, interfèrent dans la production de lait.

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 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, mais sera tout aussi capable de fournir à son bébé tout le lait dont il a besoin.



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.





LES BIENFAITS DE L'ALLAITEMENT

L'allaitement maternel constitue l'alimentation optimale pour le bébé. Il présente bien des avantages tant pour le bébé que pour la maman mais aussi au niveau économique et est une clé du développement durable.

L'allaitement est associé à

POUR L'ENFANT

- une réduction du risque de mort subite du nourrisson. Le partage de la même surface de sommeil est à éviter y compris chez les enfants allaités.
- une nutrition optimale
- une fréquence moindre des infections ORL, gastro-intestinales et respiratoires
- une diminution probable de la fréquence de certaines maladies chroniques (diabète de type I, maladie cœliaque - controversé par certaines études - 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.

Ces bénéfices existent tant dans les pays développés que dans les régions économiquement faibles, tant pendant l'allaitement qu'après son arrêt pour certaines pathologies.

Ceci est dû à l'apport d'anticorps maternels et de facteurs bioactifs (agents immunomodulateurs, hormones, facteurs de croissance,...).

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 favorise 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 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 la réduction du coût des soins de santé.

L'économie pour les parents est estimée à environ 500 euros par enfant allaité 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.





TÉTER: UN GESTE PRÉCIS À NE PAS PERTURBER

Une installation confortable de la maman, une bonne mise au sein du bébé favoriseront une tétée efficace. L'observation des signes de transfert du lait maternel et l'absence de lésion sur le mamelon confirment une tétée efficace.

TETER LE SEIN

Dès le 3^{ème} trimestre de la vie intra-utérine, le bébé a les compétences nécessaires pour téter.

Afin que le bébé tète efficacement, il faut veiller

- à une position confortable de la mère

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

- à une prise du sein efficace par le bébé

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
- sa lèvre inférieure est bien recourbée vers l'extérieur
- sa mâchoire inférieure bouge de façon rythmique
- son menton 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



- aux signes de transfert du lait chez l'enfant
 - un schéma de succion/déglutition/ respiration à un rythme soutenu avec des pauses périodiques ; les mouvements de la mâchoire sont plus lents quand il y a déglutition
 - des déglutitions audibles (signe parfois difficile à détecter)
 - les mains et bras relâchés et la bouche humide en fin de tétée
- aux signes de transfert du lait chez la mère
 - les seins s'assouplissent pendant la tétée
 - la mère se détend, voire somnole
 - en début d'allaitement, contractions utérines et flux accru de lochies durant ou après la tétée
 - au début de l'allaitement, écoulement de lait du sein opposé pendant la tétée
 - le mamelon est allongé mais pas pincé ou abrasé après la tétée

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 nécessite de pincer la tétine.

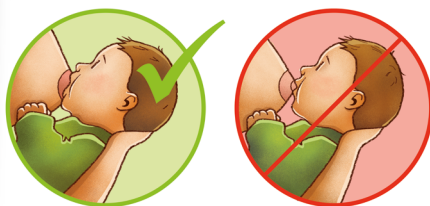
Donner un complément au biberon est susceptible de troubler le comportement des nouveau-nés. Les bébés courent donc le risque de téter inefficacement et par là, d'avoir moins de lait.

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

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, s'installera confortablement dans une position qui lui convient (assise, allongée...).



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 ou y placer un tissu (bavoir, petit essuie) enroulé sous le sein. Par contre, appuyer le doigt sur

le sein dans l'intention de dégager le nez du bébé est inutile et peut par ailleurs entraîner crevasses ou obstruction de canaux ou encore empêcher le bébé de bien maintenir le sein en bouche.



L'allaitement est un geste qui s'apprend : les premières mises au sein peuvent demander du temps, des tâtonnements, elles sont parfois un peu douloureuses. Par contre, sur la durée, allaiter ne fait plus mal. Une bonne mise au sein permet d'éviter certaines complications.



LA PREMIÈRE TÉTÉE OU LE TEMPS DE L'APPRIVOISEMENT

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 connaître et de tisser la relation, notamment par l'intermédiaire de l'allaitement.

LA PREMIÈRE RENCONTRE EN SALLE DE NAISSANCE

Habituellement, 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 sur sa mère, peut, en se dirigeant grâce à son odorat, trouver tout seul le mamelon, ouvrir la bouche et téter vigoureusement.

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...) sont donc à postposer.

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 est proposé au papa et peut avoir lieu avec la maman dès que celle-ci est bien éveillée et 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. 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 l'allaitement et l'attachement.

Ce contact peau à peau, initié en salle de naissance, doit être encouragé le plus possible au cours des premières 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 déperditions hydriques et thermiques.

Les stimuli tactiles et olfactifs 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 favorables au 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 faible poids de naissance, ainsi que pour certains gros bébés ou les bébés ictériques, 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.



LES PREMIERS JOURS : LE TEMPS DE L'ADAPTATION

Le lait maternel évolue au cours du temps. Le colostrum est le lait des premiers jours qui deviendra un lait de transition puis un lait mature pour le reste du temps de l'allaitement.

LE COLOSTRUM OU PREMIER LAIT



Le colostrum est épais, souvent de couleur jaunâtre. Il est riche en protéines, vitamines et minéraux. Produit en petite quantité, il permet pourtant de répondre parfaitement aux besoins du nouveau-né.

Le colostrum commence à être produit entre la 12^{ème} et la 16^{ème} semaine de grossesse et du lactose peut se retrouver dans les urines de la future mère. Certaines peuvent d'ailleurs présenter une petite sécrétion au niveau du mamelon bien avant la naissance.

■ PENDANT LES PREMIERS JOURS POST-PARTUM

Pendant les premiers jours post-partum, le sein produit du colostrum en petite quantité. Sa composition est adaptée aux besoins du bébé pendant cette période.

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 (+/- 50 ml au premier jour, +/- 200 ml au deuxième jour et +/- 400 ml au troisième jour).

	PREMIER JOUR	LAIT MATURE
LACTOSE	53g/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",

Elsevier Mosby, 2010.

Toutes ces évolutions de jour en jour, tant des volumes du colostrum produits 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 volume du colostrum produit s'adapte à la demande du ou des nouveau-nés s'il s'agit d'une grossesse multiple.

Le lactose du colostrum est directement assimilable par le bébé. Les sels minéraux et les protéines qu'il contient 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 présentes dans le colostrum :

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

■ INFLUENCE DU COLOSTRUM SUR LE TUBE DIGESTIF DU BÉBÉ

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

- il contribue à l'élimination du méconium (effet laxatif) et à la diminution du risque d'ictère
- il contient des facteurs de croissance cellulaire pour l'épithélium digestif
- il contribue à la mise en place d'une flore intestinale plus favorable à l'immunité

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

UNE ADAPTATION MUTUELLE

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

Souvent, la nuit du deuxième jour, un bouleversement hormonal se produit : la concentration de la progestérone chute, ce qui d'une part entraîne le déséquilibre œstroprogestatif 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 ?

La tension des seins pourra être atténuée par :

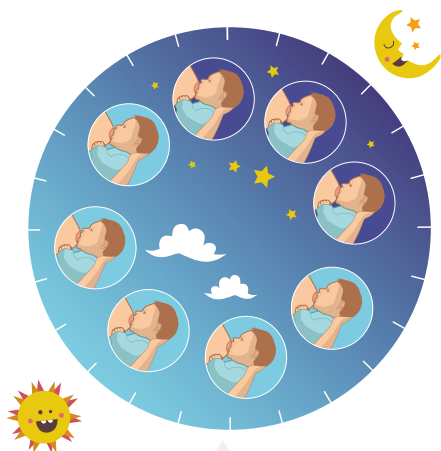
- une prise correcte du sein par le bébé et des tétées efficaces (voir *Téter : un geste précis à ne pas perturber*)
- des tétées fréquentes et en particulier la nuit. En effet, le taux élevé de prolactine pendant la nuit accentue la congestion mammaire

Et si les tétées ne suffisent pas à diminuer la congestion, la mère peut tirer du lait manuellement ou avec un tire-lait.

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^{ème} et le 10^{ème} 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.



8 à 12 tétées par 24h

■ 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 (au moins 5 à 6 langes mouillés 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. 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^{ème} jour, la majorité des nouveau-nés ont amorcé ou amorcent leur reprise pondérale.

AU COURS DES PREMIERS JOURS...

... s'assurer aussi que

- les tétées ne sont limitées ni en durée, ni en fréquence
- la mère sait reconnaître une position correcte du bébé au sein, repérer l'existence des flux d'éjection et surveiller les signes qui indiquent que son bébé reçoit assez de lait
- les parents sont capables de reconnaître les signes d'éveil

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).





LA LACTOGÉNÈSE

L'évolution du lait maternel est programmée génétiquement.

La progression à partir du stade colostré (liquide 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^{ème} au 20^{ème} jour après la naissance.

LA LACTOGÉNÈSE EN DEUX PHASES :

■ LACTOGÉNÈSE I : DU MILIEU DE LA GROSSESSE JUSQU'AU 4^{ÈME} 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-infec-

tieuses, comme les immunoglobulines et la lactoferrine.

L'expulsion du placenta entraîne, en plus ou moins 4 jours, un effondrement du taux de progestérone.

En fin de lactogénèse I, les lactocytes deviennent progressivement jointifs ; les espaces intercellulaires et ainsi les échanges bidirectionnels passifs s'amenuisent. Cette modification anatomique est cohérente avec l'évolution du colostrum en lait.

■ LACTOGÉNÈSE II : À PARTIR DU 4^{ÈME} JOUR POST-PARTUM

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

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

Celui-ci deviendra du lait mature après quelques ajustements de concentration. 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 +/- 50 % par rapport au premier jour tandis que les protéines qui étaient élevées dans le colostrum du 1^{er} jour diminuent dans le lait définitif.

9 CONDITIONS POUR UN BON DÉMARRAGE

LES CONDITIONS POUR UN BON DÉMARRAGE DE L'ALLAITEMENT

- le peau à peau immédiat et prolongé dès la naissance
- le bébé placé face à sa mère entre ses seins, à hauteur ou légèrement plus bas que le mamelon afin qu'il puisse trouver le sein seul et à son rythme
- un bébé physiquement proche de sa mère 24 h sur 24, y compris pendant les procédures de routines et examens menés sur le bébé
- la mère connaît les signes de faim qui montrent qu'un bébé est prêt à téter afin que l'allaitement se fasse à la demande du bébé : sa respiration change, il bouge les yeux sous les paupières, il remue bras et jambes, il s'étire, il porte les mains à la bouche...



Sa bouche est ouverte, et il cherche à téter.



Il fait des petits bruits avec sa bouche.



Il bouge ses mains, ses pieds, il porte ses mains en bouche.

- elle connaît les signes qui montrent que le bébé tète correctement au sein (voir *Téter : un geste précis à ne pas perturber*)
- elle sait vérifier si l'enfant reçoit suffisamment de lait (voir *Les premiers jours : le temps de l'adaptation*)
- l'enfant ne reçoit pas de compléments, sauf indication médicale
- 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
- un environnement respectant au maximum le rythme de sommeil du bébé et de la mère
- présence de l'entourage familial

- cohérence des conseils donnés à la mère par les divers professionnels
- écoute sans jugement des préoccupations et souhaits des parents.

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



FACTEURS QUI PEUVENT COMPROMETTRE LA CAPACITÉ DE LA MÈRE À ALLAITER ET DE L'ENFANT À TÉTER

■ LES FACTEURS DE RISQUE PRINCIPAUX CHEZ L'ENFANT

- manœuvres obstétricales lors de la naissance et/ou traumatisme
- moins de 38 semaines de gestation
- difficulté à maintenir le sein en bouche
- succion inefficace
- somnolence ou irritabilité persistante
- longs intervalles entre les tétées
- hyperbilirubinémie
- hypoglycémie
- dysmaturité
- retard de croissance intra-utérin
- frein de langue trop court
- naissance multiple
- déficit neuromoteur
- anomalie chromosomique
- malformation buccale
- maladie aiguë ou chronique
- utilisation d'une sucette ou d'une tétine de biberon
- séparation mère-enfant

■ LES FACTEURS DE RISQUE PRINCIPAUX CHEZ LA MÈRE

- difficultés d'un allaitement précédent
- interventions et/ou traumatismes lors de la naissance
- séparation mère-enfant
- absence de modification des seins pendant la grossesse
- mamelons abrasés ou blessés
- seins pleins non soulagés ou engorgement
- douleur persistante du sein
- perception par la mère d'une insuffisance de lait
- maladie aiguë ou chronique
- prise de certains médicaments
- prise de drogues ou prise abusive de médicaments
- passé d'abus sexuel
- hypoplasie du sein
- mamelon ombiliqué
- chirurgie ou traumatisme mammaire
- trouble hormonal
- obésité

10 LES RYTHMES 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 bébé
- répondre à son éveil, le prendre et le nourrir aux moments opportuns avant qu'il ne pleure
- stimuler son éveil quand cela s'avère nécessaire, le bébé qui dort beaucoup peut être en économie d'énergie
- 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 et se modifie souvent durant la première année.

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^{ÈME} OU 3^{ÈME} NUIT

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

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^{ÈME} 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 s'endort à nouveau. Ce sera souvent pour un temps plus long.

Vu la grande digestibilité du lait maternel, les tétées fréquentes ne posent aucun problème digestif sévère.

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

Les bébés ont un rythme de sommeil irrégulier, de jour comme de nuit et des phases de sommeil beaucoup plus courtes que celles de l'adulte. Ils ont également besoin de tétées fréquentes, dormir et téter sont étroitement liés. Plus bébé se réveille fréquemment, plus il tète. Plus il tète, plus la production de lait est stimulée et ainsi sa croissance assurée.

APRÈS QUELQUES SEMAINES

Beaucoup de bébés pleurent en soirée, d'où l'utilisation de l'expression « les pleurs du soir ».

Souvent, ils 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 angoissé... !

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.).

Pour aider la maman à suivre ce rythme, le portage, le berceau codo-dodo et l'allaitement à la demande peuvent être proposés.



LES ÉTATS DE VEILLE- SOMMEIL DU NOUVEAU-NÉ

Un cycle de sommeil est composé de plusieurs phases : l'endormissement, le sommeil lent et le sommeil paradoxal ou sommeil agité.

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

■ EN SOMMEIL AGITÉ (20 À 40 MINUTES)

L'état du bébé se caractérise par

- la présence de mouvements des doigts, des pieds, du visage et des yeux contrastant avec une hypotonie globale
- 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
- un tonus musculaire important : le bébé dort « à poings fermés »
- une fréquence cardiaque et respiratoire régulière

■ EN ÉVEIL CALME

L'état du bébé se caractérise par

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

Ces périodes d'éveil calme s'allongent progressivement.

■ EN ÉVEIL AGITÉ

L'état du bébé se caractérise par

- 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». Il ne faut pas attendre que le bébé pleure pour le nourrir.

Proposer le sein dès qu'il présente des « signes de faim » (voir *Conditions pour un bon démarrage*).

■ RYTHME JOUR/NUIT

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



Donner un complément n'est jamais quelque chose d'anodin tant pour la confiance en soi de la mère que pour l'équilibre physiologique du bébé.

LES COMPLÉMENTS DE COLOSTRUM ET DE LAIT MATERNEL

Si une indication médicale de complément est posée, le premier choix est le colostrum ou le lait de la mère de l'enfant. Faute de colostrum ou de lait maternel, la meilleure alternative est le lait pasteurisé de donneuse. Il ne devrait pas être donné avec une tétine mais plutôt avec une seringue, un petit godet, une petite cuillère... afin d'éviter la possible « confusion sein/tétine ».



LES COMPLÉMENTS DE LAIT INFANTILE

Tous les compléments présentent à des degrés divers des risques de

- 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 infantiles, qui donnent lieu à une colonisation de la muqueuse de l'intestin par des bactéries moins favorables ou potentiellement pathogènes

La première colonisation bactérienne de l'intestin 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.

- en cas de terrain allergique, le complément de lait infantile peut jouer un rôle sensibilisateur aux protéines ingérées
- 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.

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

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

LES COMPLÉMENTS D'EAU

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 ».



12 DES SITUATIONS PARTICULIÈRES

Une naissance par césarienne, une naissance prématurée, un bébé de petit poids, des jumeaux sont des situations particulières qui vont demander adaptation et soutien dans le démarrage de l'allaitement.

LE BÉBÉ NÉ PAR CÉSARIENNE

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

Toutefois on observe régulièrement un retard de congestion vasculaire des seins, secondaire à divers facteurs comme le stress de l'intervention, une mise au sein plus tardive, la douleur, entraînant un peu à peu et des tétées un peu moins fréquentes.

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

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



L'ENFANT PRÉMATURÉ

Le lait maternel constitue pour les prématurés un véritable médicament. Idéalement il devrait recevoir le lait de sa propre mère et ce au départ via une sonde gastrique ; à défaut, les prématurés nés avant 32 semaines de gestation ou avec un poids de naissance < 1500 gr recevront du lait de lactarium.

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 pompage (le lait est tiré aux deux seins simultanément).

Le lait devra être tiré très fréquemment. En effet, il est très important d'augmenter la production de lait au-delà des besoins du prématuré pour assurer quelques semaines plus tard une production suffisante pour couvrir ses besoins.

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

Les mères peuvent commencer à mettre leur bébé au sein dès que celui-ci présente une stabilité cardio-respiratoire, sans tenir compte de son âge, de son niveau de maturité ou de son poids. On voit une variation très importante dans la prise de lait au sein. De très grands prématurés sont capables de téter et d'atteindre tôt un allaitement complet, lorsqu'on leur donne l'opportunité de téter et d'avoir un accompagnement adéquat. Il ne faut jamais imposer de limites non justifiées aux mises au sein.

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 et la chaleur maternelle

- puis des tétées "d'apprentissages" pour acquérir la technique de succion tout en continuant à le nourrir par sonde gastrique
- 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 age).

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 nécessaire. Un allaitement mixte est souvent proposé, à tort, puisqu'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.

ICTÈRE AU LAIT MATERNEL

L'ictère (jaunisse) est plus fréquent chez les bébés allaités, mais il est le plus souvent sans gravité.

On distingue :

L'ictère de l'allaitement. C'est l'ictère physiologique survenant chez un grand nombre de nouveau-nés vers le 3^e-5^e jour. Il est plus fréquent chez les enfants allaités, en lien avec des apports en lait limités au cours des premiers jours de vie (phase colostrale). Il disparaît spontanément quand la quantité de lait augmente et que le bébé prend du poids.

L'ictère au lait maternel, qui apparaît après une semaine et peut durer plusieurs semaines. Le bébé va bien et a une prise de poids normale. Il n'y a aucune raison d'interrompre l'allaitement, mais il faut vérifier qu'il ne s'agit pas d'une maladie du foie (particulièrement si les selles sont décolorées) via un contrôle de prise de sang.



13 DES INCIDENTS ?

La plupart des problèmes évoqués ci-dessous pourront être évités par des mesures de prévention. Le recours à une personne compétente est souvent nécessaire et devrait se faire au moindre doute avant l'apparition de complications.



HYPOGALACTIE

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, seins qui ne coulent plus, bébé qui boit un biberon après la tétée, selles moins fréquentes, ... Il s'agit de vérifier si ces plaintes témoignent véritablement d'une production de lait insuffisante, l'hypogalactie vraie étant rare.

■ QUELS SONT LES INDICES OBJECTIFS D'UNE INSUFFISANCE DE LAIT ?

- évolution insatisfaisante du poids
- émission faible d'urine
- selles dures ou sèches
- bébé dort de plus en plus et réclame de moins en moins mais ne grossit pas

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

- une évaluation de la pratique de l'allaitement et des rythmes du bébé qui influencent la stimulation du sein et ont une conséquence directe sur la production de lait (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 langue trop court, malformations oro-buccales, troubles neurologiques, trisomie, sténose du pylore, infection, allergie, régurgitations importantes...
- 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 (peau à peau).

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 parfois durant le premier mois de l'allaitement, mais plus rarement au-delà et sans relation aucune avec la quantité de lait produite. L'utilisation d'un récupérateur n'est pas neutre car celui-ci 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 avec : Primperan®, Motilium®.

MAMELONS DOULOUREUX SANS LÉSION

■ CAUSE HORMONALE

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

Cette sensibilité augmente vers le 3^{ème} 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 ou d'une infection à staphylocoque ou à streptocoque B, parfois visible par une aréole rose ou rouge ou une peau qui crevasse et ne cicatrise pas, accompagnée de fortes douleurs, est possible à tout moment de l'allaitement. La douleur peut être ressentie comme des lancements dans le sein, voire 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 également 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, aidée pendant l'allaitement par les facteurs antiseptiques du lait maternel.



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

■ CAUSES POSSIBLES

- mauvaise position du bébé
- prise du sein incorrecte
- 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...)
- anomalie fonctionnelle de la bouche du bébé.

■ 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

Vérifier la prise du sein par le bébé et éviter les causes de crevasses.

■ TRAITEMENT DES CREVASSES

- remédier à la, ou les, cause(s) et varier 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 antidouleur compatible avec l'allaitement doit 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 riche en lipides, 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.



L'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 être accordée à tout engorgement dès son apparition.

Pour la description de la congestion mammaire physiologique, voir *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 *Les premiers jours : le temps de l'adaptation*). 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 24 h en moyenne)
- allaitement proposé dès l'éveil calme
- 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-inflammatoires compatibles avec l'allaitement (ibuprofène...)
- apaiser le climat émotionnel : le professionnel recommandera la relaxation et le repos ; il écoutera et rassurera avec le souci de respecter l'intimité.

LA MASTITE (appelée aussi lymphangite)

c'est une réaction inflammatoire du sein avec ou sans infection.

■ CARACTÉRISTIQUES

- tension douloureuse généralisée ou limitée à une partie du sein
- apparition de plaques rouges, douloureuses et chaudes
- présence de ganglions axillaires
- état 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) 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
- diagnostic confirmé par l'échographie

■ TRAITEMENT

- évacuation du pus par ponction sous échographie ou 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.



DES TECHNIQUES ET ACCESSOIRES PARFOIS UTILES

Plusieurs méthodes et accessoires existent pour soulager un sein engorgé, favoriser le transfert de lait lorsque la tétée n'est pas assez vigoureuse, faire écran à la douleur, ou constituer des réserves de lait.

La manipulation du lait maternel demande de respecter des conditions d'hygiène rigoureuses (lavage des mains, matériel propre). Ces précautions pourront être plus importantes si l'enfant présente une fragilité (prématurité, déficience immunitaire, ...) ainsi qu'en collectivité.

L'EXTRACTION MANUELLE DU LAIT

■ PRÉREQUIS POUR LE PROFESSIONNEL

- informer précisément la mère, demander son consentement au toucher si la toucher est nécessaire 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

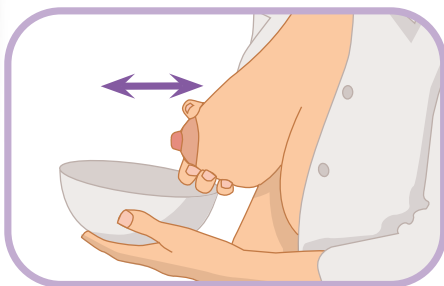
■ QUAND ?

Chaque fois que l'on voudra

- recueillir un peu de lait pour soigner le mamelon
- rendre plus aisée la succion pour le bébé en cas d'engorgement
- obtenir un peu de colostrum sans en perdre dans le matériel de tire-lait
- recueillir du colostrum puis du lait pour le prématuré
- collecter de plus grandes quantités de lait
- stimuler la lactation

■ COMMENT ?

- se laver soigneusement les mains
- laver et rincer les récipients utilisés, les stériliser si recommandé



- placer la main en forme de C à la périphérie de l'aréole (pouce au-dessus et autres doigts en dessous), 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
- varier 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.

L'extraction ou l'expression manuelle du lait doit être maîtrisée par la mère le plus rapidement possible. Idéalement, elle est à enseigner lors des séances de préparation à la naissance en prénatal.

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 tétérelle 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. Attention, il existe différentes tailles de tétérelle en fonction des mamelons, il est nécessaire de se faire guider par un professionnel de l'allaitement pour une utilisation efficace du matériel adéquat.

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 « compliqués » 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, aide à la mise au sein...

Si la tétérelle est jugée nécessaire, son usage ne devra être que transitoire.

Si, dans certains cas, l'utilisation de la tétérelle 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 dépendance du bébé à l'accésoire
- un risque de diminution de la production de lait

Si un soignant juge que l'utilisation d'une tétérrelle 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

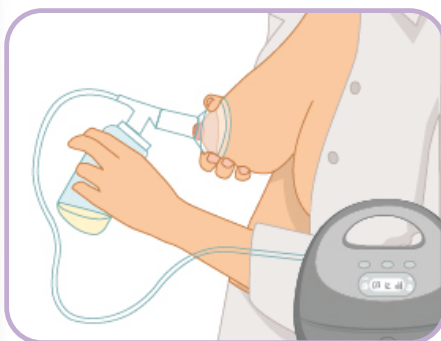
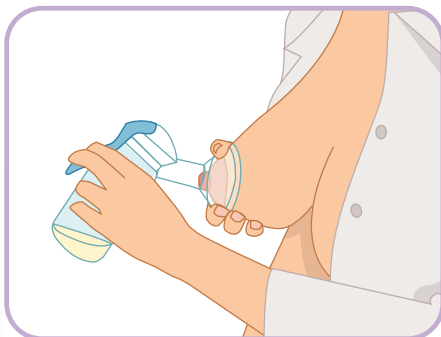
Elles sont aussi appelées récupérateurs ou cupules d'allaitement selon les modèles.

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, stock pour l'avenir et pour stimuler ou conserver une bonne production de lait à la reprise du travail, ...). Dans ce cas, le tire-lait à double pompe permet de gagner du temps pour une extraction maximale.

On veillera à choisir un appareil performant et pratique (force et rythme d'aspiration variables). 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.

La quantité de lait exprimée n'est d'ailleurs pas représentative de la capacité de production de la femme allaitante, ni des volumes consommés par le nourrisson.

Certaines mamans préfèrent cependant extraire leur lait manuellement (voir ci-dessus L'extraction manuelle du lait).

LA SUCETTE

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

■ 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

Plus tard, lorsque l'allaitement est "bien installé" depuis plusieurs semaines, la sucette n'est plus contre-indiquée. Elle peut éventuellement être utilisée pour apaiser le besoin de succion de certains bébés qui en expriment le besoin.

D'autre part, la sucette peut aussi 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).



15 CONSERVATION DU LAIT MATERNEL

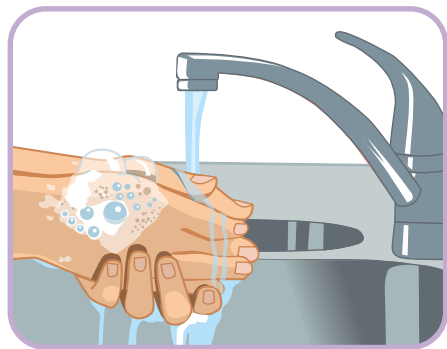
LE RECUEIL DU LAIT

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).

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

Bien qu'il soit généralement admis que les composants et les propriétés du lait maternel se modifient lors du stockage, les données scientifiques actuelles confirment que le lait maternel stocké dans des bonnes conditions d'hygiène garde ses caractéristiques et reste « l'étalon-or » pour l'alimentation du nourrisson. Une bonne anticipation du moment d'utilisation orientera le mode de stockage.

Il se conserve de manière sécuritaire dans les conditions suivantes :

- Placer le lait maternel au fond du réfrigérateur (+ 4°C) pour éviter les fluctuations importantes de températures
- Si l'utilisation du lait maternel est prévue endéans les 4 jours, le lait sera conservé en priorité au frigo pour sauvegarder au maximum ses propriétés. Après ce délai, il ne pourra plus être congelé
- Pour une utilisation ultérieure à 4 jours, il sera congelé (-18°C) de préférence le jour même de la récolte, pour une durée de congélation idéale de max 6 mois, voire 1 an.

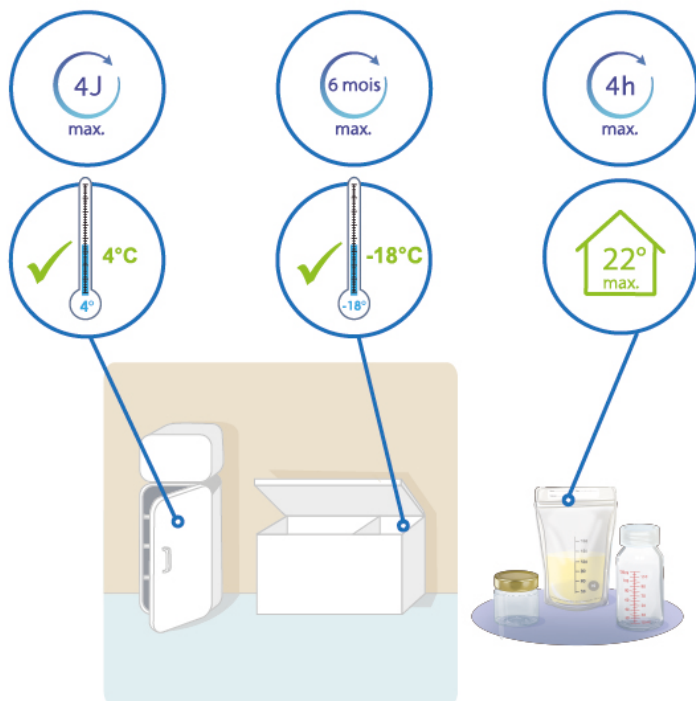
- S'il est prévu donner rapidement le lait maternel tiré au bébé, une durée de conservation de 4 heures à température ambiante semble une limite raisonnable
- Le lait nouvellement tiré peut être ajouté dans un récipient contenant du lait réfrigéré mais seulement après avoir été refroidi préalablement au réfrigérateur
- Congeler des petits volumes de lait (60 à 120 ml) afin de permettre une décongélation plus rapide et de prévenir le gaspillage de lait maternel
- La date de récolte et lorsque l'enfant fréquente un milieu d'accueil, le nom de l'enfant seront notés sur le récipient.

Pour plus de détails sur les durées de conservation du lait maternel frais et congelé, voir le tableau page 81.

Le lait maternel tiré peut être conservé :
dans un récipient alimentaire propre avec couvercle hermétique, de préférence en verre ;

dans un sachet stérile, prévu à cet effet, vendu en magasin de puériculture, ou en pharmacie.

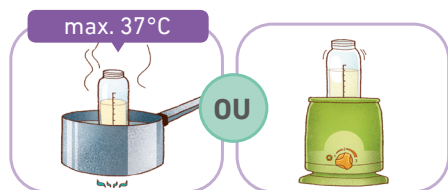
Notez que le verre, matériel inerte et stable, est à privilégier. Si des contenants en plastique sont utilisés, seuls les plastiques destinés à un usage alimentaire et sans bisphénol devraient être employés pour le stockage du lait maternel.



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

Le lait congelé peut avoir une odeur « rance ». Ceci est dû à l'action de la lipase, enzyme naturellement contenue dans le lait maternel, qui favorise la digestion et donc l'absorption des graisses. Ce lait est cependant parfaitement comestible.

Si l'enfant refuse ce lait, il peut être réchauffé juste en dessous du point d'ébullition. On le laisse refroidir avant de le présenter à nouveau.

QUELQUES POINTS IMPORTANTS :

- le lait décongelé doit être utilisé dans les 24 heures et ne peut être recongelé
- ne jamais réchauffer ou décongeler le lait dans un four à micro-ondes qui détruit certaines cellules du lait et altère ainsi ses propriétés anti-infectieuses
- le lait maternel chauffé qui n'a pas été en contact avec l'enfant se conserve maximum 2 heures à température ambiante
- le lait maternel non bu et qui a été en contact avec l'enfant doit être jeté après une heure.



Dans les sociétés industrialisées, l'alimentation maternelle n'interfère que peu sur la qualité nutritionnelle du lait maternel. Le lait maternel étant « codé génétiquement » pour répondre spécifiquement aux besoins nutritionnels de l'enfant, seules les dénutritions maternelles sévères telles que rencontrées dans les pays en développement ou les régimes très restrictifs peuvent avoir une incidence sur la qualité nutritionnelle du lait.

L'alimentation doit être variée et équilibrée avec un apport en lipides de bonne qualité. En effet, les teneurs en acides gras essentiels de types oméga 6 et oméga 3, mais aussi en acides gras « trans », du lait maternel dépendent des habitudes alimentaires de la mère. Ainsi, les mères végétariennes produisent un lait plus riche en acides gras polyinsaturés de type oméga 6 que les

omnivores. Celles qui ont l'habitude de consommer du poisson gras produisent un lait maternel plus riche en acides gras polyinsaturés de type oméga 3 (DHA). La présence de ces lipides dans le lait maternel est importante pour le développement des fonctions neurosensorielles du nourrisson. Il est à noter que les études mettent en évidence que les teneurs en acides gras du lait maternel sont relativement stables ce qui suppose de nombreux mécanismes de régulation pour protéger le nourrisson.

Dans tous les cas, les taux d'acides gras polyinsaturés à très longues chaînes du lait maternel ne sont jamais nuls mais assurés par la synthèse maternelle.

Dans de rares cas, certains minéraux et vitamines pourraient être déficitaires en cas de régime particulier.

Les autres nutriments du lait ne sont que très peu influencés par l'alimentation maternelle.



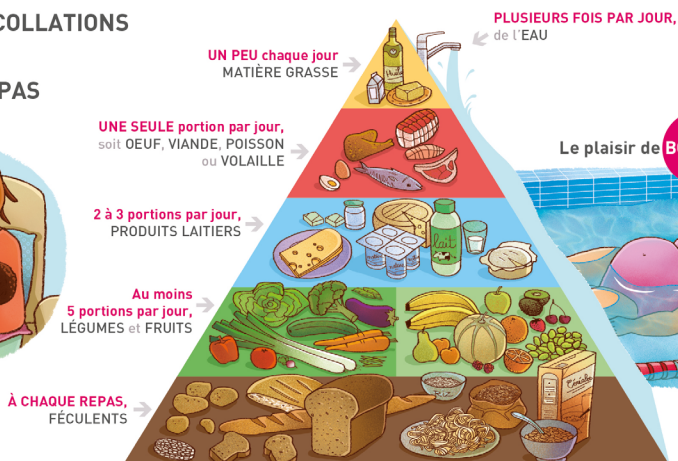
ALLAITEMENT ET ÉQUILIBRE ALIMENTAIRE

- l'alimentation maternelle doit être variée de façon à garantir un état nutritionnel optimal de la mère
- le coût énergétique théorique de la lactation est d'environ 500 Kcal/jour. Les mères adaptent spontanément leur consommation alimentaire, il n'est donc pas justifié de leur recommander un apport énergétique supplémentaire
- pour assurer un apport adéquat en acides gras polyinsaturés les professionnels doivent recommander aux mamans allaitantes de
 - consommer des poissons gras, en évitant cependant les gros poissons prédateurs comme l'espadon, le marlin ou le siki (requin)
 - augmenter la consommation d'huiles contenant des AGE de type oméga 3 (colza, noix)

- les mères qui allaitent doivent réguler leur consommation d'eau à leur sensation de soif, il est inutile de leur recommander de boire excessivement
- les règles ou interdits alimentaires (orange, choux, ail...) ne sont pas justifiés et ne font que compliquer inutilement l'alimentation maternelle. Ils peuvent être un frein à la poursuite de l'allaitement. Bien au contraire, l'odeur et la saveur du lait maternel familiarisent l'enfant à la table familiale et le préparent progressivement à la diversification alimentaire.

1 2 COLLATIONS

3 REPAS



Le plaisir de **BOUGER**



ALLAITEMENT ET RÉGIMES

- les régimes hypocaloriques sont déconseillés durant l'allaitement, les apports caloriques ne doivent pas être inférieurs à 1800 Kcal. Les réserves accumulées durant la grossesse sont nécessaires à la production de lait
- les régimes d'éviction alimentaire (lactose, gluten...) pour raison médicale peuvent induire des carences nutritionnelles chez la mère mais ne sont pas incompatibles avec l'allaitement. Un suivi diététique est alors recommandé
- les femmes végétaliennes doivent pouvoir bénéficier de conseils nutritionnels personnalisés afin de vérifier si les apports nutritionnels sont adéquats. En effet, un tel régime ne permet pas toujours de couvrir les apports nutritionnels recommandés en acides aminés essentiels, calcium, sélénium, iode, fer, vitamines B12 et B9..., avec un risque de séquelles neurologiques. Une supplémentation s'avère parfois nécessaire

Certains micronutriments présents dans le lait, comme la vitamine B12, peuvent être étroitement liés aux apports maternels. Les mères végétaliennes et leur bébé sont à risque de carence en vitamines B12. Une supplémentation en vitamine B12 permet de relever le taux dans le lait.

ALLAITEMENT ET AUTRES SUBSTANCES

- il est déconseillé aux femmes allaitantes de consommer des denrées alimentaires qui contiennent des phytostérols (matières grasses tartinables, lait fermenté, ...) même si elles ont des taux de cholestérol élevés. Leur consommation peut interférer sur l'absorption des acides gras essentiels et des vitamines liposolubles.
- la caféine et la théine passent dans le lait maternel. Il est conseillé de ne pas dépasser 200 mg/jour.

	Portion	Volume/ portion	Quantité de caféine/ portion
Boissons à base de cola	1 canette	330ml	25 à 35 mg
Cola light	1 canette	330ml	40mg
Boissons énergisantes	1 canette	250ml	80mg
Boissons énergisantes shot ®	1 shot	60ml	80mg
Café torréfié (moyenne)	1 tasse	125-150ml	40mg (café instantané) à 150mg (café Robusta)
Espresso	1 tasse	60 ml	80 mg
Thé (moyenne)	1 tasse	125-150ml	30 à 50 mg
Cacao drink	1 tasse	200 ml	8 à 35 mg

- l'alcool passe dans le lait maternel. Le pic d'alcool dans le lait est de 30 à 60 minutes après la consommation, il diminue ensuite parallèlement à la teneur sanguine. En raison de sa toxicité, il est déconseillé aux mères de consommer de l'alcool durant l'allaitement.

En cas de consommation occasionnelle d'un verre de boisson alcoolisée standard, lors d'une fête par exemple, il faudra attendre en moyenne 2 heures avant que la mère puisse allaiter son enfant, le temps que l'alcool soit éliminé de son organisme et donc de son lait.

Tirer le lait n'augmentera pas la rapidité d'élimination de l'alcool, ni au niveau du lait, ni au niveau de l'organisme.

L'Organisation Mondiale de la Santé a effectué une évaluation approfondie des bénéfices de l'allaitement maternel pour la santé des bébés, et des conséquences éventuelles de la contamination du lait maternel par des polluants. Elle a encore et toujours conclu que l'allaitement maternel est ardemment recommandé.





ALLAITEMENT ET CONTRACEPTION

Le choix de la contraception doit être discuté dès la période anténatale puis postnatale et lors du suivi inter-conceptionnel, de façon à pratiquer une méthode contraceptive efficace et satisfaisante pour la mère et son compagnon, sans impact délétère sur la qualité et la production du lait maternel, ainsi que sur la santé et la croissance de l'enfant (1).

Les hormones (oestrogènes et progestérone) prises précocement dans le post-partum auraient un impact négatif théorique sur la production lactée. La chute des taux sanguins de progestérone et d'oestrogènes liée à l'expulsion du placenta est nécessaire à la lactogenèse de type 2. Les oestrogènes à doses élevées ont été utilisés historiquement pour inhiber la lactation dans le post-partum précoce.(2)

De plus, en raison des risques thrombo-emboliques plus élevés des oestrogènes, particulièrement dans le post-partum, le choix d'une contraception hormonale se tourne généralement en première intention vers la progestérone en cas d'allaitement.

QUAND FAUT-IL DÉBUTER LA CONTRACEPTION APRÈS L'ACCOUCHEMENT EN CAS D'ALLAITEMENT ?

De manière générale, il n'y a pas de reprise de l'ovulation avant le 21ème jour après l'accouchement : une contraception n'est donc pas nécessaire avant ce délai. En l'absence d'allaitement, il existe un risque de retour de fertilité à partir du 21ème jour et une contraception devient donc nécessaire.

Par ailleurs il existe un risque théorique de diminution de la production lactée lorsque la contraception hormonale est débutée très précocement (< 48 heures). Cependant, une revue systématique de la littérature (2010) a étudié l'impact de la contraception hormonale progestative (pilule, implant et DIU libérant de la progestérone) administrée précocement dans le post-partum (3) et aucun effet délétère sur l'allaitement n'a été mis en évidence. La controverse sur l'impact de la contraception hormonale sur la sécrétion lactée persiste cependant en raison de la faible qualité des études randomisées sur le sujet.

En pratique, la contraception sera débutée au moins 7 jours avant le premier rapport sexuel (délai d'action efficace de la progestérone) dès que nécessaire (parfois précocement) et idéalement, d'après l'OMS, à 6 semaines post-partum.(4)

En réalité, un dialogue personnalisé

avec la mère et/ou le couple permettra de déterminer la contraception la plus adéquate ou le schéma le plus adapté (exemple : pilule puis stérilet).



QUELLES MÉTHODES CONTRACEPTIVES PEUT-ON UTILISER EN COURS D'ALLAITEMENT ?

■ LA CONTRACEPTION HORMONALE PROGESTATIVE (PILULE, IMPLANT, INJECTION)

Méthode fiable et autorisée précocement (4-6 semaines).

Il est recommandé de ne l'initier qu'après le démarrage de la lactation afin d'éviter tout impact négatif sur celle-ci. La mère doit être informée des effets secondaires éventuels et des bonnes conditions de prise.

■ LES MÉTHODES BARRIÈRE (PRÉSERVATIF, SPERMICIDE, DIAPHRAGME)

Méthodes moyennement fiables, à utiliser combinées afin d'augmenter leur efficacité. Aucun effet secondaire sur l'allaitement.

■ LE DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN (DIU) OU STÉRILET, NON HORMONAL OU HORMONAL

Méthode la plus utilisée dans le monde et fiable.

La mère doit être informée des effets secondaires éventuels.

Pour le DIU hormonal : souvent aménorrhée (4 femmes/10), parfois cycles irréguliers (1 femme /10).

Pour le DIU non hormonal : règles plus abondantes, risque d'anémie au long terme. Pour les DIU en général : risque de perforation utérine, risque de grossesse (1%), malposition ou expulsion du DIU possible.

Le DIU sera placé idéalement 6 semaines après un accouchement ou une césarienne, lors de la visite post-natale. Dans certains cas très particuliers, il peut être placé précocement dans le post-partum (cependant, le risque de perforation ou d'expulsion est plus grand).

■ LA CONTRACEPTION D'URGENCE (PROGESTATIVE)

Possible mais peu fiable.

■ LA STÉRILISATION (MÉTHODE DITE IRRÉVERSIBLE)

La ligature des trompes en cours de césarienne, ou par laparoscopie dans le post-partum ou par occlusion des trompes par hystéroscopie (peu pratiquée en Belgique), ainsi que la vasectomie sont des méthodes efficaces mais doivent être considérées comme irréversibles. Elles doivent donc être réfléchies longuement en fonction du contexte. Elles sont possibles pendant la période d'allaitement.

■ LA MAMA (MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE EN POST-PARTUM PRÉCOCE)

La fertilité des femmes allaitant fréquemment et exclusivement au sein est faible.

La MAMA est une méthode acceptable, efficace et simple à apprendre et à utiliser. Elle nécessite cependant une compréhension parfaite de l'information par la mère et le respect de toutes les conditions suivantes :

- l'enfant a moins de 6 mois
- la mère est en aménorrhée totale,
- l'enfant est allaité exclusivement

au sein (tirer son lait n'aurait pas le même effet) et donc ne reçoit quasi aucun complément ou préparations pour nourrisson

- l'intervalle entre deux tétées ne dépasse pas 6 heures (une tétée nocturne contribue à retarder la fécondité)

Dès que la réponse à l'un de ces critères change, une autre contraception doit être immédiatement utilisée tout en continuant l'allaitement.

Il faut donc s'assurer que la mère ait la possibilité de réagir rapidement dès qu'une contraception complémentaire s'impose.

- (1) P Berens, M Labbok and the Academy of Breastfeeding Medicine. Contraception during breastfeeding, ABM Clinical Protocol #13. Breastfeed Med 2015 ; 10(1) : 3-12.
- (2) OT Oladapo, B Fawole. Treatments for suppression of lactation. Cochrane Database Syst Rev 2012 ; 9 : CD005937.
- (3) N Kapp, K Curtis, K Nanda. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women : A systematic review. Contraception 2010 ; 82 : 17-37.
- (4) Medical eligibility criteria for contraceptive use, WHO. 4th edition 2009.





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.

Par la suite, l'allaitement, associé à une alimentation diversifiée, peut être poursuivi tant que les parents et l'enfant le souhaitent et ce, même en cas de nouvelle grossesse.

La diversification consiste en l'introduction d'aliments solides choisis en fonction de l'âge de l'enfant et de la culture. Avec la prise d'aliments solides vers 6 mois, le rythme de l'allaitement change peu à peu et le bébé va doucement s'adapter au rythme des repas familiaux. La mère et le bébé profitent évidemment encore des bienfaits de l'allaitement.

Vers l'âge de 1 an le nombre de tétées varie d'un jour à l'autre, selon les activités et l'humeur de l'enfant.

Toutefois bon nombre de couples mère/bébé, conservent la tétée du soir qui fait souvent partie du rituel du dodo.

En grandissant, bébé montre de la cu-

riosité et de l'initiative et son autonomie peut mettre certains mal à l'aise. Il peut par exemple demander le sein dans des situations qui ne conviennent pas. Comme pour le reste de l'éducation, des limites sont à fixer sur ce qui est acceptable ou non. Le bébé apprendra à patienter un peu et s'adaptera à la situation décidée par la mère.

Des groupes d'entraide permettent d'échanger trucs et astuces dans ce domaine.



CONTRE-INDICATIONS À L'ALLAITEMENT

Il existe peu de contre-indications médicales absolues à l'allaitement.

Les principales sont :

- mère séropositive pour HIV dans les pays développés. Dans certaines circonstances (virémie nulle ou quand les laits artificiels ne sont pas disponibles) un allaitement maternel exclusif peut cependant être recommandé
- virus de la leucémie humaine à lymphocytes HTLV1
- certains traitements incompatibles, cependant il est rare de devoir stopper l'allaitement pour un traitement. Plusieurs médicaments peuvent être utilisés pendant l'allaitement comme l'ibuprofène ou la plupart des antibiotiques ; quelques rares médicaments peuvent diminuer la production de lait
- bébé atteint de galactosémie.

Le non-désir d'allaiter de la mère est également à prendre en compte comme contre-indication.





LA REPRISE DU TRAVAIL

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

Quel que soit son âge, l'enfant continue à bénéficier des avantages nutritionnels et immunologiques du lait maternel, particulièrement lorsqu'il entre 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 ».

QUELQUES CONSEILS UTILES

■ AVANT LA REPRISE

- s'informer, dès les premiers contacts entre le milieu d'accueil et les parents, des possibilités de poursuivre l'allaitement maternel au-delà de la reprise du travail et du rôle de soutien que peut jouer le milieu d'accueil par rapport à ce choix
- 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 occasionnellement de petites quantités de lait maternel (à la tasse, à la cuillère, au biberon...) une à deux semaines précédant l'en-

trée en milieu d'accueil. De préférence, par une autre personne que la maman, en son absence, à un moment où bébé n'a pas trop faim ; et si possible pas avant 3 mois. En effet, certains bébé ayant un trouble de la succion risquent de ne pas pouvoir réussir à passer du sein au biberon et vice et versa.

- Une autre option est de poursuivre l'allaitement jusqu'à l'entrée en milieu d'accueil et durant la période de familiarisation, donner le lait maternel dans un récipient adapté : tasse, cuillère, biberon...
- profiter de la période d'adaptation en milieu d'accueil pour y allaiter son bébé et échanger avec le personnel sur les pratiques du milieu d'accueil en matière d'allaitement et sur la possibilité de venir allaiter son bébé pendant la journée ou avant et après la journée de travail
- se renseigner sur les aménagements possibles avec l'employeur pour respecter la législation.

La travailleuse a le droit de prendre une 1/2 heure par demi-jour de travail pour allaiter son enfant ou tirer son lait. Elle peut faire usage de ce droit jusqu'à 9 mois après la naissance de l'enfant. Le moment des pauses est à convenir avec l'employeur.



Allaiter tout en travaillant nécessite un peu d'anticipation, de l'organisation et de la coordination entre les parents et le milieu d'accueil. Une consultation spécifique avec un professionnel de l'allaitement peut aider à préparer sereinement cette organisation.

■ 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 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.



21 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 évite de tels médicaments.

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. Au début, il faut éviter de sauter deux tétées de suite. Souvent la femme choisit de conserver les tétées du soir et du matin.

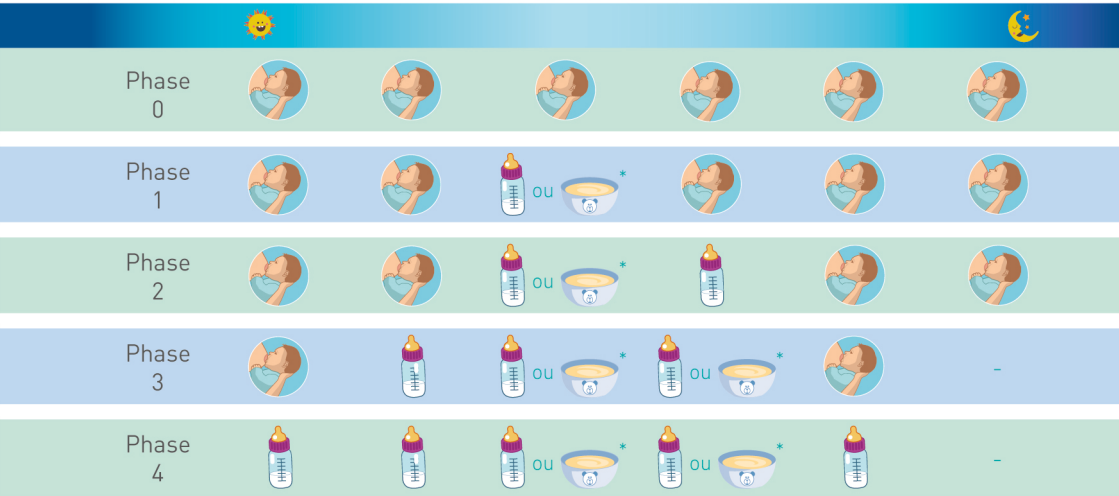
Aucun médicament bloquant la lactation n'est nécessaire.

Avec le sevrage 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.

QUELQUES SUGGESTIONS POUR LE SEVRAGE

- sans refuser le sein à l'enfant, ne plus le lui proposer
- retarder les tétées, cela contribuera à les espacer et à en diminuer le nombre
- raccourcir la durée des tétées
- offrir à la place d'une tétée, une collation nutritive, un jeu ou une activité stimulante

EXEMPLE D'UN SEVRAGE DE BÉBÉ



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.

Du côté de l'enfant pour qui la tétée représente bien souvent un moment réconfortant, il serait intéressant de voir avec les parents comment remplacer cette tétée.

BEBE REFUSE LE BIBERON

Certains bébés, quel que soit leur âge, n'aiment pas le biberon : les bébés sont capables d'exprimer fortement leur préférence et certains font un choix net.

Une consultation avec un professionnel de l'allaitement maternel permettra de trouver des solutions innovantes pour une adaptation en douceur.

QUELQUES SUGGESTIONS POUR FACILITER L'INTRODUCTION D'UN BIBERON

- amorcer un changement quand bébé est en forme et n'est pas trop affamé
- présenter le biberon d'une manière différente du sein : introduire le biberon comme une « collation » de lait, le faire donner par une tierce personne
- donner le biberon avec du lait maternel, ensuite avec de l'autre lait
- donner du lait dans un petit verre ou un gobelet



ASSOCIATIONS D'INFORMATION ET DE SOUTIEN À L'ALLAITEMENT

INFOR-ALLAITEMENT ASBL

info@infor-allaitement.be
www.infor-allaitement.be

LA LECHE LEAGUE BELGIQUE ASBL

question@lllbelgique.org
www.lllbelgique.org



ASSOCIATIONS DE PROFESSIONNELS

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

www.consultation-allaitement-maternel.org

UNION PROFESSIONNELLE DES SAGES-FEMMES BELGES (UPSFB)

contact@sage-femme.be
<https://sage-femme.be/>

ASSOCIATION FRANCOPHONE DES SAGES-FEMMES

info@afsf.be
<https://afsf.be>



POUR LA PROMOTION DE L'ALLAITEMENT

COMITÉ FÉDÉRAL DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

02 524 73 51

info.allaitement@health.belgium.be

www.health.belgium.be/cfam



PUBLICATIONS SPÉCIALISÉES POUR PROFESSIONNELS

■ EN FRANÇAIS

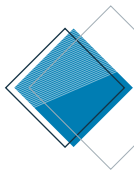
- Beaudry Micheline, Chiasson Sylvie, Lauzière Julie, *Biologie de l'allaitement, Le sein, le lait, le geste*, Presses de l'Université du Québec, 2006.
- La Leche League France, *Les Dossiers de l'Allaitement*, revue. La Leche League Belgique www.lllbelgique.org
- La Leche League France, *Cahiers de l'allaitement, dossiers sur les thèmes : en maternité, à la maison, en néonatalogie* www.lllbelgique.org

■ EN ANGLAIS

- American Academy of Pediatrics, *Recommandations : Breastfeeding and the Use of Human Milk*, Pediatrics Volume 129, Number 3, March 2012 <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2012/02/22/peds.2011-3552.full.pdf>

- Agency for Healthcare Research and Quality, *Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries*, 2007 <http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf>
- ABM, Academy of Breastfeeding Medicine <https://www.bfmed.org/>
- Cadwell Karin et Turner-Maffei Cindy, *Breastfeeding A-Z: Terminology and Telephone Triage*, Second Edition, Jones & Bartlett Learning, 2014
- 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>

- Genna Watson Catherine, Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants, Jones and Bartlett Learning, 2017.
- HALE Thomas. *Medications and Mother's milk*, Springer Publishing Company, 2019.
- HALE Thomas W., HARTMANN Peter E., *Hale's & Hartmann's Textbook of Human Lactation*, Hale Publishing, L.P., 2008.
- *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, www.ilca.org/.
- International Lactation Consultant Association (ILCA), *Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding*, 2014.
- LAWRENCE Ruth, LAWRENCE Robert, *Breastfeeding : A Guide for the Medical Profession*, Elsevier, 2016.
- LAUWER Judith, SWISHER Anna, *Counseling the nursing mother, A Lactation consultant's Guide*, Jones and Bartlett Publishers, 2016.
- PALMER Gabrielle, *The Politics of Breastfeeding - When Breasts are bad for Business*, Pinter and Martin, 2009.
- RIORDAN Jan and WAMBACH Karen, *Breastfeeding and Human Lactation*, Jones and Bartlett Publishers, 2016.
- WALKER Marsha, *Breastfeeding management for the clinician - Using the evidence*, Jones and Bartlett Publishers, 2017.
- World Health Organization (WHO) : *Long-term effects of Breastfeeding, A Systematic Review*, 2013.
- WILSON-CLAY Barbara, HOOVER Kay, *The Breastfeeding Atlas*, BreastfeedingMaterials.com, 2017



PUBLICATIONS POUR TOUT PUBLIC

- ALLARD Madeleine et DESROCHERS Annie, *Bien vivre l'allaitement*, Editions Mardaga, Belgique, 2018.
- BUMGARNER Norma Jean, *La mère, le bébé et l'allaitement*, La Leche League International, 2006.
- DARMANGEAT Véronique, *Allaiter et reprendre le travail*, éditions de la Chronique Sociale, 2012.
- DIDIERJEAN-JOUVEAU Claude Suzanne, *Les 10 plus gros mensonges sur l'allaitement*, Editions Dangles, 2006.
- Infor-Allaitement, brochures : *Allaiter...*, 2005 ; *J'attends des jumeaux, j'ai envie de les allaiter*, 2020 ; *Travailler et allaiter*, 2020 ; *Vous souhaitez allaiter, vous allaitez déjà*, 2010.
- La Leche League France, revue trimestrielle *Allaiter Aujourd'hui*.
- La Leche League International, *L'art de l'allaitement maternel*, Editions First, 2012
- THIRION Marie, *L'allaitement, de la naissance au sevrage*, Albin Michel, 2014.
- JOURET Christel, *Allaiter mon super pouvoir !*, Editions Happy, 2023

REVUES

- *Journal of Human Lactation*. Official Journal of the International Lactation Consultant Association : www.ilca.org
- *Breastfeeding Medicine* : www.bfmed.org
- *International Breastfeeding Journal* : www.internationalbreastfeedingjournal.com
- *Breastfeeding Abstracts* : www.lli.org/ba/ba.html
- *Pediatrics* : <http://pediatrics.aappublications.org/>
- *American Family Physician* : www.aafp.org/online/en/home/publications/journals/afp.html



SITES WEB AUTOUR DE L'ALLAITEMENT

SITES BELGES

- Infor-Allaitement : www.infor-allaitement.be
- La Leche League Belgique : www.lllbelgique.org
- La Leche League Vlaanderen : www.lalecheleague.be
- Vereniging, Begeleiding en Bevoordoring van Borstvoeding vzw (VBBB) : www.vbbb.be
- Vzw Borstvoeding : www.vzwborstvoeding.be
- Comité fédéral de l'allaitement maternel : www.health.belgium.be/cfam
- Initiative Hôpital Amis des Bébés en Belgique : www.health.belgium.be/fr/initiative-hopital-ami-des-bebes#initiative

SITES EN FRANÇAIS

- Fondation canadienne de l'allaitement : www.canadianbreastfeeding-foundation.org/fr/
- Information pour l'allaitement : www.info-allaitement.org
- Initiativ Liewensufank : www.liewensufank.lu
- La Leche League France : www.lllfrance.org
- Santé et Allaitement Maternel : www.santeallaitementmaternel.com
- Canada santé - Allaitement maternel : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/sante-enfant-nourissons/allaitement-nutrition-nourrisson.html>

- Co-naitre Formation en périnatalité : <https://www.co-naitre.net/>
- Initiative Hôpital Ami des Bébés en France : <https://amis-des-bebes.fr/>

SITES EN ANGLAIS

- Alliance mondiale de l'allaitement (WABA) : www.waba.org.my
- Australian Breastfeeding Association : www.breastfeeding.asn.au
- IBFAN, réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile : www.ibfan.org
- La Leche League International: www.llli.org
- The Academy of Breastfeeding Medicine: www.bfmed.org
- The Baby Friendly Initiative: www.babyfriendly.org.uk
- OMS : Allaitement maternel : https://www.who.int/fr/health-topics/breast-feeding#tab=tab_1
- The American Academy of Pediatrics (AAP) : <https://www.aap.org>

COMMENT ET OÙ TROUVER DES TEXTES SCIENTIFIQUES ?

■ EN FRANÇAIS

- Unicef : www.unicef.org/french/nutrition/index_breastfeeding.html
- OMS : www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/breastfeeding/fr/
- Information pour l'allaitement : <https://info-allaitement.org/>
- La Haute Autorité de Santé : www.has-sante.fr/

■ EN ANGLAIS

- The Cochrane Library : www.cochranelibrary.com
- Australian Breastfeeding Association : www.breastfeeding.asn.au
- UNICEF UK Baby Friendly Initiative : www.babyfriendly.org.uk
- Drugs and Lactation Database (LactMed) : www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/lactmedfs.html



INDEX

- A -

Abcès du sein	50
Acini ou alvéole.....	16, 19, 20, 21
Alcool et allaitement	61
Alimentation de la femme allaitante	59
Allaiter en public	7
Anticorps	22, 30
Aréole... 15, 17, 18, 24, 30, 35, 47, 48, 53	
Arrêt de la lactation.....	49, 70
Associations d'aide à l'allaitement...72	
Associations de professionnels	72
Augmentation mammaire.....	11
Avantages de l'allaitement maternel ...	32

- C -

Café et allaitement	61
Canal lactifère.....	16
Capacité de stockage du lait	21
Cellules myoépithéliales.....	16
Césarienne et allaitement27, 28, 43, 64	
Chirurgie mammaire.....	11
Colostrum.. 28, 29, 30, 34, 41, 42, 48, 52	
Comité fédéral de l'allaitement maternel.....	12, 13, 73, 76, 80
Compléments	12, 30, 33, 35, 41, 42
Compression du sein.....	53
Conservation du lait maternel	56, 68
Congestion des seins	31
Contre-indications à l'allaitement	67
Contraception et allaitement.....	63
Contrôle autocrine de la lactation	18

Coquilles d'allaitement.....	54
Crevasses.....	26, 31, 47, 48

- D -

Démarrage de l'allaitement, conditions.....	3, 9, 18, 35
Dopamine	18
Durée de la lactation	66

- E -

Écoulement de lait.....	25, 47
Engorgement11, 28, 31, 37, 49, 52, 53, 54	
Ejection, flux d'	16, 18, 19, 44, 48,49, 50, 55
Evaluation de l'allaitement	24, 29, 46
Expression manuelle du lait. 48, 50, 53	

- F -

Facteurs de risque.....	37
Faim, signes de.....	35
Fatigue et allaitement	8, 9
Frein de langue	37, 46, 47

- H -

Haller, réseau de.....	15
Hypogalactie.....	46

- I -

Ictère et allaitement maternel ...	30, 45
Information sur l'allaitement.....	72
Initiative Hôpital Ami des Bébé(s) (IHAB)	36, 76

- J -

Jumeaux et allaitement.....45

- L -

Lactogénèse I et II..... 18, 34, 63

Lait maternel, composition..... 29, 34

Lymphangite..... 50, 53

- M -

Mamelon, anatomie..... 15, 17

Mamelons, forme10

Mamelons douloureux47, 54

Mastite.....50

Mycose.....47

- O -

Ocytocine..... 18, 19, 20

- P -

Peau à peau7, 11, 27, 28, 35, 43,
.....44, 46, 49

Pères et allaitement.....6

Pleurs du soir.....39

Positions d'allaitement.....25

Prématurité et allaitement.....43

Préparation à l'allaitement
pendant la grossesse5

Prise efficace du sein.....24

Prolactine.....19

Promotion de l'allaitement73

- Q -

Qualité du lait maternel..... 29, 61

- R -

Récupérateurs de lait54

Réduction mammaire11

Régimes alimentaires pendant l'allaitement.....61

Réflexe d'éjection.....18

Rythmes du nouveau-né38

- S -

Sein, anatomie.....16

Sein, abcès du50

Seins, influence de l'allaitement
sur leur esthétique.....7, 11

Seins, volume9

Sevrage.....49, 70, 71

Sexualité et allaitement8

Signes de faim du bébé35

Signes de transfert du lait..... 24, 25

Small for age et allaitement.....44

Sommeil du nouveau-né38

Sucette.....55

Synthèse du lait18

- T -

Tabagisme et allaitement.....10

Tétée première27

Tétée, durée.....38

Tétée efficace.....24

Tétée, fréquence..... 28, 32

Téter24

Téterelle53

Tire-lait54

Travail et allaitement68

Tubercules de Montgomery15



REMERCIEMENTS

Depuis sa première parution en 2001 * ce guide évolue au rythme des éditions.

Nous remercions tout particulièrement le docteur Liliane PIRARD-GILBERT pédiatre, conseillère médicale pédiatre ONE, présidente du collège des pédiatres ONE de 2012 à 2019, consultante en lactation IBCLC, membre du Comité fédéral de l'allaitement maternel qui a œuvré depuis la première édition à l'évolution de cet ouvrage en fonction des nouvelles connaissances.

Cette version, coordonnée par le docteur L Gilbert, est le fruit d'une large collaboration.

Nous remercions

■ L'INFOGRAPHIE :

- L'équipe des infographistes et illustratrice de l'ONE

■ LE COMITÉ DE RELECTURE :

- Amal ALAOUI
- Sylvie ANZALONE
- Anne-Françoise BOUVY
- Dominique CHAUMONT
- Nathalie CLAES
- Liliane GILBERT
- Ana HERNANDEZ
- Sonia IMPAGLIATELLI
- Sophie LEPAGE
- Nathalie MÉLICE
- Catherine PIELTAIN
- Béatrice PIRON
- Liliane SCHANER
- Sylvianne WAUTERS

L'utilisation et la publication de ces textes, en tout ou en partie, doivent être soumises à l'approbation des auteurs de la version 2026. En cas d'utilisation du texte, en tout ou en partie, la source doit être citée dans ces termes : Allaitement maternel, Guide à l'usage des professionnels de la santé, ONE. Edition-2026, Belgique

* Ce guide dans sa première version a été inspiré d'une brochure réalisée pour le Conseil Général du Finistère dans le cadre d'une campagne départementale en faveur de l'allaitement maternel (Edition 1997). La rédaction originale avait été réalisée par Hélène Castric, sage-femme et Marielle Landais, puéricultrice (Institut Co-Naître).



Lait maternel : durées de conservation du lait maternel frais et congelé

Lieu de stockage du LM

Température ambiante (22°C)	4 heures*	durée optimale
Réfrigérateur (4°C)	4 jours**	durée optimale
Congélateur (-18°C)	6 mois***	durée optimale

Lait maternel dégelé au réfrigérateur****

Température ambiante (22°C)	2 heures
Réfrigérateur (4°C)	24 h
Congélateur (-18°C)	Ne pas recongeler

Lait maternel réchauffé (frais ou dégelé)****

Température ambiante (22°C)/pas de contact avec l'enfant	2 heures
Température ambiante (22°C)/ contact avec l'enfant	1 heure
Congélateur (-18°C)	Ne pas recongeler

* durées acceptables de 6 à 8h dans des conditions optimales d'hygiène

**durées acceptables 5 à 8 jours dans des conditions optimales d'hygiène

*** durée acceptable : 12 mois

**** Attention les durées de conservation ne s'additionnent pas. Après ce délai, le lait maternel doit être jeté.

D'après : ABM Clinical Protocol #8 - Conservation du lait humain destiné à un usage domestique pour un bébé né à terme.
Breastfeed Med 2017 ; 12(7) : 390-5.





