

# Allaitement maternel : comment favoriser sa réussite



Un guide pratique pour les professionnels de santé

par Tine Vinther  
et  
Elisabet Helsing, PhD.

**Information Pour l'Allaitement (IPA)**

**Organisation Mondiale de la Santé (OMS)  
Bureau régional de l'Europe**



# Allaitement maternel : comment favoriser sa réussite

Un guide pratique pour les professionnels de santé

**Auteurs : Tine Vinther et Elisabet Helsing, PhD.**

**Réalisation et diffusion de la traduction française  
Information Pour l'Allaitement (IPA)  
Traduction pour IPA : Juliette Le Roy et Nathalie Roques**

**Texte original réalisé et diffusé par  
Le Bureau régional de l'Europe de  
l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**

© Information Pour l'Allaitement (IPA), 2004



Published by the Regional Office for Europe of the World Health Organization in 1997 under the title *Breastfeeding : how to support success. A practical guide for health workers*

© World Health Organization 1997

Translation rights for an edition in French have been granted to Information Pour l'Allaitement (IPA) by the Regional Director of the Regional Office for Europe of the World Health Organization

The Publisher alone is responsible for the accuracy of the translation

Publié initialement par le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1997 sous le titre *Breastfeeding : how to support success. A practical guide for health workers*

© Organisation Mondiale de la Santé 1997

Les droits de traduction pour une édition française ont été cédés à Information Pour l'Allaitement (IPA) par le Directeur Général du Bureau régional de l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé.

L'éditeur est l'unique responsable de l'exactitude de la traduction.



## Commentaires concernant la traduction française

Dans la version française, le chapitre sur le VIH a été supprimé : les données scientifiques sont remises à jour très fréquemment et les conclusions dépendent étroitement des situations locales et il semble préférable de se référer pour cette question à la littérature spécialisée récente.

La liste des documents et des organismes ressources a été complétée avec des organismes ou des documents français.

Certains dessins ont été remplacés par des reproductions issues du manuel « Le conseil en allaitement : cours de formation » de l’OMS (1993).

### **Information Pour l’Allaitement – IPA**

IPA est une association à but non lucratif pour la promotion de l’allaitement maternel, membre d’International Baby Food Action Network (IBFAN, [www.ibfan.org](http://www.ibfan.org)).

IPA propose des formations en intra ou en inter à l’intention des professionnels de santé, de la petite enfance, des associations.

Son Centre de Ressource Documentaire pour l’Allaitement Maternel (CERDAM) vous permet de disposer de documents sur l’allaitement (consultation sur place, prêt, élaboration de dossiers thématiques, listes bibliographiques, ...).

Adresse postale : Centre Ressource Documentaire pour l’Allaitement Maternel (CERDAM), 16 rue Sully, 69006 Lyon, France.

Tel/fax : 04 78 42 09 16

[www.info-allaitement.org](http://www.info-allaitement.org)

[cerdam@info-allaitement.org](mailto:cerdam@info-allaitement.org)



## Avant-propos

Un bon départ dans la vie ... une mère soucieuse de donner le meilleur départ possible peut avoir décidé d'allaiter son bébé. Cependant, il arrive que ce soit le professionnel de santé, supposé l'aider pour débiter, qui puisse infléchir cette résolution. En général, les mères européennes se trouvent en contact avec les professionnels de santé dès le début de leur grossesse, et les bébés viennent au monde dans des établissements de santé. En Europe, de nombreux exemples montrent comment les agents de santé peuvent influencer sur le devenir de l'allaitement, vers son succès ou son échec. Leur attitude et leurs pratiques comme leur capacité à comprendre la lactation sont à la base de ces influences. Il existe de nombreux exemples d'hôpitaux qui ont changé les pratiques de leur service de maternité, ce qui s'est accompagné de l'augmentation de la prévalence et de la durée de l'allaitement. Dans les maternités, les mères sont les auditeurs captifs des agents de santé durant ces premiers jours si importants durant lesquels elles commencent à connaître leur bébé. C'est une période où elles sont sensibles au soutien que les agents de santé peuvent apporter.

Les mères européennes restent habituellement en contact avec le système de soins de santé durant la première année de vie de leur enfant. Chaque contact donne au professionnel de santé une chance de poursuivre le soutien à l'allaitement. L'éducation formelle des agents de santé sur la manière d'aider les mères à comprendre le processus de la lactation est souvent inadéquate. Beaucoup de professionnels de santé sont obligés de compter sur ce qu'ils ont pu apprendre par hasard, durant leurs études, de leurs observations et de leur expérience personnelle. Parfois, cette dernière influence très fortement leur attitude et leur capacité à aider les autres. En absence d'une formation pratique et théorique solide sur le sujet, une expérience personnelle négative peut rendre difficile pour le professionnel de santé l'aide aux mères. Cette brochure est conçue pour aider les professionnels de santé dans le processus de soutien aux mères. Nous espérons que les professionnels de santé chercheront les justifications complètes de ces conseils dans la littérature scientifique internationale. Nous espérons aussi que cette présentation synthétique sera facile à traduire et à adapter dans d'autres langues. Les dessins sont conçus pour illustrer certains points; ils peuvent être redessinés pour s'adapter à une situation locale en terme d'apparence et d'habillement, mais pas en ce qui concerne la qualité de la prise du sein par le bébé.

C'est la seconde édition révisée de cette brochure, qui a pris en compte les commentaires et réactions reçus après la première édition publiée en 1973. Nous aimerions remercier Gabrielle Palmer<sup>1</sup> pour son aide experte pour cette nouvelle édition. Nous continuons à inviter les lecteurs et utilisateurs à réagir. L'adresse à laquelle vous pouvez nous écrire est indiquée ci-dessous.

Nous espérons que cette brochure sera interactive, et qu'elle permettra à toutes les mères qui souhaitent allaiter de trouver tout le soutien dont elles ont besoin. D'après notre propre expérience, nous savons comme il est gratifiant d'aider les mères sur cette voie. La joie de la mère et la satisfaction du bébé sont les meilleures récompenses pour un professionnel de santé qui soutient ce succès.

***Tine Vinther,***

Coordnatrice de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé au Danemark

***Elisabet Helsing, Ph.D.***

Conseillère régionale pour la nutrition, jusqu'en mai 1996

---

<sup>1</sup> Center for International Child Health, Institute of Child Health, Londres



# Préface

La plupart des femmes sont capables d'allaiter. Cependant, ce n'est pas un acte purement instinctif. Donner le sein est un art qui s'apprend. Certaines femmes allaitent très facilement dès le premier jour et ne rencontreront jamais aucun problème, mais beaucoup rencontrent des difficultés ou ont des questions à un moment sur leur chemin. Quand cela arrive, la plupart des femmes ont besoin d'encouragement et d'un soutien avisé pour poursuivre avec succès leur allaitement. Dans les sociétés modernes, les femmes ne voient pas souvent d'autres femmes allaiter, et elles n'ont pas toujours des amies expérimentées ou des membres de leur famille dont elles peuvent apprendre quelque chose. Les agents de santé jouent donc un rôle important en préparant un environnement dans lequel l'allaitement peut s'épanouir.

Ce guide donne les informations de base nécessaires aux professionnels de santé lorsqu'ils sont sollicités par une mère qui souhaite allaiter. Ce n'est pas un livre sur la lactation. Il a comme but de donner des conseils pratiques exacts sur la manière d'aider les mères qui allaitent, sur la prévention des difficultés et sur ce qu'il convient de faire quand elles surviennent. Il est basé sur l'expérience des professionnels de santé et de mères dans une société industrialisée moderne et essaye de donner des réponses à des questions banales.

Comme nous apprenons et recherchons continuellement sur l'allaitement maternel, ce guide sera souvent revu pour inclure de nouvelles informations et connaissances. En plus, de nombreux professionnels de santé acquièrent de l'expérience au contact des mères qu'ils rencontrent, et souhaitent la transmettre.

Qu'il s'agisse de succès ou de difficultés d'allaitement, les informations contenues dans cette brochure permettront de comprendre pourquoi les choses se sont passées ainsi. Le Programme pour une politique nutritionnelle, l'alimentation infantile et la sécurité alimentaire du bureau régional appréciera les idées pour étendre ou modifier ce texte.

## Ce que **vous** pouvez faire

- Utilisez ce guide tel quel
- Adapter ce guide en tenant compte de la situation locale comme les influences sociales ou commerciales qui vont à l'encontre des bonnes pratiques énoncées dans ce texte.
- Trouver des lectures supplémentaires sur la physiologie de l'allaitement maternel dans la littérature médicale, les publications de sages-femmes et autres, ou dans la littérature issue des groupes de soutien de mères à mères.
- Éviter les textes issus de l'industrie alimentaire infantile qui sont très souvent de mauvaise qualité.



## Pourquoi allaiter ?

Le choix d'allaiter ou de nourrir son bébé avec des substituts du lait maternel est du ressort de la mère. Elle ne peut pas faire ce choix si elle n'a pas été correctement informée, ou si on ne lui offre pas l'opportunité d'allaiter. Les mères ont souvent de mauvaises informations en provenance de nombreuses sources. Vous, le professionnel de santé, pouvez être une source primaire d'informations justes et utiles. La plupart des mères cherchent auprès de vous des informations et l'assurance qu'elles font les bonnes choses pour leur bébé et que celui-ci va bien. Certains disent que discuter d'allaitement pourrait déclencher un sentiment de culpabilité chez les mères qui donnent le biberon. Ce n'est pas une politique efficace pour la santé publique. Le résultat serait une augmentation continue du nombre de mères qui donnent le biberon. Une approche positive peut augmenter l'incidence et la durée de l'allaitement. Les femmes devraient avoir une réelle possibilité d'allaiter, après avoir reçu une information éclairée sur le lait maternel et les substituts, ainsi que sur l'allaitement maternel et l'alimentation au biberon.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Prenez le temps nécessaire durant les visites prénatales pour expliquer à la mère tous les avantages de l'allaitement et les désavantages de l'alimentation artificielle (voir annexes 1 à 5).
- Expliquez que les substituts du lait maternel sont chers et que le lait maternel, lui, est toujours disponible. Les mères qui n'allaitent pas dépendent de la chaîne de production et de commercialisation des substituts.
- Insistez sur le fait que quand la mère reprend une activité professionnelle et se trouve séparée de son bébé, poursuivre l'allaitement permet de garder un contact privilégié avec son bébé.
- Assurez-vous que la mère est consciente qu'elle peut allaiter dans presque toutes les conditions.
- Ayez du matériel disponible pour une relactation (voir la liste « dépliants pour les mères », page 65).
- Aidez la mère à comprendre que :
  1. Allaiter n'est pas plus épuisant que donner le biberon. Au contraire, allaiter donne à la mère l'opportunité de s'asseoir ou de s'allonger dans la journée. Allaiter peut agir comme une technique anti-stress : la mère comme l'enfant se font plaisir durant l'allaitement.
  2. L'allaitement est plus pratique que l'alimentation au biberon. Le lait maternel est facile à transporter, est toujours disponible et un bébé nourri au lait maternel est moins susceptible d'avoir des infections qu'un bébé nourri au substitut de lait maternel.
- Parlez avec la mère de ses expériences précédentes d'allaitement, et si elle a eu des difficultés, aidez-la à en comprendre la ou les cause(s).
- Essayez d'avoir quelques affiches attrayantes ou des documents sur l'allaitement dans votre cabinet, bureau ou service qui montrent l'allaitement sous un jour favorable et socialement acceptable.
- Suggérez des solutions pour changer les conditions qui peuvent diminuer la liberté de certaines mères quand elles allaitent, et aidez les mères vis-à-vis des possibles obstacles culturels et sociaux.

- Faites en sorte qu'il soit clair que la façon actuelle la plus « moderne » de nourrir son bébé est de l'allaiter.
- Vérifiez que la mère sait exactement ce qu'elle fait quand elle choisit la façon de nourrir son bébé.
- Acceptez le choix de la mère, et soutenez là dans ce choix. Le choix d'une mère n'est jamais fait avant qu'elle n'ait donné naissance. Certaines mères qui avaient l'intention de donner le biberon choisiront finalement d'allaiter après la naissance. Placer le bébé sur le sein après la naissance devrait être une pratique standard pour la naissance, que la mère souhaite poursuivre l'allaitement ou non. Cela peut être une expérience tellement positive qu'elle peut vouloir continuer d'allaiter.
- N'essayez pas de « pousser » une mère qui souhaite donner le biberon. Elle a besoin de soutien elle aussi.
- Expliquez soigneusement à la mère qui choisit l'alimentation artificielle comment préparer et utiliser les substituts du lait maternel et comment laver et stériliser l'équipement avant chaque biberon.
- Insistez sur l'importance de suivre les instructions écrites sur les étiquettes des boîtes de lait.
- Insistez sur le danger qu'il y a de vouloir économiser de l'argent en donnant au bébé du lait dilué ou des liquides non nutritifs comme de l'eau sucrée, des jus de fruit, des infusions.
- Suggérez lui d'avoir des contacts peau-à-peau avec son bébé quand elle donne le biberon.

**L'allaitement est un droit de la femme, et non un devoir**

## Se préparer à allaiter

Certaines femmes sont fermement décidées à allaiter, parfois même avant leur grossesse. D'autres ne se décident pas de cette façon. Beaucoup de mères sont indifférentes ou ambivalentes, et ne se sentent pas sûres d'elles quand vous les voyez pendant leur grossesse. Certaines ont des membres de leur famille ou des amis qui ont des vues très arrêtées sur le sujet. De toutes façons, la principale inquiétude pour une mère enceinte est la naissance plutôt que ce qui se passe après.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Aidez la femme à comprendre que :
  - Toutes les femmes qui donnent naissance produisent du lait, sauf en cas de rétention de placenta.
  - La grande majorité des femmes sont capables de fournir suffisamment de lait pour allaiter leur bébé exclusivement environ six mois et pour poursuivre l'allaitement du bébé aussi longtemps qu'elles le souhaitent après l'introduction des solides dans l'alimentation des bébés.
  - La taille des seins et la forme des bouts de sein ne sont pas importants pour le succès de l'allaitement.
- 4. La préparation prénatale des seins et des mamelons n'est pas nécessaire.
- Encouragez la femme à parler de ses inquiétudes et de ses attentes à propos de l'allaitement et du maternage, de façon à pouvoir en discuter.
- Faites sentir à la femme que c'est elle qui contrôle sa grossesse et son maternage. N'essayez pas d'outrepasser son contrôle.
- Evitez une surveillance excessive pour une grossesse normale, car cela risquerait de rendre la femme peu sûre d'elle et de ses capacités, et affecterait négativement son allaitement.
- Expliquez l'importance des premières heures suivant la naissance pour faciliter une bonne expérience d'allaitement.
- Préparez-la à voir un nouveau-né non lavé recouvert de liquide amniotique, peut-être de sang, puisqu'il lui sera présenté juste après la naissance.
- Expliquez à la mère comment l'allaitement fonctionne, aussi brièvement et simplement que vous pouvez. Insistez sur l'importance d'une bonne prise de sein et d'un allaitement à la demande du bébé.
- Rendez la mère confiante en l'assurant que 99% des difficultés d'allaitement peuvent être résolues.

## Construire la confiance

La confiance d'une femme en sa capacité à allaiter est cruciale pour son succès. Des soins appropriés durant la grossesse et la naissance sont essentiels pour construire cette confiance. Vous, comme professionnel de santé, pouvez être d'un très grand secours pour ceci, mais seulement si vous avez confiance en votre propre capacité. Votre propre confiance se développera quand vous verrez comment votre soutien aidera les femmes à réussir.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Réalisez que l'allaitement maternel est un acte personnel et que des expériences personnelles influent la façon dont les mères – et les pères – envisagent l'allaitement.
- Faites en sorte que vos expériences personnelles n'interfèrent pas inutilement et négativement avec votre capacité de soutien. Vous ne pourrez soutenir efficacement les autres que lorsque vous aurez compris et accepté vos propres expériences personnelles.
- Ne vous blâmez pas, ni ne blâmez les autres pour les échecs d'allaitement. Quand les choses vont mal c'est parce que personne n'en comprend la cause à un moment donné. Avec du recul, on peut éviter la répétition des erreurs. Acceptez les erreurs des autres comme les nôtres nous aide tous à mieux travailler.
- Si vous avez une histoire personnelle d'échec d'allaitement, même quand vous souhaitez allaiter, essayez de comprendre pourquoi cela c'est mal passé. Représentez-vous ce que vous feriez aujourd'hui avec une mère présentant la même difficulté. Vous pourrez probablement trouver les causes dans ce texte.
- Si vous avez allaité sans problème, n'en déduisez pas alors que les autres femmes exagèrent leurs problèmes.
- Si vous rencontrez un problème dont vous ignorez la solution demandez à un collègue ou à une femme qui a de l'expérience en la matière.
- Renforcez votre confiance en mettant vos connaissances perpétuellement à jour et en améliorant vos capacités de soutien pratique. Pour donner confiance, vous avez besoin de nourrir votre propre sentiment de confiance.

**L'allaitement maternel est une question de confiance.**

# Communiquer et conseiller

La mère peut s'être préparée ou non à l'allaitement et au maternage durant la grossesse. Quoiqu'il en soit, elle a besoin de votre assurance qu'elle fait les bonnes choses pour son bébé et qu'elle est une bonne mère. Ce n'est pas seulement ce que vous dites, mais aussi la façon dont vous le dites qui est important.

Vous communiquez avec votre expression faciale, le ton de votre voix, vos gestes et d'autres moyens non verbaux. Si vos messages verbaux et vos messages non verbaux se contredisent, votre message sera confus.

## Ce que **vous** pouvez faire

- Traitez toujours le couple mère-bébé comme une unité, et montrez votre respect pour sa capacité à interagir.
- Soyez conscient du fait que les mères pensent souvent qu'il ne faut pas déranger un professionnel de santé très occupé avec leur « petites » difficultés, y compris quand ces difficultés ne sont pas petites.
- Informez la mère du temps qu'elle pourra passer avec vous, ainsi elle sait à quoi s'attendre.
- Asseyez vous au même niveau que la mère pour ne pas l'intimider. Essayez d'apprendre sans poser de questions, grâce aux techniques suivantes.
- Ecoutez la mère. Evitez d'écrire ou de lire pendant qu'elle parle.
- Exprimez votre écoute attentive par votre regard, l'expression de votre visage et des signes d'acquiescement.
- Soyez patient. N'interrompez pas la mère. Elle peut avoir besoin de se répéter.
- Redites à la mère ce que vous avez compris d'elle, par exemple : « Vous avez l'impression de ne pas avoir assez de lait ». Ensuite, calmement, explorez les raisons de ce qu'elle a dit.
- Proposez à la mère qu'elle donne une tétée à son bébé et regardez les attentivement pour identifier d'éventuelles difficultés. Utilisez la liste de vérifications de la page 14 comme aide-mémoire.
- Posez des questions ouvertes qui nécessitent une réponse complète et non un simple « oui » ou « non » (par exemple, ne dites pas « Avez-vous les bords de sein douloureux ? » mais plutôt « Comment sentez-vous vos bords de sein ? »)
- Evitez de poser trop de questions. Interrogez-la juste ce qu'il faut pour combler les lacunes sur ce qu'elle vous a dit. Basez vos questions sur ce qu'elle vous a déjà dit, pour qu'elle sache que vous l'avez écouté.
- Montrez à la mère votre approbation pour tout ce qu'elle fait de bien. Et même quand il semble qu'elle fait tout de façon inappropriée vous pouvez la féliciter d'avoir eu la bonne idée de vous consulter.
- Soyez attentif à ne pas la disputer ni la critiquer, quoiqu'elle dise.
- Faites en sortes que la mère sache que vous respectez ses sentiments.

- Donnez-lui des informations qui lui permettent de s'aider elle-même au cas où elle rencontre des difficultés.
- Testez votre capacité de communication en demandant aux gens d'expliquer avec leurs propres mots ce que vous leur avez dit. Savoir ce que les autres comprennent de vous est important pour une communication efficace.
- Quand vous finissez une consultation, assurez à nouveau la mère qu'elle peut toujours allaiter son bébé. Même quand elle n'est pas sûre d'elle au début, elle pourra vite devenir une grande experte des besoins de son bébé.

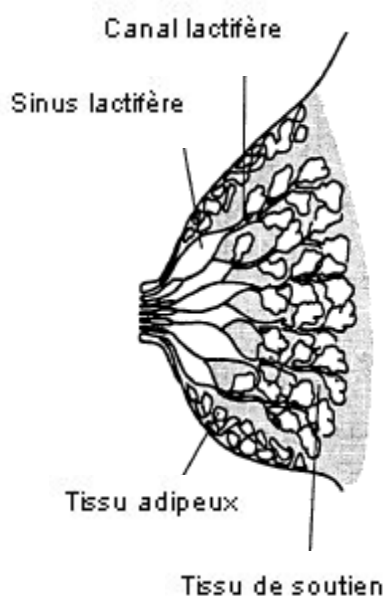
**Donnez des informations, pas des conseils**

## Physiologie de l'allaitement

La plupart des difficultés concernant l'allaitement sont dues à une limitation des tétées, au manque de confiance et à une mauvaise prise du sein par le bébé. La plupart des conséquences sont un bébé qui a faim, qui pleure, qui est en colère (et qui peut éventuellement refuser le sein), des engorgements, et éventuellement des canaux lactifères bouchés, une production de lait diminuée. De plus, les bouts de sein peuvent être douloureux ou même blessés.

La plupart de ces difficultés peuvent être prévenues si la mère comprend comment marche l'allaitement.

### Anatomie du sein

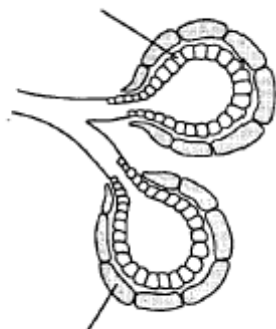


Le sein féminin est une structure complexe, avec des tissus glandulaires entourés de tissus adipeux et de tissus de soutien. Le tissu glandulaire est constitué de 15 à 25 grappes distinctes reliées entre elles.

Les cellules productrices de lait forment les alvéoles ou acini qui sont rassemblées en grappe et entourées par des cellules musculaires lisses. Chaque grappe est drainée par un sinus lactifère ; les sinus lactifères s'abouchent dans la région rétro-aréolaire. Chaque canal débouche sur une ouverture au niveau du mamelon.

### Production de lait

Cellules productrices de lait



Cellules musculaires

La production de lait est déclenchée par la prolactine, hormone sécrétée dans le corps maternel quand le bébé est nourri au sein.

Plus le bébé stimule le sein, plus la production de lait est augmentée. Il n'est pas possible de « vider » complètement un sein, car les cellules produisent constamment du lait. L'extraction efficace du lait permet à la production de se poursuivre.

Si la durée des tétées est limitée, soit en limitant l'accès du bébé au sein soit en enlevant le bébé du sein avant qu'il n'ait spontanément terminé une tétée, la production de lait peut ne pas être stimulée de façon adéquate.

## Ejection de lait

Le réflexe d'éjection permet au lait de couler – ou d'affluer– hors des cellules sécrétrices et d'être collecté dans les sinus lactifères de la région rétro-aréolaire. Quand le bébé est mis au sein, la pression de sa bouche autour de l'aréole envoie des signaux par le système nerveux à la partie postérieure de la glande hypophyse qui relâche de l'ocytocine dans le système sanguin. Cela conduit les cellules myoépithéliales entourant les cellules productrices à se contracter et à éjecter le lait. En premier lieu, il s'agit d'un réflexe non conditionné qui répond uniquement à une stimulation physique. Ensuite, cela devient un réflexe conditionné et les pleurs, la vue ou le fait de penser au bébé peuvent conduire à une éjection de lait.

Quand une mère est très stressée ou manque de confiance pour son allaitement, son réflexe d'éjection peut être inhibé, mais cette inhibition est à la fois partielle et temporaire, et peut être résolue.

## Extraction de lait

Au contraire de la tétine d'un biberon, le mamelon ne contient pas de lait. Pour extraire le lait, la bouche du bébé doit presser les sinus lactifères placés en arrière du bout de sein. Ce mouvement de succion de la bouche (en anglais suckling) n'est possible que quand le bébé a une bonne prise du sein.

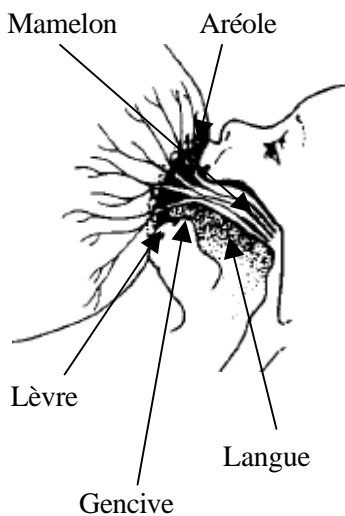
Si le bébé n'est pas incité à ouvrir grand la bouche et à prendre une bonne bouchée de l'aréole et qu'on met le bébé au sein comme s'il prenait un biberon, il ne prendra pas le lait disponible dans le sein, ni ne stimulera la production de plus de lait.

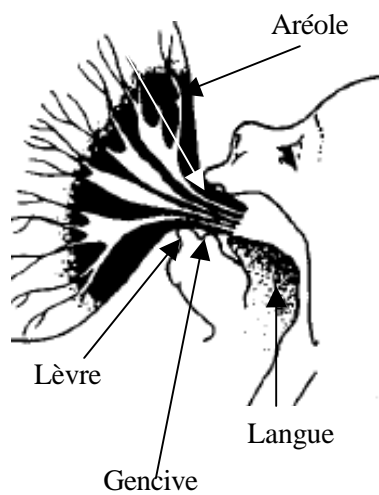
## Prise du sein par le bébé

Quand le bébé est mis au sein, il doit être placé de façon à ce que son nez se trouve au niveau du mamelon, ensuite sa lèvre supérieure est stimulée en lui faisant toucher le mamelon. Cela incitera le bébé à ouvrir grand la bouche, attraper et prendre une bonne bouchée de sein. Le mamelon et une bonne part de l'aréole disparaîtront dans la bouche du bébé.

### Une bonne prise de sein ressemble à cela :

1. La bouche du bébé est largement ouverte et les lèvres sont retroussées. La lèvre inférieure est particulièrement retroussée, et le menton du bébé touche le sein de la mère.
2. Le mamelon se trouve loin en arrière dans la bouche du bébé, avec son extrémité touchant la jonction palais dur/palais mou du bébé.
3. Le bébé tète en faisant deux mouvements simultanés : la mâchoire inférieure qui va de haut en bas et une ondulation musculaire péristaltique qui va de l'extrémité de la langue vers l'arrière. La langue est parfois visible au-dessus de la lèvre inférieure. Cette action presse le lait à l'extérieur, hors des sinus lactifères, à travers les lèvres vers l'arrière de la bouche du bébé.
4. Le bébé tète avec des mouvements brefs au début, mais le rythme change pour une succion plus profonde et lente quand le flux de lait arrive. Le bébé fait des pauses (déglutition) et celles-ci s'allongent au fur et à mesure de la tétée.
5. Les joues du bébé sont rebondies et non creusées ; parfois les oreilles du bébé bougent pendant qu'il tète.





**Mauvaise prise du sein :**

1. Le bébé tète ou mâche seulement le mamelon, avec ses lèvres, ses gencives ou sa langue.
2. La bouche n'est pas largement ouverte et le bébé tète ses lèvres.
3. Les lèvres et les gencives pressent le mamelon au lieu de l'aréole.
4. La langue peut être mal placée, bloquant la protrusion du mamelon dans la bouche du bébé.
5. Les joues sont creusées.

# Comment réussir une bonne prise du sein

Positionner correctement le corps du bébé est important pour une bonne prise du sein et la réussite de l'allaitement. La plupart des difficultés peuvent être tout à fait évitées si la prise du sein et la position sont bonnes dès les premières tétées.

## La première tétée

Immédiatement après la naissance, le bébé en bonne santé cherche instinctivement à téter. Durant les deux premières heures de vie, le bébé est alerte, actif et prêt pour téter.



- Placé sur le ventre de sa mère, un bébé en bonne santé et né à terme est capable de ramper vers le sein. S'il n'est pas perturbé ou sédaté, le bébé peut trouver le sein sans aucune aide, habituellement dans la première heure de vie. L'expulsion du placenta est favorisée par une production augmentée d'ocytocine maternel, elle-même stimulée par le contact du bébé sur le mamelon.
- Certains bébés ont besoin de deux heures ou plus, et d'autres peuvent ne pas être prêts à téter avant de se réveiller de leur premier sommeil. Le processus de la naissance n'est pas terminé tant que le bébé n'est pas passé d'une alimentation placentaire à une alimentation mammaire.

## Ce que **vous** pouvez faire

- Soutenez la femme durant le travail et la naissance d'une façon qui minimise le besoin d'interventions.
- Encouragez la femme à essayer des moyens qui diminuent la douleur sans interférer avec l'allaitement. Évitez, si possible, les médicaments qui peuvent avoir un effet sédatif sur le bébé quand ils passent à travers le placenta.
- Permettez au bébé de rester en peau-à-peau avec sa mère dès la naissance et jusqu'à ce qu'il ait eu le temps de terminer sa première tétée.
- Laissez la mère et son bébé interagir à leur propre rythme. Assistez-la uniquement si vous pensez que c'est absolument nécessaire ou quand la mère le demande.
- Retardez toutes les procédures routinières qui suivent la naissance et qui peuvent attendre sans risque, en général au moins une ou deux heures (par exemple, les mesures et l'habillage du bébé), que la mère et son bébé soient prêts.
- Ne séparez le bébé et la mère qu'en cas d'absolue nécessité. Les observations préliminaires habituelles du bébé peuvent se faire quand il est sur sa mère. Même une séparation brève avant la première tétée peut perturber le processus.
- Si la mère est sédatée ou se sent trop fatiguée, aidez le bébé qui cherche à avoir sa première tétée sans aucun effort de la part de sa mère.
- Encouragez et aidez la mère à avoir des contacts peau-à-peau avec son bébé autant que possible les premiers jours qui suivent la naissance. Si leur interaction

a été perturbée durant les premières heures pour une raison ou une autre, elle peut être « réinitialisée » à n'importe quel moment durant les premiers jours, et même plusieurs semaines après la naissance.

- Découragez l'utilisation de sucettes et de biberons durant l'établissement de la lactation quand le bébé apprend à téter. Certains bébés, quand ils sont nourris avec une tétine, développent une préférence pour celle-ci et cela peut diminuer leur enthousiasme pour le sein.

**Laissez le bébé commencer à téter  
quand il montre qu'il est prêt.**

## Positionnement du corps du bébé

Nous utilisons l'expression « prise du sein » pour désigner la manière dont la bouche du bébé prend le sein. Le mot « positionnement » décrit la façon dont le corps du bébé est placé contre celui de sa mère. Faire attention à ces détails est important. Une bonne position du corps du bébé est indispensable pour une bonne prise de sein.

Le principe de base est que le bébé soit capable de prendre facilement une bonne bouchée de sein. Pour cela, son corps doit être contre celui de sa mère et sa tête doit être libre pour bouger sans contrainte.

Un bébé correctement positionné n'a pas besoin d'aspirer pour exprimer le lait du sein, mais tête, c'est-à-dire utilise les actions décrites ci-dessus. Si le bébé tire parce que sa bouche n'est pas correctement placée au sein, cela produira des douleurs aux bouts de sein. Beaucoup de femmes n'ont jamais vu de bébés allaités, mais seulement des bébés nourris au biberon. Un bébé nourri au biberon est tenu différemment d'un bébé allaité. Beaucoup de mères et de professionnels de santé qui sont accoutumés aux bébés nourris artificiellement peuvent inconsciemment tenir le bébé comme s'il était nourri au biberon. C'est pourquoi beaucoup de mères ont besoin d'aide pour trouver une bonne position d'allaitement.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Expliquez qu'il n'y a pas une seule bonne position pour tenir un bébé et qu'elle et le bébé trouveront ce qui est plus confortable pour eux deux. Cependant il peut être utile pour elle de comprendre les principes décrits ci-dessous.
- Donnez lui un résumé écrit ou montrez lui de bonnes illustrations ou encore mieux une autre mère qui allaite correctement.
  1. En premier lieu, elle devrait faire en sorte d'être confortable, de façon à être détendue avec son bébé. Si elle allaite en position assise, idéalement, elle devrait être sur une chaise basse, avec ses pieds à plat sur le sol et ses genoux légèrement surélevés. Vous pouvez être en possession de mobilier spécialement conçus pour l'allaitement. Si une chaise plus haute est utilisée, un bottin ou autre marche pied pourra être utilisé pour surélever ses pieds. Elle doit être confortablement assise, son dos soutenu et elle ne doit pas avoir à se pencher en avant. Le principe important à retenir est « apporter le bébé au sein et non le sein au bébé ».
  2. Le bébé devrait être tenu contre le corps de sa mère, ventre contre ventre, de façon à ne pas avoir à tourner la tête pour prendre le sein. Le bébé peut être tenu en diagonale, ou sur le flanc, sous le bras de sa mère ou de toute autre manière qui convienne à la mère et au bébé. Le point important est : le bébé fait face au sein sans avoir à tourner sa tête.

3. Quand elle amène le bébé au sein, le nez de son bébé doit se trouver au niveau du mamelon, et sa tête doit se pencher légèrement en arrière.
4. Dans certaines positions la mère peut soutenir le dos du bébé avec sa main. La tête peut être posée sur le bras de sa mère. Dans d'autres positions elle peut soutenir doucement sa tête avec sa main. La tête ne doit pas être tenue trop fermement parce que le bébé doit être capable de la bouger librement pour ajuster sa prise du sein. Certains bébés réagissent vivement quand leur tête est maintenue, et peuvent se rejeter en arrière et se « bagarrer » au sein.



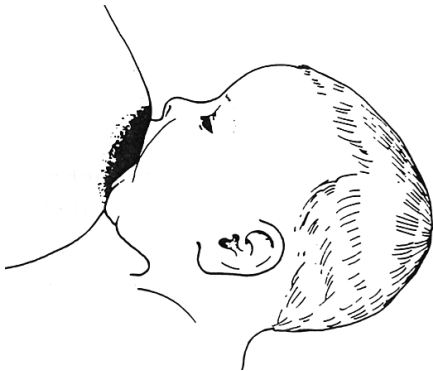
- Il n'est pas nécessaire d'appuyer sur le sein avec le doigt pour dégager le nez du bébé. Si le bébé est bien positionné et a une bonne prise du sein il sera capable de respirer par les narines. La forme de son nez est adaptée à cette situation. La position classique des doigts en ciseaux peut tirer le sein hors de la bouche du bébé et empêcher une bonne prise de sein.
- Si une mère sent qu'elle a besoin de soutenir son sein, elle peut placer sa main autour, la paume en-dessous ou placer une main à plat contre sa cage thoracique.

1. Frotter le mamelon ou un doigt doucement contre la joue du bébé ou ses lèvres stimulera le réflexe de fousissement, pour que le bébé se tourne vers le sein.

2. Toucher les lèvres du bébé avec le mamelon stimulera le réflexe de recherche orale, de façon à ce que le bébé ouvre grand la bouche et tire sa langue en avant.

3. C'est le bébé qui devrait venir au sein et non le sein au bébé. Essayer de mettre le sein dans la bouche du bébé comme s'il s'agissait d'un biberon n'apporte aucune aide et devrait être évité.

- Quand il se nourrit, le menton du bébé devrait toucher le sein de sa mère. Habituellement, la partie supérieure de l'aréole qui reste visible est plus grande que la partie inférieure de l'aréole encore visible. Chaque femme est différente. Certaines ont de très grandes aréoles qui seront toujours visibles durant la tétée alors qu'une petite aréole pourra disparaître totalement. Le signe le plus important pour une mère est que la tétée ne fasse pas mal, et que la bouche du bébé soit ressentie comme agréable à son sein. La douleur est en général un signe de mauvaise prise du sein.



## Positions d'allaitement

Dans la position d'allaitement « classique » la mère est assise droite, le bébé soutenu sur ses genoux ou ses cuisses, ou elle est allongée, le bébé à ses côtés. Cependant, il y a beaucoup d'autres positions d'allaitement, et elle peut en essayer d'autres. Les femmes et leur bébé varient en forme, taille et préférence, donc aucune position n'est « idéale ». La chose importante est que la mère se sente bien et qu'elle puisse tenir son bébé contre son sein de façon confortable pour le temps que dure la tétée.

### Ce que **vous** pouvez faire

Aidez la mère à pratiquer plusieurs positions de temps en temps. Les positions horizontales lui permettent de s'allonger et même de dormir pendant une tétée.



« **Ballon de rugby** »



« **Madone inversée** »



**Position allongée**

## Comment vérifier la position

Est-ce que la mère est détendue, confortable et ne ressent aucune douleur durant la tétée ?

Est-ce que le corps du bébé est contre celui de sa mère ?

Est-ce que la tête du bébé fait face au sein sans que le bébé ait à tourner sa tête ?

Est-ce que la tête du bébé est légèrement fléchie vers l'arrière ?

Est-ce que le menton du bébé touche le sein de sa mère ?

Est-ce que le bébé respire librement ?

Est-ce que la bouche est largement ouverte ?

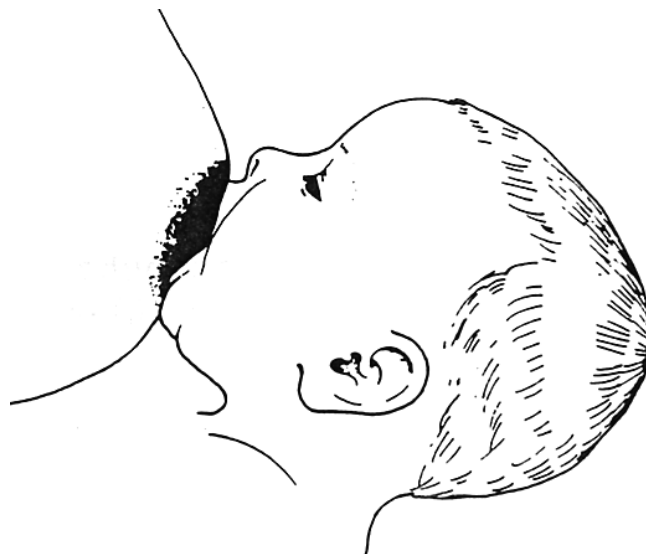
Est-ce que les lèvres, particulièrement la lèvre du bas, sont retroussées (et non sucées par le bébé), avec une plus grande partie de l'aréole couverte en bas qu'en haut de la bouche ?

Est-ce que la langue forme une gouttière sous le sein ? La langue peut être visible entre la lèvre inférieure et le sein.

Est-ce que le bébé a des suctions lentes et profondes, utilisant sa langue et la mâchoire inférieure ? (les muscles autour de l'oreille peuvent bouger et les joues ne se creusent pas).

Est-ce que des bruits de déglutition peuvent être entendus ?

Est-ce que le bébé est calme, et reste au sein ?



## Comment satisfaire les besoins du bébé

Un bébé né à terme, en bonne santé n'a pas besoin d'alimentation ou de boisson autre que le lait maternel durant les six premiers mois. La composition du lait maternel change au fil du temps et s'adapte à l'évolution des besoins du bébé qui grandit.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Encouragez l'allaitement sans supplément durant les six premiers mois, en dehors des cas où des suppléments sont médicalement justifiés. Les indications médicales pour supplémentation sont très rares (voire annexes 5 et 6).
- Aidez la mère à comprendre que :
  - Le colostrum, le premier lait, est adapté pour satisfaire les besoins du bébé durant les premiers jours et devrait toujours être donné. Même s'il semble être en quantité faible, le colostrum est tout ce dont a besoin le bébé né à terme et en bonne santé jusqu'à ce que le lait mature « arrive ». Le colostrum est riche en énergie, en anticorps protecteurs et en vitamines E et A liposolubles.
  - La plupart des bébés en bonne santé perdent entre 5 et 10% de leur poids de naissance durant les premiers jours de vie. La plus grande part de ce processus est due à une perte naturelle d'eau consécutive au changement d'environnement. Normalement, ils regagnent leur poids de naissance en 5 à 10 jours, mais certains bébés mettront 3 jours, d'autres 3 semaines.
  - Physiologiquement, après la naissance, le bébé en bonne santé n'a besoin que de colostrum et plus tard que de lait maternel. Tout autre liquide, y compris de l'eau (avec ou sans dextrose, glucose ou autre sucre), thé ou substitut du lait maternel ne sont pas nécessaires et peuvent être iatrogènes. Ils interfèrent avec l'appétit du bébé et son comportement alimentaire et le découragent de téter correctement le sein.
  - Donner un autre liquide avant, après ou entre les tétées aura comme conséquence une moindre quantité de lait exprimée du sein, et par conséquent une diminution de la stimulation. Le corps maternel réagit en diminuant la réponse endocrinologique et en diminuant l'activité des cellules productrices de lait, ce qui peut aboutir à une diminution de la lactation.
  - Certains bébés qui reçoivent un biberon ou une sucette durant la période qui suit la naissance peuvent développer une préférence pour les tétines artificielles. Ils ne seront pas aussi intéressés par le sein et cela peut affecter la mise en place de l'allaitement.
  - Le lait maternel n'est jamais trop « léger ». Sa composition change du début à la fin d'une tétée. Le premier lait, appelé « lait de début de tétée » semble plus aqueux et léger que du lait de vache. Il assouvit la soif du bébé. Au fil de la tétée, le lait s'enrichit en graisse et donne un sentiment de satiété au bébé : c'est ce qu'on appelle le « lait de fin de tétée ». Cinquante pourcent de l'énergie du lait maternel provient d'acides gras spécifiques et uniques adaptés au développement neurologique et cérébral des petits bébés humains.
  - Les vitamines et les minéraux contenus dans le lait maternel sont normalement suffisants pour satisfaire les besoins du bébé durant les six premiers mois. Les suppléments ne sont pas nécessaires et peuvent même être délétères.

La quantité en fer dans le lait maternel est faible mais sa biodisponibilité est importante. Le manque de fer est rare tant que le bébé est exclusivement allaité durant les six premiers mois. Des suppléments comme par exemple d'autres laits peuvent inhiber l'absorption du fer et causer de cette façon des anémies.

La quantité de vitamine D présente dans le lait maternel est également basse. La meilleure source de vitamine D est l'exposition de la peau nue à la lumière ultraviolette du soleil. Le besoin hebdomadaire en vitamine D est satisfait par 10 minutes d'exposition hebdomadaire au soleil de toute la surface du corps, ou 30 minutes des mains et de la face. Normalement, dans les pays chauds, la formation subcutanée de vitamine D induite par de courtes périodes d'exposition au soleil complète entièrement la vitamine contenue dans le lait maternel. Si le bébé n'est pas exposé à la lumière du soleil, la supplémentation est souvent recommandée.

La vitamine K est présente en faible quantité présente dans le lait maternel. Elle est concentrée dans le colostrum et dans le lait gras de fin de tétée. Un accès sans restriction au sein dès la naissance est de ce fait très important pour fournir de la vitamine K au bébé. L'alimentation de la mère peut influencer sur la quantité de vitamine présente dans son lait. Cette vitamine est abondante dans les légumes verts, l'huile végétale, le lait de vache et ses produits fermentés, et le foie.

- Le lait maternel est tout ce dont le bébé a besoin les six premiers mois. La majorité des mères sont capables d'allaiter exclusivement pendant cette période. Après, la cuisine familiale écrasée devrait être donnée, mais le lait maternel reste un élément important de la nutrition du bébé et continue de le protéger contre les maladies. Les enfants profitent toujours du lait maternel durant leur deuxième année et au-delà. L'allaitement est toujours bon pour le bébé, que sa durée soit courte ou longue.

<b>Soutenez l'allaitement exclusif durant six mois.</b>
---

## Combien de fois et combien de temps

L'allaitement sans restriction est la clé pour établir la production de lait et prévenir de nombreuses difficultés. Cela veut dire donner le sein au bébé à chaque fois qu'il montre de l'intérêt pour le sein, le jour comme la nuit. Cela veut dire également laisser le bébé terminer la tétée et le laisser quitter le sein spontanément.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Aider la mère à comprendre que :
  - Le lait maternel est plus rapidement et mieux digéré que ses substituts. Durant les premières semaines, la plupart des bébés allaités ont besoin de plus de tétées que les bébés alimentés avec des substituts. Tous les nouveau-nés ont besoin de repas nocturnes, et les bébés allaités peuvent se réveiller plus fréquemment, mais il est beaucoup plus facile d'allaiter que de préparer puis donner un biberon. Les hormones de l'allaitement peuvent aider les mères à se rendormir rapidement après une tétée. Certaines mères peuvent somnoler pendant la tétée. La mère et son bébé qui dorment ensemble sont en sécurité ; encouragez cette pratique car c'est idéal pour l'allaitement.
  - Les bébés ont des comportements multiples. Ils peuvent avoir besoin de téter aussi souvent que 10-15 fois ou au si peu que 6-8 fois en 24 heures. Certains tètent rapidement, d'autres lentement. Certains bébés tètent en pointillé et les tétées sont alors entrecoupées de petites siestes, d'autres tètent plus constamment. Certains bébés veulent un seul sein, d'autres veulent les deux. Tous ces comportements conviennent, mais si le bébé tête tout le temps, semble toujours insatisfait et ne prend pas de poids, alors cela peut être un signe que le bébé ne prend pas assez de lait au sein.
  - Certains bébés tètent pour le plaisir aussi bien que pour le lait. Certains bébés veulent téter beaucoup et cela peut être important pour maintenir la lactation. Utiliser une sucette peut réduire le temps que le bébé passerait normalement à téter, et ainsi faire que la production de lait ne soit pas stimulée de façon adéquate.
  - Les pleurs de faim d'un bébé sont le dernier signe désespéré après une série de signaux qui montrent qu'il est prêt pour une tétée. Le bébé fait des mouvements de succion caractéristiques avec la langue. Il commence à saliver et avec une intensité qui va en augmentant, ses mains et ses doigts touchent sa bouche. Il tourne sa tête de droite à gauche, cherchant le sein. Tous ces signaux montrent que le bébé est prêt à téter. Idéalement, un bébé devrait toujours être allaité avant de commencer à pleurer, car un bébé stressé est moins facile à mettre au sein. C'est pourquoi le partage de la chambre (rooming-in) est si important pour une mère, car cela lui permet d'apprendre à reconnaître et répondre à ces signaux précoces.
  - Un bébé ne peut pas être sur-nourri avec du lait maternel. Les bébés naissent avec un contrôle de l'appétit qui correspond aux besoins de son corps.

- Le bébé change son comportement d'allaitement en fonction de ses besoins, selon les jours et au fil du temps, en tétant plus ou moins souvent, pour de plus ou moins longues périodes. Laissez-vous conduire par le bébé, il sait de quoi il a besoin. Vous ne pouvez pas forcer un bébé à téter s'il n'en a pas envie. Le bébé sera mieux nourri si vous répondez à ses signaux.
- Le bébé peut téter aussi souvent et aussi longtemps qu'il le souhaite. Quand le bébé est bien positionné et que sa prise du sein est correcte, un allaitement sans restriction n'abîmera pas les bouts de sein. Au contraire, il réduit les problèmes de seins douloureux et blessés, prévient les engorgements sévères et aide la mère à se sentir à l'aise.

- Regardez chaque bébé comme une personne unique.
- Laissez la mère prendre en charge le bébé dès sa naissance. De cette façon elle apprendra et interprétera plus facilement les signaux de son bébé.
- Offrez à la mère et à son bébé l'opportunité de rester ensemble 24h sur 24.
- Expliquez à la mère que le risque d'infections nosocomiales est diminué quand les mères et leur bébé restent ensemble (voir annexe 7).
- Encouragez la mère à :



- Mettre le bébé au sein à n'importe quel signe de faim ou d'inconfort. Ne pas attendre qu'il pleure.
- Placer le bébé dans son lit avec elle ou placer le lit du bébé contre le sien, comme ça il est facile d'amener le bébé dans son lit pour les tétées. La mère ne risque pas d'écraser le bébé sauf si elle est particulièrement sédentée ou malade.
- Faire en sorte que les tétées nocturnes soient simples en utilisant uniquement une lumière faible, en faisant peu de bruit et en changeant la couche seulement si c'est vraiment nécessaire. De cette façon l'allaitement ne perturbera pas son sommeil ni celui de sa compagne de chambre.
- Laisser le bébé téter sans faire attention à l'heure. Laisser toujours le bébé interrompre spontanément la tétée.
- Laisser le bébé faire des pauses de temps en temps, le sein dans la bouche. Le bébé peut, soit laisser le sein car il est satisfait, soit avoir besoin d'une courte pause.
- Ne pas enlever le bébé du sein avant qu'il ne signale qu'il en a assez. Le bébé le signale en lâchant le sein et en refusant de le prendre à nouveau, ou en s'endormant.
- Si elle doit enlever le bébé du sein, « casser » la succion en introduisant un doigt entre la langue du bébé et le bout de sein avant d'enlever le bébé, pour prévenir les blessures des bouts de sein (voir illustration).
- Après une courte pause, elle peut lui proposer à nouveau le même sein, pour être sûre que son bébé reçoive le lait de fin de tétée. Il le prendra s'il en a besoin. Un bébé qui est enlevé du sein et placé à l'autre sein avant d'être prêt, peut ne pas recevoir le lait de fin de tétée et peut rester affamé.

- Offrir l'autre sein si le bébé refuse le premier, mais ne pas s'inquiéter s'il le refuse. Certains bébés aiment être allaités avec un seul sein, d'autres avec les deux, d'autres encore changent d'une tétée à l'autre.
- Offrir l'autre sein (ou le second) en premier à chaque tétée. Cependant, si le bébé a un sein préféré, cela n'est pas un problème. Il est possible de produire assez de lait pour nourrir un bébé avec un seul sein.

**Soutenez un allaitement sans restriction**

# Les difficultés et questions courantes

## Assez de lait ?

Les mères et les professionnels de santé qui sont habitués à l'alimentation artificielle s'inquiètent souvent car ils ne peuvent pas voir combien de lait le bébé allaité reçoit. Dès que le bébé paraît insatisfait, pleure, veut téter souvent ou refuse le sein, la mère peut commencer à s'inquiéter au sujet de sa production de lait. « Le manque de lait » est la raison la plus souvent donnée par les mères qui arrêtent d'allaiter.

L'incapacité de produire du lait est pourtant très rare ; d'après les estimations cela n'arriverait que dans 1 ou 2 cas sur 10 000. La plupart des mères peuvent nourrir leur bébé avec du lait maternel seul durant les 6 premiers mois si l'allaitement n'est pas restreint, si le bébé prend bien le sein et si le réflexe d'éjection n'est pas inhibé.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Aidez la mère à comprendre que :
  - Une très grande majorité des mères peuvent produire le lait dont leur bébé a besoin.
  - Mesurer le volume d'un échantillon de lait exprimé par massage manuel ou grâce à un tire-lait n'est pas une bonne idée. Le volume exprimé peut être influencé par l'efficacité de la méthode utilisée pour extraire le lait et l'expérience de la mère concernant cette méthode.
  - Peser le bébé avant et après une tétée est contreproductif. Le bébé prend des quantités variées d'une tétée à l'autre. La composition du lait varie, et le poids du lait n'indique pas s'il est riche en graisse ou en eau. De plus, cette procédure peut rendre la mère anxieuse, et par suite retarder ou inhiber le réflexe d'éjection du lait, et le bébé peut recevoir moins de lait que d'habitude.
  - Les selles d'un bébé allaité peuvent être très molles et peuvent survenir à des intervalles compris entre plusieurs fois par jour à une tous les 10 jours. La couleur peut varier de verdâtre à jaune soutenu.
  - Les bébés grandissent à leur propre rythme. Certains bébés prennent du poids très régulièrement ; d'autres prennent peu ou pas de poids une semaine, et ensuite se rattrapent en une semaine ou deux. Les bébés allaités peuvent avoir des façons de prendre du poids différentes des bébés nourris aux substituts. Malheureusement, la plupart des grilles de poids utilisées sont basées sur des données issues de bébés nourris au biberon. Rappelez-vous que le gain de poids n'est qu'une variable parmi d'autres utilisables pour évaluer l'état de santé de l'enfant.
  - Le gain de poids lent n'est pas une indication de supplémentation. C'est une indication pour un examen de la technique d'allaitement. Il est possible que le bébé ait une mauvaise prise du sein, ou que la mère enlève le bébé du sein avant qu'il n'ait terminé, alors vérifiez ces points avant de chercher un problème médical.

- Évaluez la situation d'allaitement globalement en cherchant si le bébé obtient ce dont il a besoin :

Le bébé a-t-il l'air en bonne santé ?

Est-il éveillé (actif et alerte) durant au moins 4 heures par 24 h ?

Le bébé ne reçoit-il que du lait maternel ?

Les tétées sont-elles non restreintes, et y en a-t-il au moins huit par jour ?

Le bébé est-il correctement positionné ?

Le bébé prend-il correctement le sein ?

Le lait maternel est-il exprimé facilement du sein ?

Les selles du bébé sont-elles molles, jaunes et relativement fréquentes (au moins une tous les 10 jours) ?

Le bébé prend-il approximativement 500-800g par mois les trois premiers mois ?

Selon les données de l'observation, soit vous rassurez la mère car son bébé reçoit ce dont il a besoin et qu'il va bien, soit vous l'aidez à trouver la raison de son problème, pour le résoudre ensemble.

## Difficultés avec le réflexe d'éjection

Des difficultés avec le réflexe d'éjection peuvent parfois survenir. Le flux de lait qui est déclenché par ce réflexe peut être temporairement retardé ou inhibé si la mère connaît un choc, une souffrance, une anxiété ou de la gêne. Cela peut s'accompagner d'un taux d'adrénaline plus important dans le sang, une vasoconstriction périphérique et moins d'ocytocine atteignant les cellules alvéolaires.

Quand le réflexe d'éjection est inhibé, le bébé reçoit de façon temporaire vraiment très peu de lait, y compris quand il a une bonne prise du sein. Le bébé peut alors rejeter le sein et pleurer.

NB. Comme l'inhibition du réflexe d'éjection est un événement temporaire, n'en exagérez pas l'influence en cas de problème.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Rassurez la mère : elle a toujours la capacité d'allaiter et son lait s'écoulera à nouveau.

- Vérifiez la position et la prise du sein du bébé.
- Soulignez l'importance d'un allaitement sans restriction.
- Expliquez à la mère comment marche l'allaitement.
- Assurez-vous que la mère comprend que :
  - La taille de ses seins n'affecte pas sa capacité à produire du lait. La taille des seins avant la grossesse est due à la quantité de tissu adipeux et non à la quantité de tissu glandulaire.
  - Quand les seins deviennent plus mous, cela ne signifie pas que le lait ait disparu. L'« hyperactivité » initiale associée à la mise en place de la production de lait diminue, et le processus est maintenant bien établi.
  - La capacité d'une mère à produire du lait ne peut jamais disparaître soudainement. Si le lait ne coule pas y compris quand le bébé a une bonne prise du sein, cela signifie que le réflexe d'éjection est temporairement inhibé. Quand le bébé est autorisé à continuer de téter, y compris quand le sein semble « vide », le lait se remettra à couler à nouveau.
- Laissez la mère parler librement de son anxiété, qu'elle soit en lien avec l'allaitement ou non. Ecoutez attentivement, mais ne donnez pas forcément de conseils. Le seul fait d'exprimer ses sentiments, de pleurer ou de rire, peut aider la mère à se sentir mieux. Soyez empathique et attentif. Votre confiance dans le fait que son lait reviendra rapidement peut accroître sa confiance en son propre corps.
- Expliquez à la mère comment stimuler le réflexe d'éjection :



- S'asseoir ou de s'allonger pour se sentir détendue. Boire ou manger quelque chose qu'elle aime. Parler à son bébé et le tenir contre elle, de préférence peau contre peau.
- Demander à ce qu'un membre de la famille, un ami ou un professionnel de santé lui masse le haut du dos, son cou et ses épaules pour la détendre et pour qu'elle se sente entourée et soutenue.



- Masser le sein. Commencer par le haut, bouger les doigts en un léger mouvement circulaire sur une partie du sein pour quelques secondes ; ensuite masser une autre partie du sein. Appliquer juste une pression pour être confortable. Masser en spirale, autour du sein, vers l'aréole (voir illustration).
- Masser légèrement de la base du sein vers le bout de sein. Répéter ceci tout autour du sein (voir illustration).
- Manipuler le mamelon entre le pouce et l'index. C'est le moyen le plus efficace pour initier le réflexe d'éjection.



- A quatre pattes, bouger doucement le haut du corps. Essayer d'imaginer que la gravité peut aider le lait à sortir (voir illustration). Demander à quelqu'un de masser la colonne vertébrale.
- Appliquer de l'eau chaude (douche ou bain) ou des compresses chaudes.
- Si possible, allaiter en étant assise dans un bain chaud.

## Pas assez de lait

Beaucoup de mères connaissent des moments critiques où la demande actuelle du bébé excède la production de lait. Les bébés grandissent par sauts (« pics de croissance »), donc cela peut arriver y compris en allaitant sans restriction.

De tels épisodes de production insuffisante de lait peuvent également être dus à une prise du sein incorrecte, une restriction de la fréquence et de la durée des tétées ou une inhibition du réflexe d'éjection. La situation est toujours réversible. Toute mère qui a réussi à allaiter avec succès son bébé par le passé, peut réussir à augmenter sa production de lait à n'importe quel moment. Même les mères qui ont complètement arrêté d'allaiter peuvent rétablir leur production lactée pour nourrir leur bébé de leur lait seul (voir chapitre « Relactation ou lactation induite », p. 44).

A ces moments critiques, donner un biberon n'est pas la solution. La supplémentation souvent induit de réels problèmes de production de lait, car cela conduit à une diminution des tétées et de ce fait à une baisse de la stimulation de la production de lait.

La solution est d'améliorer la prise du sein et de laisser le bébé téter aussi souvent que possible pendant quelques jours.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Vérifiez et améliorez la prise du sein par le bébé (voir « Comment réussir une bonne prise du sein », p.10). Parfois, une toute petite variation de la position du bébé au sein l'aidera à avoir une prise plus large et à prendre un peu plus de sein. Même un millimètre de plus peut faire la différence pour une succion efficace.
- Expliquez à la mère comment l'allaitement fonctionne.
- Aidez la mère à comprendre qu'espacer les tétées ne va pas permettre d'épargner plus de lait. Le sein n'est pas un container mais une usine où plus la demande est importante, plus l'offre est grande.
- Préparez la mère à accepter que pendant plusieurs jours elles doivent allaiter fréquemment : la production de lait va rapidement augmenter et les mises au sein pourront éventuellement diminuer.
- Suggérez à la mère durant cette période critique qu'elle limite son travail, ne fasse que les tâches essentielles à la maison, et si possible reçoive de l'aide.
- Encouragez et aidez la mère à :
  - Se sentir confiante en sa capacité à allaiter.
  - Avoir autant de contacts peau à peau que possible avec son bébé.
  - Offrir au bébé le sein dès qu'il montre des signes de faim, le jour et la nuit.

- Allaiter avant que le bébé ne soit agité. Un bébé calme est plus facile à placer au sein qu'un bébé énervé.
- Laisser toujours le bébé terminer la tétée de lui-même. C'est indispensable pour que le bébé reçoive le lait de fin de tétée.
- Offrir le second sein à chaque tétée, mais ne pas s'inquiéter s'il le refuse. Le bébé sait quand ses besoins nutritionnels sont satisfaits. On ne peut pas forcer un bébé à téter quand il est rassasié.
- Eviter les sucettes qui peuvent diminuer l'envie du bébé pour le sein et ainsi diminuer la stimulation et la production de lait.
- Ne pas utiliser d'aliments de complément pour un bébé bien portant avant qu'il ait six mois.
- Si la mère est déjà résolue à donner des suppléments, suggérez que le bébé soit toujours mis au sein avant de les recevoir, pour qu'il y ait une stimulation maximum des seins pour produire du lait. Suggérez que la quantité de supplément soit graduellement réduite.
- Si des suppléments (et du lait maternel) sont donnés durant une phase critique, suggérez qu'ils soient donnés à la tasse ou à la cuillère (voir le chapitre « Alimentation à la tasse », p.48).
- Si le bébé refuse de téter un sein "vide", suggérez d'utiliser un Dispositif d'Aide à la Lactation (DAL, voir p.45).
- Pour la mère, boire quand elle se sent assoiffée, mais qu'il n'est pas nécessaire de boire des boissons supplémentaires pour allaiter.
- Eviter une contraception orale avec des taux élevés d'oestrogènes.
- Etre patiente et attentive. Garder courage et faire confiance à l'expérience de pratiquement toutes les femmes qui ont réussi en étant correctement aidées.

## Trop de lait

Comme le bébé régule la quantité de lait dont il a besoin, une réelle surproduction est rare. Cependant des pratiques erronées comme une mauvaise prise du sein ou enlever le bébé trop tôt du sein, peut, chez certaines femmes, s'accompagner d'une surproduction. Le bébé essaiera alors d'avoir une quantité plus importante de lait de début de tétée au second sein dans sa quête des calories du lait de fin de tétée.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Observez le positionnement du bébé et sa prise du sein et aidez la mère à améliorer la façon dont le bébé prend le sein.
- Vérifiez que la mère n'offre pas le second sein avant que le bébé refuse définitivement le premier.

- Vérifiez que la mère n'enlève pas le bébé du sein avant qu'il n'ait spontanément terminé. Certaines mères interprètent mal une petite pause dans la succion pensent que le bébé a terminé. Soulignez l'importance d'un allaitement sans restriction.

## Pertes de lait

Beaucoup de femmes connaissent des pertes de lait durant les premières semaines. Parce que le réflexe d'éjection fonctionne sur les deux seins en même temps, du lait peut couler d'un côté pendant que le bébé tète l'autre.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Montrez à la mère comment arrêter les pertes en pressant ses avant-bras ou main contre les bouts de sein pendant une minute ou deux.
- Durant une tétée, elle peut utiliser des coussinets d'allaitement pour absorber le lait
- La mère devrait éviter de porter des coupelles d'allaitement en plastique qui maintiennent les bous de sein humides ce qui peut générer des problèmes de peau.

## Les bouts de seins douloureux et blessés

Les douleurs aux bouts de sein peuvent survenir au début de l'allaitement, particulièrement quand les compétences à réussir une bonne prise du sein et un allaitement avec des tétées fréquentes sont en cours d'acquisition.

La mauvaise prise du sein par le bébé est la cause principale de douleurs et de blessures des bouts de sein. La restriction des tétées peut avoir comme conséquence des engorgements qui à leur tour induisent une mauvaise prise du sein.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Vérifiez et améliorez la prise du sein par le bébé. Soyez attentif à la position du corps du bébé. Lisez attentivement le chapitre « Comment réussir une bonne prise du sein » page 10.
- Expliquez à la mère que si le bébé prend bien le sein, le bout de sein ne peut pas être blessé et toute douleur devrait disparaître immédiatement. Un bébé qui prend correctement le sein ne peut pas endommager le bout de sein. Poursuivre en allaitant correctement peut faciliter la guérison d'un sein blessé. La guérison devrait se faire dans les 24 heures si le bébé est correctement placé. La durée de la tétée ne cause ni n'aggrave la douleur des mamelons ; une mauvaise prise de sein, si.

- Encouragez et aidez la mère à :
  - Donner le sein au bébé dès qu'il montre des signes de faim.
  - Stimuler le réflexe d'éjection avant de placer le bébé au sein (voir le chapitre « Difficultés avec le réflexe d'éjection », p.21)
  - Laisser toujours le bébé quitter le sein spontanément. Si le bébé est satisfait, mais endormi au sein, enlever le bébé avec précaution, et seulement après avoir soigneusement brisé la succion, en insérant un doigt entre le sein et la langue du bébé.
  - Laver les bous de sein enlève les sécrétions protectrices de la peau et peut facilement conduire à des blessures. Quand la mère prend un bain ou une douche, il ne faut pas mettre de savon ou de gel douche sur les bous de sein. En dehors des lavages pour une hygiène habituelle, ne jamais utiliser de savon, crème ou sprays, particulièrement ceux contenant de l'alcool. Aucun produit n'a montré une réelle efficacité pour résoudre les problèmes de mamelons douloureux et beaucoup peuvent causer du tort.
  - Maintenir les bous de sein au sec et à l'air si possible. Il n'est pas nécessaire de porter un soutien-gorge la nuit.
- Si la mère ne souhaite plus allaiter parce que la douleur est trop intense, elle peut vouloir exprimer du lait manuellement durant une journée, et le donner à la tasse ou la cuillère (voir le chapitre « Expression du lait maternel » p.46). Expliquez à la mère que si son bébé est correctement mis au sein il prendra du lait plus efficacement qu'avec n'importe quelle autre méthode d'extraction, cela ne peut donc qu'être une mesure provisoire.
- Ne recommandez pas habituellement les tételles ou bous de sein en plastique. De tels accessoires diminuent l'efficacité de la succion du bébé au sein. Eventuellement, la production de lait peut diminuer pour insuffisance de stimulation du sein.
- Découragez l'utilisation des sucettes. Si la mère et sa famille sont résolus à l'utiliser, recommandez d'en limiter l'utilisation, et seulement quand l'allaitement maternel est bien établi.

- Assurez la mère qu'elle aura une amélioration nette en 24 à 48 heures et que la douleur et les blessures devraient disparaître en une semaine. Si la douleur persiste, c'est un signe que le bébé n'a toujours pas une prise du sein correcte (même quand elle a l'air correcte) ou que la mère souffre d'une infection au Candida Albicans ou d'une dermatite.
- Une infection au Candida Albicans dans la bouche du bébé peut infecter les bords de sein et les rendre douloureux. La douleur n'est pas toujours facile à reconnaître mais la mère ressent une douleur intense pendant et après la tétée. Le Candida fait des petits points blancs dans la bouche du bébé (« muguet ») qui ne peuvent pas être enlevés. Les bords de sein peuvent être infectés y compris quand le bébé n'a aucun symptôme, et qu'il n'y a aucun symptôme sur les seins. La mère comme son bébé ont besoin d'un traitement. Les sucettes et les tétines de biberons peuvent être une source d'infection qui résiste au lavage et à la stérilisation. Plusieurs médicaments sont efficaces, comme les gouttes de nystatin, le violet de gentiane, le micronazole en gel, ou le clotrimazole en crème. Les femmes qui ont reçu des antibiotiques sont plus vulnérables à la candidose.
- Les dermatites peuvent également causer des blessures. Cela peut être une réponse allergique de la mère, par exemple à un savon, une crème, un produit détergent, un spray ou n'importe quel produit en contact avec les bords de sein. Pour traiter les dermatites, identifier et évincer la substance irritante. Une fine couche de crème à la cortisone (1%) peut être appliquée pendant 2-3 jours après chaque tétée.

**Une bonne prise du sein prévient**

**les douleurs et les blessures aux bords de sein**

## Engorgement

Les seins deviennent « pleins » entre le deuxième et le cinquième jour après la naissance à cause de l'augmentation de la quantité de sang en circulation et de l'activité des tissus mammaires quand la transition entre le colostrum et le lait mature s'effectue. Si le lait n'est pas exprimé, les seins sont gonflés, durs, chauds et douloureux. C'est ce qu'on appelle un engorgement. La sensation de réplétion (plénitude) est normale, l'engorgement lui, peut être prévenu.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Vérifiez et améliorez la prise du sein du bébé (voir chapitre « Comment réussir une bonne prise du sein », p.10)
- Assurez-vous que la mère et son bébé sont tout le temps ensemble.
- Expliquez à la mère qu'une bonne prise du sein est la meilleure façon d'exprimer le lait des seins et que cela prévient l'engorgement.

- Encouragez la mère à :
  - Allaiter dès que le bébé montre des signes de faim. Aider la mère à reconnaître ces signes (voir p. 17)
  - Eviter les sucettes et les suppléments qui empêchent les bébés de prendre efficacement du lait ce qui aggrave les engorgements.
  - Appliquer de l'eau chaude ou des compresses près des bouts de sein avant la tétée.
  - Si les seins sont tendus ou oedémateux, appliquer du froid entre les tétées peut réduire les tensions.
  - Assouplir les seins en exprimant un peu de lait de façon à ce que le bébé puisse prendre correctement le sein (voir le chapitre « Expression manuelle », p. 46).
  - Masser doucement le sein (masser vers le bout de sein pendant la tétée).
  - Ne pas essayer de « vider » les seins par extraction (manuelle ou avec tire-lait), à moins qu'il n'y ait de parties dures contenant du lait résiduel.
  - Utiliser un soutien-gorge bien adapté, confortable qui soutient sans comprimer les seins.
- Rassurez la mère en lui disant que la situation s'améliorera dans les 24 à 48 heures si le bébé exprime du lait des seins en tétant efficacement. Si l'engorgement persiste, alors cela signifie que la mère a besoin de plus d'aide, probablement en améliorant la prise du sein et le positionnement du bébé.

## Canaux bouchés et mastites

Les canaux lactifères peuvent être bouchés si les tétées sont limitées, si le bébé ne prend pas correctement le sein, si le réflexe d'éjection est inhibé ou pour toute autre raison qui n'est pas bien comprise.

Un canal bouché peut devenir une masse douloureuse dans le sein. La peau au-dessus de cette masse peut devenir rouge et tendue. La femme peut aussi avoir de la fièvre. Les mastites non infectieuses sont une inflammation du sein qui survient quand le lait diffuse hors de la glande mammaires. Cela peut être le résultat d'un engorgement ou de canaux lactifères bouchés. La partie enflammé du sein devient rouge, chaude et douloureuse. La femme a souvent de la fièvre, jusqu'à 40°C, habituellement accompagnée de sensations de courbatures. Avec un drainage augmenté du sein grâce à l'amélioration de la succion, la mastite peut évoluer favorablement en 24 heures. Si la mastite continue ou s'aggrave, alors la mère peut avoir une mastite infectieuse bactérienne.

Ce que **vous** pouvez faire

- Expliquez à la mère que poursuivre l'allaitement résoudra son problème plus rapidement que d'arrêter les mises au sein. Aucun problème n'arrivera au bébé, y compris en cas de mastite infectieuse.
- Vérifiez et améliorez la prise du sein du bébé (voir chapitre « Comment réussir la prise du sein », p.10).
- Encouragez la mère à :

- Allaiter le bébé dès qu'il montre des signes de faim
- Stimuler le réflexe d'éjection avant la tétée (voir chapitre « Difficultés avec le réflexe d'éjection », p.21).

- Essayer différentes positions pour stimuler différentes parties du sein. Certaines mères ont réussi à résoudre le problème de canal bouché en allaitant leur bébé par dessus, en tournant plusieurs fois d'un quart de tour, ou allongée, en donnant le sein du haut, avec un bébé sur un coussin (voir illustrations).

- Exprimer doucement, après la tétée, autant de lait que possible de la partie affectée du sein. Alternativement, elle peut tirer autant de lait que possible au début, et placer ensuite le bébé au sein.

- Si elle a un canal bouché, elle peut masser très doucement la partie concernée (de la partie bloquée vers le bout de sein) tout en donnant le sein.

- Appliquer des compresses froides ou des cubes de glace dans un sac après avoir donné le sein peut aider la mère à se sentir mieux et des compresses chaudes juste avant ou pendant la tétée.

- Si la mère porte un soutien-gorge, vérifiez qu'il n'est pas trop serré et ne comprime aucune partie du sein.

- Se reposer beaucoup, en restant au lit, le bébé contre elle, autant que possible. Se faire aider pour les travaux ménagers.

- Manger et boire suffisamment, pour son bien-être.

- Ne prescrivez des antibiotiques que s'il s'agit véritablement d'une infection (voir ci-dessus). Dans tous les cas, continuer à allaiter le bébé.

**Une bonne prise du sein et un allaitement sans restriction préviennent les engorgements, les canaux lactifères bouchés et les mastites**



## Infection et abcès

Les mastites infectieuses sont rares. Un retard dans le traitement des deux types de mastites peut conduire à un abcès.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Faites attention quand la mère souffrant d'une mastite a aussi des sueurs froides.
- Si elle est fébrile depuis plus de 24 heures, y compris quand le lait est fréquemment exprimé du sein, traitez avec des antibiotiques. La bactérie la plus souvent retrouvée dans les infections du sein est le staphylocoque doré, donc un antibiotique efficace contre les germes résistant à la pénicilline comme le Flucloxacillin ou l'erythromycin est nécessaire.
- Encouragez la mère à poursuivre l'allaitement. Les agents infectieux présents dans le lait ne feront pas de mal au bébé. Les antibiotiques peuvent donner au bébé de la diarrhée sans conséquence pour sa santé. Le sein comme le bébé seront guéris plus rapidement si l'allaitement est poursuivi. Le lait maternel permettra l'établissement d'une microflore intestinale idéale pour le bébé.

Si une masse molle, chaude, douloureuse apparaît sur le sein, il peut s'agir d'un abcès du sein. Il peut être la conséquence d'une mastite non traitée ou apparaître sans mastite ni autre maladie. Cela arrive habituellement avec des bébés d'un certain âge. Une intervention médicale est nécessaire.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Traitez un abcès par une incision et un drainage. Si la technique d'allaitement a été améliorée et que la fièvre maternelle baisse, il n'y a pas besoin à ce stade d'antibiotiques, mais si les signes d'infection persistent, traiter avec des antibiotiques (voir ci-dessus).
- Encouragez la mère à donner le sein fréquemment. « Reposer » le sein aggraverait la situation. Il est essentiel que le lait qui reste dans un sein infecté soit exprimé. Y compris avec du pus, il ne présente pas de danger pour le bébé ; les propriétés antibactériennes du lait et les enzymes digestives du bébé se chargeront de lui. Le pus est identifié en mettant un peu de lait sur un morceau de tissu en coton : le lait est absorbé alors que le pus reste à la surface.
- Si le lait maternel contient du pus et que la mère ne souhaite pas en donner à son bébé, aider la mère à exprimer du lait du sein infecté souvent et très doucement. Ensuite jetez le lait. Laisser « reposer » le sein aggraverait la situation

## Cas particuliers

### Naissance multiple

La grande majorité des femmes est capable de produire assez de lait pour allaiter plus d'un bébé sans aucun supplément.

#### Ce que **vous** pouvez faire



- Assurez à la mère qu'elle peut allaiter ses jumeaux ou ses triplés. La stimulation d'un second ou troisième bébé assurera une plus grande production de lait.
- Préparez-la à l'impression qu'elle pourra avoir de passer beaucoup de temps à allaiter, surtout les premières semaines.
- Expliquez-lui que si elle commence à donner des substituts du lait maternel sa production de lait peut diminuer parce que les bébés ne stimuleront pas suffisamment sa lactation. Si un des bébés est trop faible pour téter correctement et que des compléments sont médicalement indiqués, le meilleur complément est alors son propre lait exprimé.



- Aidez la mère à trouver le meilleur moyen pour elle de réussir l'allaitement de ses enfants. Certaines préfèrent allaiter un bébé à la fois, d'autres préfèrent les allaiter en même temps. Certaines mères changent de sein entre les bébés ; d'autres laissent les bébés choisir chacun leur sein préféré.
- Aidez la mère à trouver des positions d'allaitement pour elle et ses bébés. Il est possible d'allaiter ses deux bébés en position « ballon de rugby », l'autre en position classique (voir illustration).
- Assurez-vous que la mère soit attentive à ce que les bébés ne reçoivent pas que du lait de début de tétée ou que du lait de fin de tétée. Le plus petit bébé gagne à avoir son sein attiré. De cette façon, le lait produit par ce sein est parfaitement adapté aux besoins de ce bébé.



- Expliquez à la mère que si elle sent que l'un des jumeaux ou des triplés tète moins efficacement que le ou les autre(s) le « bon » teteur peut permettre aux deux seins d'être productifs et aide son frère ou sa sœur à recevoir beaucoup de lait.
- Aidez la mère à contacter d'autres parents qui ont réussi à allaiter leurs jumeaux et triplés.

## Césarienne

L'allaitement est possible après une césarienne. Le professionnel de santé devrait apporter un soutien supplémentaire à la mère pour l'initiation de l'allaitement.

La mère a du être sédaturée et le bébé l'est probablement aussi. La mère a peut être perdu beaucoup de sang, a du mal à bouger, souffre. Elle est peut-être déçue ou inquiète. De plus, le bébé a parfois besoin de soins spéciaux. Un allaitement réussi peut aider à dépasser ces sentiments négatifs que certaines mères ressentent à la suite d'une césarienne.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Rassurez et préparez la mère avant l'intervention sur le fait qu'elle pourra tout de même allaiter. Lui rapporter que d'autres mères ayant eu une césarienne ont pu allaiter avec succès.
- Mettez le bébé en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance si cela est possible. La mère ne va peut-être pas ressentir consciemment cet événement mais son corps et son bébé si. Même un bref contact est bénéfique.
- Aidez le bébé à avoir une première tétée dès qu'il en manifeste le désir, même si la mère est toujours sédaturée.
- Aidez la mère pour que le bébé puisse téter aussi souvent et longtemps qu'il le souhaite. Elle risque d'avoir des difficultés pour le prendre et l'installer. Assurez vous que quelqu'un est toujours disponible pour lui donner son bébé quand elle le souhaite ou lorsqu'il manifeste son désir de téter. Un ami ou un parent peut participer si votre équipe est réduite.
- Encouragez le peau à peau autant que possible.
- Aidez la mère à trouver des positions confortables pour la tétée. Elle peut allaiter des deux seins, étendue sur le coté si le bébé est placé sur un coussin.
- Assistez la mère, spécialement lors des premières tétées pour que le bébé soit bien positionné et prenne correctement le sein.
- Ecoutez la mère qui peut avoir besoin de parler de son expérience encore et encore. Cela l'aide à reconstruire sa confiance en elle et en son corps.
- Si le bébé est dans une unité de soins spéciale, la mère a besoin d'avoir de ses nouvelles dès que possible et de pouvoir en parler. Laissez la être près de son bébé. Même si le bébé est en couveuse, cela va l'aider de pouvoir le voir, le toucher si cela est possible.
- Montrez lui comment extraire son lait et expliquez lui les bénéfices pour son enfant hospitalisé.
- Traitez la mère comme une princesse. Elle seule est capable d'allaiter son enfant.

## Fente labio-palatine

La plupart des bébés ayant une fente labio-palatine peuvent être allaités. Ils peuvent avoir des problèmes pour attraper le sein, former une tétine avec le mamelon et avoir une succion efficace qui puisse déclencher le réflexe d'éjection et la fabrication du lait. Parfois, la mère peut aider en dirigeant le sein vers la bouche du bébé pour faciliter l'allaitement.

La tétée ou ces sessions d'entraînement donnent à la mère et au bébé de grands moments de peau à peau et d'interaction qui facilitent l'attachement.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Donnez à la mère des informations précises sur la physiologie de la bouche du bébé dès que possible<sup>2</sup>.
- Offrez lui un soutien émotionnel. Laissez la parler, poser des questions, exprimer ses sentiments. Écoutez la attentivement et ne la poussez pas à prendre des décisions hâtives.
- Encouragez et aidez la mère lorsqu'elle essaye d'allaiter. Dites lui que son bébé peut éventuellement trouver tout ce qui lui convient.
- Quand le bébé n'a qu'un bec de lièvre, aidez la mère à expérimenter différentes positions. Mettre un doigt sur l'ouverture de la lèvre peut aider parfois.
- Encouragez la mère à expérimenter plusieurs positions et à trouver celle qui convient le mieux à son enfant et à elle. Garder l'enfant en position verticale est souvent considéré comme la position qui facilite le transfert de lait mais d'autres positions sont également possibles.
- Encouragez la mère à tirer son lait et le donner à son bébé par exemple à la tasse si l'allaitement au sein est impossible. Un bébé avec une fente palatine jusqu'au fond de la bouche aura peut-être besoin d'être nourri avec une sonde ou une longue tétine spéciale.

Il y a parfois aussi la possibilité d'effectuer des prothèses spéciales qui recouvrent la fente labio-palatine.

---

<sup>2</sup> Pour en savoir plus: Herzog-Isler C et Honigmann, K. Laissez nous un peu de temps. L'allaitement d'un bébé avec un bec de lièvre ou une fente palatine. Medela AG. 1996

## Trisomie 21

Les enfants nés avec une trisomie 21 sont tous différents. Ils sont très nombreux à pouvoir être allaités sans difficultés. Certains démarrent doucement, comme les bébés prématurés.

La mère devra être patiente au début car son enfant aura besoin de plus de temps pour devenir efficace au sein.

L'allaitement peut aider la mère à devenir plus proche de son enfant et à mieux savoir interpréter les signaux qu'il lui adresse

### Ce que **vous** pouvez faire

- Offrez un soutien émotionnel à la mère et restaurez sa confiance
- Encouragez et aidez la mère à allaiter.
- Expliquez à la mère que les bébés présentant cette pathologie prennent du poids très lentement.
- Expliquez à la mère que le bébé va avoir besoin de plus de temps pour apprendre à se nourrir et qu'elle devrait s'y préparer.
- Encouragez la mère à tirer son lait et à le donner à son enfant si le bébé n'est pas assez efficace au sein.

**Moins le bébé est en bonne santé, plus le lait de sa mère est important**

## Prématuré et bébé de petit poids de naissance

La composition du lait maternel est adaptée au terme de la grossesse. Le lait provenant d'une mère de prématuré est adapté aux besoins de son bébé. Pendant la première semaine il contient plus de protéines que le lait de mère à terme et a différentes caractéristiques spécifiques au niveau immunitaire. Avec l'aide des professionnels de santé, la plupart des mères peuvent produire la quantité de lait nécessaire à leur bébé.

Les prématurés et bébés de petit poids de naissance peuvent ne pas avoir assez de force pour déclencher la lactation efficacement. La mère peut ne pas être prête psychologiquement pour allaiter si son bébé est né très prématurément. La naissance d'un bébé prématuré peut s'accompagner de sentiments d'anxiété, de colère, d'incapacité. Savoir son bébé en réanimation néonatale est stressant pour la mère et la faible force de succion du bébé peut être frustrante. Quoi qu'il en soit, pour une mère, savoir que son bébé a besoin de soins spéciaux et que son lait est crucial pour sa santé et sa survie l'aidera à allaiter.

## Ce que **vous** pouvez faire

- Expliquez à la mère que son lait est spécialement adapté aux besoins de son bébé. Un bébé de moins de 32 semaines de grossesse peut avoir besoin d'un lait plus nourrissant et énergétique. Vous pouvez la soutenir en l'entourant avec attention lorsqu'elle tire son lait. Nous savons que le lait de début de tétée est plus riche en protéines et que le lait de fin est plus énergétique. De nombreuses mères peuvent extraire plus de lait que la quantité nécessaire à leur bébé et choisir préférentiellement de donner le lait plus riche pour accroître l'apport énergétique à leur bébé. Néanmoins vous devrez rester prudent sur les apports nutritionnels au bébé et vous assurer qu'il reçoit la quantité de nutriments adaptée. Quelques grands prématurés auront besoin de supplémentation en minéraux.
- Si la mère est trop fatiguée pour tirer son lait ou si elle ne produit pas assez de lait pour couvrir les besoins de son enfant, la meilleure solution est de recourir au lactarium. Le lait y est pasteurisé pour éviter tout risque d'infection.
- Expliquez à la mère autant que possible la physiologie du bébé. La plupart des bébés à terme présentent un enchaînement de réactions dans les premières heures qui vont peut être nécessiter plusieurs jours, semaines, voire plusieurs mois pour se mettre en place chez le bébé prématuré (voir "la première tétée" p. 10).
- Utilisez le tableau ci-dessous pour montrer à la mère les différentes phases de l'allaitement d'un bébé prématuré.

1	Sentir, renifler le sein
2	Lécher et goûter le sein
3	Chercher, trouver et téter pour le plaisir
4	Téter et avaler
5	Prendre le sein avant le tube
6	Etre complètement alimenté par le sein pour la première fois
7	Etre complètement alimenté par le sein de nombreuses fois
8	Etre exclusivement alimenté par le sein

*Les étapes du bébé prématuré au sein*



- Préparez la mère à des progrès lents et de possibles retours en arrière.
- Faites la promotion de la méthode Kangourou : laissez la mère avoir son bébé en peau à peau entre ses seins aussi tôt et souvent que possible. La méthode Kangourou stimule la production et l'éjection du lait, augmente la confiance de la mère en ses capacités à prendre soin elle-même de son enfant.
- Expliquez à la mère que la méthode Kangourou est profitable à son enfant. Il a été démontré qu'avec cette méthode, les bébés respirent mieux, pleurent moins et ont une meilleure croissance. Le contact peau à peau est bénéfique même s'il s'effectue sur un temps très court.
- Laissez la possibilité au bébé de téter dès que possible. Il n'est pas nécessaire d'attendre que le bébé ait un certain âge ou atteint un certain poids.
- Expliquez à la mère comment bien maintenir son bébé. S'il est trop petit ou trop faible pour rester accroché au sein, la mère pourra trouver plus aisé de maintenir à la fois la tête de son bébé et son sein (voir dessin)

- Encouragez la mère à laisser son bébé essayer de prendre le sein aussi souvent et fréquemment que possible. Téter nécessite moins d'effort physique que de prendre le biberon.
- Rassurez la mère : la succion de son bébé va s'améliorer au fur et à mesure que son bébé va grandir.
- Encouragez la mère et montrez lui comment tirer son lait dès que possible après l'accouchement, dans les quatre premières heures, si son moral et sa capacité physique le lui permettent. Cela stimule un bon démarrage.
- Expliquez à la mère que la fréquence de l'utilisation du tire-lait est importante pour maintenir une bonne production de lait quand le bébé est trop faible pour le faire lui-même.
- Encouragez la mère à tirer son lait au moins 6 à 8 fois par 24 heures dont une fois la nuit.
- Laissez la mère tester plusieurs méthodes d'expression du lait pour qu'elle puisse choisir celle qui lui convient le mieux ( voir « expression du lait » p.46).
- Encouragez la mère à tirer son lait jusqu'à la dernière goutte. Expliquez lui l'importance du lait de fin de tétée riche en graisses.
- Utilisez des récipients en plastique pour conserver le lait. Les graisses et immunoglobulines adhèrent au verre.
- Donnez le lait exprimé au bébé même si cela ne représente que quelques gouttes. Impliquez la mère dans ce processus. Même si la mère ne peut pas être en permanence auprès du bébé dites lui que son bébé a pris *son* lait.
- Ne donnez des substituts du lait maternel que sur indication médicale, comme supplément du lait maternel. Le meilleur complément est le lait d'autres mères provenant de lactarium et pasteurisé.
- Si le bébé est trop immature ou faible pour téter, donnez le lait exprimé ou si nécessaire les compléments, via une sonde (ou une pipette) mais laissez toujours le bébé fouir et lécher le sein pour qu'il associe l'odeur et le contact avec la nourriture
- Les bébés sont capables de se nourrir à la tasse dès 30-32 semaines de grossesse (voir " nourrir à la tasse" p. 48 et annexe 8). Cela vaut mieux pour le bébé prématuré que le biberon. Le bébé utilise sa langue pour laper le lait et cela représente une bonne préparation à l'allaitement au sein.
- Si la mère ne produit pas encore assez de lait pour couvrir les besoins de son bébé, utilisez un dispositif d'aide à la lactation pour délivrer le complément. Cela permettra la stimulation de la production de lait grâce à la succion du bébé tout en satisfaisant temporairement son appétit avec un substitut du lait de sa mère. (voir section "dispositif d'aide à la lactation" p. 45).

**Moins le bébé est en bonne santé, plus le lait de sa mère est important**

## Ictère du nouveau-né

L'ictère physiologique entre 2 et 5 jours, chez le bébé à terme en bonne santé est fréquent et ne nécessite pas l'arrêt de l'allaitement maternel. Sa sévérité est souvent surestimée. L'allaitement est fréquemment interrompu et remplacé par de l'eau ou du sucre. Cela ne va pas diminuer le pic de bilirubine et peut même au contraire le faire augmenter. La bilirubine non conjuguée, en cause dans la jaunisse, n'est pas soluble dans l'eau mais dans les graisses. Une jaunisse au deuxième ou troisième jour est plutôt l'expression d'une restriction de l'allaitement. Toute interruption de l'allaitement peut faire obstacle à l'établissement d'une lactation adéquate.

La jaunisse du premier jour doit faire suspecter une cause pathologique.

Un autre type rare de jaunisse est d'apparition plus tardive, après la première semaine. Il est caractérisé par une baisse du taux de bilirubine non conjuguée dans le sang consécutive à la suspension de l'allaitement. L'allaitement doit être poursuivi malgré tout, couplé à la surveillance du taux de bilirubine sanguin.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Aidez la mère à comprendre que :
  - L'ictère physiologique dû à l'immaturation de l'intestin et du foie est fréquent chez les bébés.
  - Une hyperbilirubinémie modérée est sans danger pour un bébé né à terme en bonne santé.
  - La couleur jaune de la peau est due à l'accumulation de bilirubine sous la peau.
  - Cela disparaît en une à deux semaines sans traitement.
  - L'allaitement stimule la fonction digestive du bébé et son métabolisme de la bilirubine.
- Encouragez l'allaitement le plus tôt possible et sans restriction. Accordez une attention spéciale au positionnement du bébé au sein. Les bébés qui présentent un ictère peuvent être somnolents, surtout s'ils ont bénéficié de la photothérapie. Encouragez la mère à proposer le sein fréquemment, en sachant qu'un bébé ictérique peut ne pas vouloir téter aussi souvent que nécessaire et que l'on ne peut pas forcer un bébé à téter. Dans ce cas, encouragez la mère à tirer son lait et à le donner au bébé à la tasse.
- Ne donnez pas d'eau, d'eau sucrée ou autre complément au bébé qui pourraient diminuer la demande du bébé et aggraver la jaunisse.
- Découragez l'utilisation de la sucette qui pourrait faire obstacle au désir de téter de l'enfant.
- Encouragez la mère à exposer la peau de son bébé directement à la lumière, si cela est faisable.
- Observez le bébé ictérique attentivement. Si les symptômes apparaissent dans les 24 heures ou s'ils s'aggravent, le bébé devra être montré à un spécialiste.

- Soutenez la mère pour qu'elle continue d'allaiter fréquemment et correctement même lorsqu'un traitement par photothérapie (lampe aux ultraviolets) est prescrit.
- L'ictère dû au lait maternel est rare. Son diagnostic ne peut être posé que si le taux de bilirubine commence à augmenter à partir du cinquième jour malgré un volume adéquat de lait reçu par le bébé.
- Faites le diagnostic d'ictère au lait maternel en exclusion d'autres pathologies. Les autres causes d'augmentation de la bilirubine peuvent être une hémolyse, un hypothyroïdisme congénital, une sténose du pylore, une infection urinaire, une septicémie, une dysfonction hépatique, une obstruction intestinale ou un diabète maternel.
- Découragez les routines qui interrompent l'allaitement maternel. L'ictère au lait maternel atteint un pic entre le 10<sup>ème</sup> et le 21<sup>ème</sup> jour et peut durer jusqu'à deux mois. Ce n'est certainement pas une raison pour arrêter l'allaitement et il est rarement nécessaire de l'interrompre même pour quelques tétées.
- Considérez l'interruption temporairement nécessaire ( 24 à 48 heures) seulement si le taux de bilirubine dépasse 256 µmol/l.
- Encouragez et aidez la mère à maintenir sa lactation si l'allaitement est temporairement interrompu, par des extractions fréquentes. Le complément devrait être donné à la tasse plutôt qu'au biberon (voir « nourrir à la tasse » p. 48).

## Diarrhée

Les bébés ne font pas de diarrhée au lait maternel. De nombreux bébés allaités ont des selles fréquentes, molles mais une gastro-entérite sous quelque forme que ce soit est rarement vue chez un bébé allaité. Si un bébé souffre une gastro-entérite alors il est très important qu'il puisse continuer à être allaité. Le lait maternel lui procurera des facteurs anti-infectieux qui vont combattre la cause de la maladie et aideront ainsi à la réhydratation. Le lait maternel constitue également la source d'aliments les plus digestes. Même les bébés qui vomissent devraient continuer à être allaités.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Encouragez la mère à allaiter son bébé malade fréquemment et sans complément. Le bébé qui tète toujours de façon efficace n'a pas besoin d'autre liquide quand il est nourrit fréquemment, même s'il a de la fièvre, une diarrhée ou qu'il vomit. Un bébé qui est trop faible pour téter efficacement doit recevoir du lait que sa mère a tiré ou une solution de réhydratation à la tasse ou à la cuillère, mais on devrait toujours en parallèle lui offrir le sein fréquemment.
- La quantité de lait produite peut diminuer par manque de stimulation. Dites à la mère de ne pas s'inquiéter, dès que son bébé reprendra des forces il tètera de nouveau efficacement, le soluté de réhydratation pourra être arrêté progressivement et l'allaitement exclusif reprendre.

## Allergies

Certains bébés sont allergiques aux protéines du lait de vache des laits industriels, surtout quand ils ont des antécédents d'allergie familiale. Les bébés de ces familles risquent aussi de se sensibiliser aux protéines du soja. L'allaitement maternel semble être préventif des atopies chez les jeunes enfants.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Encouragez et aidez la mère à allaiter son enfant sans complément pendant au moins six mois. Même un seul biberon de lait industriel ou de soja peut suffire à transformer un bébé prédisposé en un enfant présentant des manifestations allergiques.
- Encouragez la mère à manger de tout sauf si elle ou son enfant présente des réactions allergiques.

## Coliques

Les coliques sont un syndrome mal expliqué, où le bébé hurle désespérément, semble avoir mal, mais ne présente pas de pathologie évidente. Les pleurs disparaissent en général vers 3 mois.

Les coliques chez un bébé allaité inquiètent la mère et son entourage, qui suspectent alors la quantité et la qualité du lait. Il n'existe pas d'explication scientifique à ses coliques et aucune vraie raison n'a été trouvée. Les coliques *ne sont pas* une indication d'arrêt de l'allaitement ! La plupart des bébés qui pleurent beaucoup le font sans raison clairement établie.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Rassurez la mère : elle est certainement une bonne mère. Avoir un bébé qui présente des coliques est difficile pour les parents, spécialement lorsqu'il s'agit d'un premier enfant. Ils peuvent se sentir rejetés par leur bébé et douter de leurs capacités à être de bons parents.
- Assurez vous que le bébé prend tout le lait dont il a besoin en observant une tétée. Améliorez la position au sein si nécessaire.
- Assurez vous que la mère laisse le bébé terminer complètement la tétée d'un côté et que celui-ci a accès au lait de fin de tétée. Si la mère change son enfant de côté trop tôt, il peut recevoir trop de lait de début de tétée qui est potentiellement irritant pour son système digestif.
- Donnez à la mère quelques astuces pour soulager son bébé et laissez-la les tester sur *son* bébé. Tous les bébés présentant des coliques sont différents.



Suggestions possibles :

- Essayer différentes positions d'allaitement. Porter le bébé, si possible en peau à peau. De nombreux bébés indisposés apprécient les portages décrits sur les schémas ci contre.
- Masser l'enfant doucement sur tout le corps. Le père ou un autre membre de la famille peuvent le faire.
- Laisser le bébé au calme. Certains enfants semblent plus irritables s'ils sont sans cesse manipulés ou promenés.
- Certaines mères trouvent qu'en excluant de leur alimentation les laitages, les coliques du bébé s'arrêtent. Ceci est spécialement vrai chez les familles avec antécédents d'allergies. Souvenez vous que le lait de vache n'est pas essentiel dans l'alimentation. Une mère peut trouver d'autres sources de calcium dans son alimentation. Les céréales, les noix, les légumineuses et les légumes verts contiennent aussi de grandes quantités de calcium.
- Eviter d'avoir recours à des médicaments qui peuvent contenir des excipients comme l'alcool, du sucre ou des colorants qui ne conviendraient pas au bébé. Même ceux qui sont prescrits et jugés sans danger ont fait la preuve scientifique de leur inefficacité.



## Mamelons courts, plats ou ombiliqués

Les seins, aréoles et mamelons sont différents en forme et en taille. Certains mamelons sont longs, d'autres courts ou totalement plats et certains sont ombiliqués. Trop de femmes et de professionnels de santé s'inquiètent à tort sur la capacité à transférer du lait de telle ou telle forme de mamelons.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Expliquez à la mère qui s'inquiète qu'elle pourra allaiter son enfant. La forme du mamelon n'a pas d'importance. Quand le bébé est bien positionné, il stimule le sein en entier et ne tète pas seulement le mamelon. Les mamelons évoluent pendant la grossesse et courts, plats ou plus ou moins ombiliqués, ils peuvent saillir spontanément. Les mouvements de succion du bébé vont également faire saillir le mamelon. La mère aura besoin d'un peu de patience lors des premières tétées.
- Expliquez à la mère qu'il n'est pas nécessaire de préparer les mamelons. Ni les tractions sur le mamelon ni les exercices sur les seins n'ont montré d'efficacité.
- Assurez vous que la mère et le bébé peuvent être en contact peau à peau (voir chapitre 10) dans l'idéal immédiatement après la naissance. S'il n'est pas sédaté, un bébé est capable de prendre correctement le sein de sa mère quelle que soit la forme du mamelon, si on le laisse avoir une première tétée dès qu'il en manifeste le désir.

- Encouragez la mère à offrir le sein fréquemment pour prévenir les engorgements. Soyez calme, patient et confiant. Votre attitude l'aidera à avoir confiance en elle.
- Si ses seins sont pleins, suggérez à la mère d'exprimer un peu de lait juste avant une tétée pour aider le bébé à attraper correctement le sein autour du mamelon plat ou ombiliqué.
- Découragez l'utilisation des bouts de sein. Le bébé pourrait devenir si accoutumé qu'il refuserait de téter sans ces artifices. Allaiter à travers des bouts de sein n'est pas efficace. C'est plus difficile pour le bébé de s'accrocher au sein et de stimuler correctement les récepteurs de la glande mammaire. Ceci peut avoir comme résultat une diminution de la production de lait due à une mauvaise stimulation.
- Mettez en garde la mère contre une utilisation précoce de sucette ou de biberon.

## Chirurgie du sein

La chirurgie esthétique des seins n'affecte pas systématiquement la capacité de la femme à allaiter. Cela dépend du type de chirurgie et de la technique utilisée. Tant que l'innervation est conservée et qu'il reste des segments intacts de la glande mammaire, ils peuvent produire du lait.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Évaluez chaque cas individuellement, renseignez vous au maximum sur la nature de chaque chirurgie.
- Encouragez la mère à allaiter si elle est motivée pour le faire. La production de lait démarre quand le bébé est mis au sein. Si le bébé n'est pas mis au sein, elle ne débutera pas. Il faut donc que la mère mette son enfant au sein !
- Montrez à la mère comment stimuler le flux de lait et les différentes positions du bébé ( voir chapitre « comment réaliser une bonne prise du sein » p. 10 et « difficultés avec le réflexe d'éjection » p. 21).
- Rassurez la mère : il est possible d'allaiter d'un seul sein si la chirurgie a trop endommagé l'autre.
- Si l'allaitement n'est pas possible, réconfortez-la et encouragez-la à pratiquer le peau à peau. L'amour n'est pas véhiculé uniquement par le lait maternel.

## Médicaments

La plupart des médicaments courants utilisés par les mères n'affectent pas le bébé. En général, il est plus nuisible d'arrêter l'allaitement pendant le temps du traitement que de continuer à allaiter. Dans de rares cas, quand le médicament est connu pour avoir des effets indésirables sur le bébé, on peut habituellement le remplacer par un autre. L'OMS publie une liste des médicaments autorisés pendant l'allaitement ( voir Annexe 9 et la bibliographie p 64)

### Ce que **vous** pouvez faire

- Prescrivez les médicaments connus pour ne nuire ni à l'allaitement ni à la santé du bébé.
- Encouragez la mère à allaiter chaque fois que vous pensez que c'est sans danger.
- Etudiez la liste des médicaments publiée par l'OMS et traduisez la pour l'utiliser avec plus d'aisance. Si possible transmettez l'information à la mère également. Il est important qu'elle puisse se procurer des informations sur les médicaments utilisés.

Pour d'autres sources d'informations, voir en fin de document.

## Hospitalisation

La mère ou le bébé peuvent être hospitalisés. Cela ne devrait pas conduire à interrompre l'allaitement. Arrêter l'allaitement pourrait aggraver l'état du bébé. Lorsqu'une mère est malade, elle peut en général continuer à allaiter. Cela est important aussi pour sa santé car un bébé qui tète moins ou plus du tout a plus de risque de devenir malade à son tour et cela ajouterait une charge supplémentaire à cette mère convalescente.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Lorsqu'une mère est hospitalisée, si son bébé ne peut pas rester avec elle, insistez auprès de sa famille ou ses proches pour qu'ils puissent amener le bébé à l'hôpital pour qu'elle l'allait. Il n'y a que très peu d'indications pour faire stopper l'allaitement.
- Quand c'est le bébé qui est hospitalisé, cela doit être une priorité pour la mère de continuer à allaiter. Un bébé malade a besoin du lait maternel non seulement comme source principale d'alimentation mais surtout pour l'aider à lutter contre les infections alors qu'il est plus vulnérable. Le contact avec sa mère est très important pour un bébé malade. Recherchez avec elle les possibilités d'organisation pour les autres enfants. Le bébé guérira plus vite si l'allaitement n'est pas interrompu. L'allaitement aide à soulager la douleur du bébé.

- Parfois pour des raisons pratiques une séparation plus ou moins longue est inévitable. Soutenez la mère pour qu'elle maintienne sa lactation en tirant son lait régulièrement. Un lien avec les autres équipes soignantes pourra être utile. Préparez la mère au fait que sa production de lait pourra diminuer et même s'arrêter temporairement si les mises au sein s'arrêtent. Malgré tout, une relactation est toujours possible et un allaitement exclusif peut toujours être rétabli même après une interruption de plusieurs semaines (voir section suivante "re-lactation et induction de la lactation")

## Relactation et induction de la lactation

Toute femme qui a donné la vie peut re-fabriquer du lait et toute femme ayant des glandes mammaires peut produire du lait avec ses seins même si elle n'a jamais été enceinte. De nombreux bébés adoptés ont été allaités même par des femmes qui n'avaient jamais été enceintes.

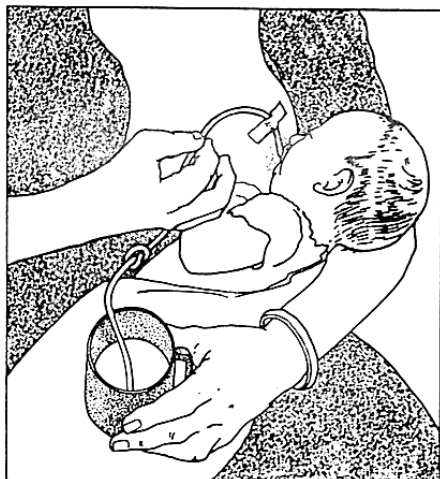
Induire une lactation est plus difficile à mettre en place qu'une re-lactation. Une femme qui a été enceinte, en général a plus de tissu mammaire susceptible de fabriquer du lait. De plus, le processus d'allaitement en lui-même stimule la prolifération de la glande mammaire.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Si elle veut essayer, vous devez l'aider et la rassurer : la succion de son bébé produira suffisamment de stimulation pour débiter ou poursuivre sa production de lait.
- Préparez la mère : une relactation prend en général 1 à 7 jours pour faire « revenir » le lait et environ 2 à 6 semaines pour pouvoir allaiter de nouveau exclusivement. S'il s'agit d'une induction de la lactation cela pourra prendre plus de temps.
- Expliquez à la mère que pendant cette période d'induction de sa lactation il serait bien qu'elle puisse se faire aider pour le reste de ses occupations (garde d'enfants, ménage, cuisine...etc.).
- Expliquez à la mère qu'elle va devoir rester avec son enfant et lui offrir le sein au moins 8 à 10 fois par jour. Elle devra dormir avec son bébé dans son lit ou tout près d'elle pour qu'elle puisse le prendre au moindre signal. Elle ne devra pas utiliser de sucette.
- Assurez vous que la mère a bien compris les bases d'une bonne lactation et si nécessaire, aidez la à s'installer correctement avec son bébé.
- Suggérez à la mère de stimuler sa lactation en dehors des tétées en utilisant un tire-lait.
- Faites lui part de votre admiration et félicitez la pour tout progrès, grand ou petit.
- Si au début la mère n'a pas de lait ou très peu, le bébé aura besoin d'être nourri en parallèle. Il pourra prendre du lait artificiel (150ml/kg/jour) à la tasse. Chaque jour réduisez de 30 à 50 ml.
- Vérifiez le poids et les urines du bébé pour vous assurer qu'il prend assez de lait et diminuez le lait artificiel au fur et à mesure que la production de la mère augmente.
- Le dispositif d'aide à la lactation est un moyen qui peut aider à rétablir ou induire une lactation.

## Dispositif d'aide à la lactation

Lorsqu'un bébé refuse de téter un sein "vide" ou est trop faible pour prendre assez de lait au cours d'une tétée pour une quelconque raison, un dispositif d'aide à la lactation (DAL) peut être utile. Ne proposez un DAL que si vous êtes sûr que la famille a les moyens de le stériliser correctement.



Avec un DAL le bébé recevra du lait supplémentaire (qu'il provienne de lait tiré par sa mère ou de donneuses ou qu'il s'agisse de lait industriel) par une fine tubulure qui amène le lait d'une tasse ou d'une bouteille jusqu'à la bouche du bébé, pendant qu'il tète le sein (voir illustration ci-contre).

De cette façon, le bébé est satisfait au sein et la production de lait est stimulée par la succion du bébé.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Aidez la mère à utiliser un DAL si elle le souhaite. Montrez lui concrètement comment le nettoyer correctement.
- Aidez la mère à réguler le flux de lait provenant du DAL pour que le bébé ne soit pas rassasié trop vite ce qui diminuerait sa succion et donc la stimulation du sein. Le flux se régule soit en pinçant la tubulure avec un clip ou une pince ou en le fixant sur une seringue et en maîtrisant le piston.
- Expliquez à la mère ou à son entourage, qu'elle aura besoin de mains supplémentaires au début pour installer correctement le dispositif et que l'aide de l'entourage sera la bienvenue.

## Expression du lait maternel

L'extraction du lait maternel peut être nécessaire si la mère est séparée de son bébé, si le bébé est trop faible pour téter, si les seins sont très engorgés, pour stimuler la lactation ; si le bébé n'est pas assez efficace par exemple dans le cas d'une fente labio-palatine. L'expression peut être réalisée à l'aide d'un tire-lait ou manuellement.

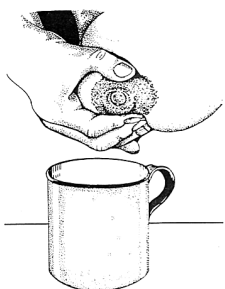
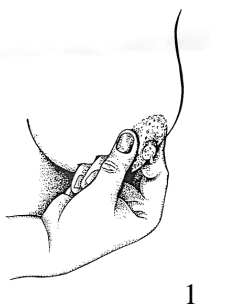
Une grande variété de tire-lait existe actuellement sur le marché. Les tire-lait électriques sont les plus fréquemment utilisés en milieu hospitalier et dans certains pays ils peuvent être prêtés ou loués pour une utilisation à la maison. En France, il est possible de louer un tire-lait en pharmacie avec prise en charge par la sécurité sociale sur prescription médicale. Les plus pratiques à transporter sont les tire-lait manuels qui existent sous différentes formes, certains étant plus simples d'utilisation que d'autres.

Montrez toujours à la mère comment utiliser le tire-lait, régler la pompe et laissez-la choisir ce qui lui convient le mieux. Soyez extrêmement attentif au maintien de la propreté du dispositif pour éviter tout risque de contamination du lait maternel.

## Expression manuelle

De nombreuses femmes trouvent l'expression manuelle plus facile et plus confortable. Cette méthode est douce, ne nécessite aucune stérilisation, aucun équipement et est gratuite. L'expression manuelle stimule la production et le flux de lait presque autant qu'un tire-lait. La confiance en elle de la mère est renforcée par sa capacité à exprimer du lait de ses seins par l'usage de ses seules mains. Surtout, elle peut le faire dans n'importe quelles circonstances, en urgence quand elle n'a pas de tire-lait ou pas accès à l'électricité.

### Ce que **vous** pouvez faire



- Si la mère est timide, rassurez la et préservez son intimité en l'assurant que personne ne pourra pénétrer dans sa chambre. Aidez la à se relaxer, à penser à son bébé s'il ne peut pas être avec elle. Une photo ou quelque chose appartenant au bébé aidera l'induction du réflexe d'éjection.
- Expliquez à la mère comment exprimer son lait :
  - Préparer une tasse propre pour recueillir le lait (si le lait doit être utilisé) et se laver vous les mains minutieusement. De préférence la tasse sera en plastique pour que les matières grasses du lait et les facteurs immunitaires n'adhèrent pas aux parois.
  - Stimuler l'écoulement du lait (voir chapitre « réflexe d'éjection » p. 21).
  - Appuyer doucement et si nécessaire soutenir le sein avec la main libre sur le grill costal.
  - Placer l'aréole entre le pouce et l'index (voir illustration 1).
  - Presser les doigts vers l'intérieur contre la paroi thoracique (voir illustration 2 et 3).



3

- Comprimer les sinus lactifères entre les doigts puis relâcher. Presser et relâcher. Presser et relâcher...Essayer de stimuler au rythme de la succion du bébé .
- Etre patiente au début, même si aucun lait ne sort. Ne pas tirer, ni pousser ni appuyer sur le sein ou le bout de sein. Cela ne fera pas couler le lait, et pourrait être douloureux.
- Faire tourner les mains pour masser tous les segments de la glande. Utiliser alternativement les deux mains.
- Répéter la procédure depuis le n° 2 jusqu'à ce que les deux seins soient souples.

Toutes les femmes qui allaitent devraient apprendre à exprimer manuellement du lait dès la naissance. Elles pourraient en situation de crise comme par exemple une hospitalisation de l'enfant, être tout de suite à l'aise et confiantes avec ce geste.

## Conservation et réchauffage du lait maternel

Le lait tiré doit être conservé dans un récipient stérilisé, fermé, dans un endroit frais. Il peut être conservé 10 h à 22 °C, 5 jours à +6°C, 3 mois dans un congélateur.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Encouragez la mère à :
  - Conserver le lait exprimé dans un réfrigérateur ou congélateur. Les cellules du lait supportent mieux la conservation au réfrigérateur qu'au congélateur. Néanmoins, le lait congelé possède encore suffisamment de ses propriétés pour être utilisé. Le lait tiré peut se congeler 24 heures après l'expression mais pas au-delà.
  - Congeler le lait en petites portions, prêtes à l'emploi.
  - Décongeler le lait à température ambiante. Ne réchauffez pas le lait ce qui détruit les substances anti-infectieuses. On peut très bien donner au bébé du lait dont la température est plus basse que 37°C. Le lait décongelé ne doit pas être recongelé mais il peut être conservé au réfrigérateur pendant encore 48 heures.
  - Si le lait congelé doit être décongelé rapidement, placer le récipient dans de l'eau chaude.
  - Ne pas chauffer le lait au four à micro-ondes. Le lait pourrait être partiellement bouillant et le récipient rester froid.

## Nourrir à la tasse

La grande majorité des bébés n'a pas besoin d'autre chose que du sein pendant environ six mois. Rarement, il arrive qu'un bébé doive être nourri en utilisant une autre méthode. Le lait tiré ou les compléments sont souvent donnés au biberon. Certains bébés se débrouillent bien avec les deux techniques de succion, mais de nombreux autres commencent à préférer le biberon et, même quand la lactation est bien établie, ils seront moins satisfaits au sein. Nourrir un bébé à la tasse est une des méthodes qui évite ce problème, c'est donc celle qui est recommandée. Soyez attentif au fait que les bébés prématurés et à terme ne se nourrissent pas à la tasse de la même façon.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Encouragez la mère à donner son lait à son bébé à la tasse si pour une raison quelconque il ne peut être mis au sein.
- Aidez la mère à comprendre les avantages de la technique de la tasse :
  - Le risque de mauvaise prise du sein par la suite est moindre.
  - Le bébé expérimente l'utilisation de sa langue.
  - Le bébé régule lui même ses apports.
  - Il prend seulement la quantité de lait qu'il lui faut et est moins enclin à vomir.
  - Le risque d'infection est moindre car il est plus aisé de laver correctement une tasse qu'un biberon.
- Expliquez à la mère comment nourrir son enfant à la tasse :
  - Placer le bébé en position semi-assise sur sa cuisse.
  - Soutenir son dos et son cou d'une seule main.
  - Placer la tasse près de la bouche du bébé pour que le lait touche la lèvre supérieure (voir illustration)
  - Les bébés prématurés vont d'abord laper le lait avec leur langue (comme un chaton) mais les bébés à terme vont boire à petites gorgées.
  - Etre patient.
  - Ne pas essayer de faire boire une quantité précise au bébé, le laisser décider quand il en a assez.



# Autres questions importantes

## Une nouvelle vie

De nombreuses mères sont fragiles émotionnellement les premières semaines ou même les premiers mois de leur allaitement. Même une mère bien préparée peut se sentir dépassée par les besoins importants de son bébé et les responsabilités nouvelles peuvent l'angoisser. De nombreuses mères se demandent si elles vont réussir se nouveau défi. Les sentiments d'isolement, de frustration et de fatigue peuvent faire apparaître l'allaitement comme un fardeau.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Aidez la mère à comprendre qu'une nouvelle vie avec un bébé peut apparaître comme difficile au début, quel que soit son mode d'alimentation. Un allaitement réussi peut permettre une meilleure connaissance mutuelle (voir p. 1, « pourquoi allaiter »).
- Mettez en avant ses capacités à être mère pour construire sa confiance en elle. Avec vos encouragements, elle aura plus confiance en son instinct et pourra développer une relation empathique avec son bébé.
- Encouragez la mère à :
  - Utiliser le temps des tétées pour se reposer. Si possible, elle devrait allaiter allongée une à deux fois par jour. C'est très bien si elle s'endort avec son bébé. Ces siestes lui permettront de récupérer des nuits entrecoupées.
  - Faire le stricte minimum en ce qui concerne le ménage.
  - Accepter toutes les offres d'aides pour les tâches ménagères.
  - Eviter de recevoir trop de visiteurs.
  - Sortir, promener le bébé.
  - Prendre un peu de temps pour elle seule.
  - Tirer son lait et laisser le bébé à une personne de confiance pour de petites sorties si elle a besoin de faire des choses pour elle.

## Le père

Certains pères se sentent exclus de cette relation si proche entre la mère et le bébé. La proximité de la mère et du bébé durant l'allaitement peut renforcer son sentiment d'exclusion et il peut devenir agressif envers la mère et négatif face à l'allaitement.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Aidez le père à accepter la proximité de la mère et du bébé. Ils ne sont pas inséparables et cela n'a rien à voir avec le mode d'alimentation.
- Aidez la mère à comprendre que son compagnon a besoin d'être inclus dans cette relation et que sa participation permettra de construire une relation à long terme entre son enfant et lui.
- Aidez le père à comprendre les bénéfices de l'allaitement pour son enfant et sa femme et comment son soutien sur le plan émotionnel et pratique peut être réconfortant.
- Expliquez que la qualité et la quantité du lait de sa femme est parfaite pour le bébé et que rien ne pourra le remplacer.
- Encouragez le père à voir cette nouvelle situation sous un angle positif et suggérez-lui de trouver sa place en donnant le bain à son bébé, le promenant, le changeant, lui parlant, chantant des chansons. Nourrir n'est qu'un aspect de cette relation.
- Encouragez la mère à laisser le père s'occuper du bébé à sa façon sans s'en mêler.



## La grand-mère

Dans les sociétés où l'allaitement n'est pas la norme, de nombreuses grand-mères ont eu des expériences négatives de l'allaitement maternel. Elles peuvent avoir souffert du syndrome "du manque de lait" et se questionnent fréquemment sur la quantité et la qualité du lait de la jeune génération. Même quand l'allaitement s'est bien passé pour elles, elles font souvent la promotion du biberon comme un moyen moderne en ayant parfois l'idée qu'elles vont pouvoir nourrir leurs petits enfants de cette façon.

Mais si elles soutiennent l'allaitement, leur aide peut être précieuse.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Encouragez la grand-mère à s'exprimer sur son expérience d'allaitement et aidez-la si nécessaire à comprendre ce qui n'a pas marché et pourquoi. Cela peut être douloureux d'accepter que ses difficultés auraient pu être évitées ou résolues mais cela la consolera certainement de comprendre que ce n'était pas de sa faute et que vous ne la blâmez pas. Armée de ses nouvelles explications, elle peut être un bon soutien de l'allaitement pour la génération suivante.
- Encouragez la grand-mère à proposer de l'aide à la mère pour l'entretien de la maison pour que cette dernière puisse se consacrer entièrement à son bébé.
- Dites lui que même des grands-mères ménopausées ont pu allaiter leurs petits enfants ou des enfants adoptés, même si ce n'est pas une recommandation!

## En public

Dans de nombreuses cultures occidentales, allaiter en public est redevenu quelque chose d'accepté. Dans d'autres, cela a toujours été la norme. Quelques sociétés demandent à la mère d'allaiter discrètement. Certaines mères (surtout les plus jeunes) peuvent être embarrassées par le simple fait d'allaiter devant d'autres personnes, que ce soit des amis ou des étrangers.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Aidez la mère à trouver des solutions pour allaiter simplement et discrètement pour qu'elle puisse le faire en toutes circonstances chaque fois que son bébé le souhaitera.
- Relevez toutes les croyances, mythes, superstitions, désinformations à propos de l'allaitement et apportez vos connaissances scientifiques à la place.

## Soutien de mère à mère

Les mères qui allaitent ont besoin d'un soutien émotionnel et pratique de la part de l'entourage. Dans de nombreuses sociétés les femmes ne trouvent pas autour d'elles un soutien efficace à l'allaitement.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Aidez les mères que vous soutenez à se rassembler au sein des maternités, PMI, dispensaires, associations.
- Suggérez à la mère que le contact avec d'autres mères ayant une expérience positive de l'allaitement pourrait lui procurer un soutien plus grand que ce qu'elle imagine.
- Identifiez les groupes locaux de soutien de mère à mère, s'il en existe dans votre pays, votre région et adressez les mères à ces groupes dès la sortie de la maternité.
- Invitez les groupes de soutien aux mères à vos réunions sur l'alimentation du jeune enfant et allez à leurs réunions pour permettre une meilleure connaissance mutuelle et un plus grand respect. Vous pouvez tous apprendre les uns des autres.
- Considérez les comme complémentaires avec le service où vous travaillez auprès des mères

## L'alimentation de la mère qui allaite

Les besoins nutritionnels de la mère qui allaite sont en général couverts par les aliments qu'elle trouve dans son environnement. Les femmes qui allaitent ont un métabolisme très efficace et elles ont stockés des graisses pendant la grossesse. Le lait sera de bonne qualité même si elles mangent très peu.

Il a été démontré que la composition du lait maternel reste de très bonne qualité même chez les femmes très dénutries.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Ne donnez pas de conseils nutritionnels en plus de ceux qui suivent.
- Souvenez-vous que si la mère a assez à manger, son lait sera fabriqué à partir de n'importe quels aliments. Et si l'allaitement est sans restriction, le bébé recevra ce qui lui est nécessaire.
- Aidez la mère à trouver des aliments simples à préparer.
- Aidez la mère à comprendre :
  - Qu'elle n'a pas besoin de manger plus pour fabriquer plus de lait. Elle doit manger à sa faim et se faire plaisir. S'il s'agit d'une femme très maigre, son entourage peut penser qu'elle n'aura pas assez de force pour nourrir son enfant. Expliquez lui qu'elle n'aura pas de souci pour fabriquer le lait mais qu'il faut qu'elle mange pour son bien être. Manger plus pour elle revient moins cher que de donner des substituts du lait maternel à son enfant. En prenant soin d'elle, elle prend soin de son bébé !
  - Il n'y a pas lieu d'éviter certains aliments sauf si son bébé développe une allergie. Il n'y a pas de consensus scientifique sur ce sujet mais il faut respecter l'observation du bébé par sa mère même si vous êtes personnellement sceptique.
  - Qu'elle devra boire à sa soif. Il n'y a pas lieu de boire plus. Si elle n'a pas soif, il faudra qu'elle observe la concentration de ses urines pour adapter sa consommation de liquides.
  - Qu'elle n'a pas besoin de boire du lait pour fabriquer du lait.
- Conseillez à la mère qui a pris beaucoup de poids pendant sa grossesse d'éviter les aliments gras comme les saucisses, la charcuterie et les boissons à forte teneur calorique.
- Conseillez à la mère d'utiliser du sel iodé car le déficit en iode est fréquent dans de nombreux pays et cet élément est important pour le développement cérébral de son bébé.
- Découragez les régimes amincissants pendant l'allaitement. La mère ne devrait pas essayer de perdre plus de 2 kilos par mois.
- Rassurez la mère sur sa capacité à allaiter. Même des femmes très dénutries produisent du lait de bonne qualité. Des mères souffrant de famine produisent assez de lait pour permettre une croissance correcte de leur bébé.

## Pollution de l'environnement

Certaines mères qui allaitent s'inquiètent pour la qualité de leur lait qui pourrait être pollué. Cette inquiétude est souvent déclenchée par les médias qui présentent les nouvelles découvertes provenant "des dernières analyses" et questionnent la sécurité du lait maternel.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Savoir que malgré l'existence d'une pollution de l'environnement, l'Organisation Mondiale pour la Santé n'a jamais démontré que le risque surpassait les bénéfices de l'allaitement (ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a rien à faire pour sauvegarder l'environnement ).
- Aidez la mère à comprendre qu'il n'y a aucune preuve d'effets secondaires sur la santé des enfants après consommation de lait maternel contaminé.
- Si les autorités sanitaires ont émis des recommandations sur la sécurité de tel ou tel aliment, vous devez l'en informer, de préférence par écrit pour éviter tout malentendu.
- Expliquez à la mère qui s'inquiète que les bébés fabriquent beaucoup de graisse la première année ce qui dilue le potentiel négatif des contaminants solubles dans les graisses.
- Expliquez que l'exposition pendant la grossesse peut avoir un impact bien supérieur à celui de l'exposition via le lait maternel. L'analyse du lait maternel fournit des échantillons de graisse humaine, ce qui permet de suivre l'exposition de la population générale aux polluants.
- Expliquez que les substituts du lait maternel aussi contiennent des polluants. Il y en a de différentes sortes que dans le lait maternel. L'allaitement est toujours ce qu'il y a de mieux pour le développement de l'enfant.
- Certaines régions ont de nombreuses installations nucléaires comme Tchernobyl. Dans ces régions, il faut conseiller à la mère l'utilisation de sel iodé qui aidera à réduire les risques en cas d'accident nucléaire.

## Soin des seins

Les changements physiologiques pendant la grossesse préparent les seins et les mamelons à l'allaitement.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Expliquez à la mère qu'il n'y a rien d'autre à faire que de laisser ses seins sécher à l'air après la tétée quand cela est possible.
- Il n'existe pas de preuve scientifique sur le bénéfice d'utiliser un soutien-gorge. Si certaines femmes que vous suivez n'en utilisent pas, ne leur en suggérez pas l'utilisation. Lorsqu'une femme utilise un soutien-gorge assurez vous pendant la grossesse qu'il est bien adapté. Dites lui que ce soutien-gorge ne conviendra plus en fin de grossesse ni en début de lactation. Au fur et à mesure de la progression de la grossesse, la taille des seins va s'accroître et un soutien gorge avec de larges bretelles conviendra mieux. Un soutien-gorge ne devrait jamais comprimer les seins.
- Aidez la mère à comprendre que :
  - Ses seins et mamelons n'ont pas besoin d'attention particulière ni de préparation. Les exercices sur les mamelons, les massages des seins, et expression du lait en prénatal, n'ont jamais démontré d'effet positif sur l'allaitement.
  - Il n'y a aucune preuve scientifique que les femmes ayant la peau claire sont plus enclines à souffrir de problèmes aux mamelons que les femmes à peau foncée.
  - Les lavages fréquents et particulièrement avec du savon, de l'alcool ou autres agents détersifs enlèvent la protection naturelle de la peau.
  - L'utilisation de crème spéciale ou spray n'est pas nécessaire et peut même être délétère.
  - Laver les seins avant chaque tétée n'est pas nécessaire et enlèvera la protection grasse naturelle de la peau. Cela peut entraîner des problèmes au niveau des mamelons. De plus, l'odeur naturelle du sein a un effet positif sur le bébé.
  - Les coussinets d'allaitement peuvent favoriser l'humidité locale et être responsables d'infections.

## Sexualité et relations sexuelles

De nombreuses femmes sont sensibles à leur image féminine et à leur sexualité. Si elles n'y sont pas particulièrement attachées elles mêmes, elles risquent tout de même d'y être confrontées par le regard ou le discours des autres. Elles auront peut-être besoin de pouvoir parler de leurs soucis.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Aidez la mère à comprendre que :
  - L'allaitement ne va pas nuire à son image. L'allaitement peut permettre à la mère de perdre l'excès de poids de sa grossesse.
  - L'allaitement n'est pas responsable des "seins qui tombent". Les remaniements du tissu mammaire se produisent pendant la grossesse quand la prolifération de la glande mammaire remplace le tissu adipeux. Mais ces changements ne sont pas apparents tant que les seins sont pleins de lait. Les mères qui n'allaitent pas subissent les mêmes variations.
  - L'image des seins d'une femme qui a donné la vie devrait être valorisée. Les seins conservent leur sensibilité à travers des périodes répétées de grossesse et allaitement. Certaines femmes apprécient la façon dont l'allaitement développe leurs mamelons et trouvent que cela rehausse la beauté de leurs seins.
- Encouragez la mère à avoir des relations sexuelles quand elle le désire, qu'importe l'allaitement. Certaines femmes se trouvent particulièrement sexy pendant qu'elles allaitent, d'autres non.
- Préparez la mère à accepter que les sensations provoquées par son bébé au sein puissent ressembler à celles ressenties lors d'une relation sexuelle et qu'inversement un rapport sexuel puisse provoquer l'éjection du lait.
- Ayez une attention particulière pour les très jeunes mères. Certaines mères adolescentes sont encore aux prises avec le développement sexuel de la puberté et peuvent trouver difficile de faire face, en plus, aux modifications de leur corps liées à la grossesse. Cela peut avoir un retentissement sur leur comportement de nouvelle maman.
- L'allaitement peut mettre en évidence la dépendance du bébé à sa mère et certaines mères peuvent trouver cela difficile à accepter. Elles peuvent avoir besoin de constater qu'au lieu d'être contraignant, l'allaitement est libérateur car il la rend plus confiante vis-à-vis de son bébé.
- L'allaitement peut accélérer le processus de maturation chez une jeune mère et rendre plus aisée l'acceptation de son bébé, soulager ses peurs par une plus grande proximité avec lui. Un allaitement réussi peut aider une jeune mère à être fière de son corps et confiante en ses capacités.

## Les règles

La grande majorité des femmes ( aux alentours de 98%) n'ont pas de règles pendant la durée de leur allaitement exclusif. Les femmes qui allaitent partiellement, qui tirent leur lait ou celles dont les enfants ont une alimentation diversifiée, sont plus enclines à avoir de nouveau leurs règles. Pendant la période des règles, le goût du lait peut changer et parfois le bébé peut refuser de téter. La quantité de lait peut aussi diminuer temporairement pendant cette période.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Encouragez la mère à continuer d'allaiter et à exprimer son lait pour maintenir sa lactation si le bébé refuse de téter.
- Assurez lui que cet inconfort est passager.
- Préparez-la pour qu'elle sache que son bébé pourra demander à téter plus souvent à la fin des règles puis que tout rentrera dans l'ordre.

## Fertilité et contraception

La mère qui allaite est moins féconde. Le mécanisme de suppression de l'ovulation n'est pas encore complètement connu. Il semblerait que la succion du bébé envoie un message au cerveau qui influence la sécrétion de LH (lutéine Hormon) et GnRH (gonadotrophine-releasing Hormon). Bien que la fréquence et l'intensité de la stimulation pendant la tétée bloquent le retour de la fertilité, il existe des variations d'une femme à l'autre. L'utilisation d'une sucette ou le fait d'être séparée de son enfant une journée peuvent diminuer cet effet protecteur de l'allaitement.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Aidez la mère à comprendre que l'effet contraceptif de l'allaitement est égal, dans les six mois suivant l'accouchement à celui d'un stérilet si :
  1. Elle n'a pas eu de retour de couches
  2. Elle allaite fréquemment et sans compléments
  3. Elle allaite à la demande la journée et au moins une fois la nuit.
- Conseillez à la mère l'utilisation d'un autre moyen de contraception si son bébé a plus de six mois, si elle a eu son retour de couches ou si elle utilise des compléments ou restreint son enfant d'une quelconque façon.
- Découragez l'utilisation par la mère qui allaite d'une contraception orale à base d'œstrogènes qui peuvent diminuer la quantité de lait.
- Aidez la mère à trouver une méthode efficace, compatible avec l'allaitement et qui lui convienne.

## Une nouvelle grossesse

Allaiter pendant une grossesse ne nuit ni à l'aîné ni au futur bébé. L'alimentation de la mère sera utilisée préférentiellement par le fœtus et pour la fabrication du lait et en dernier lieu pour la mère elle-même. Pour préserver sa santé, la mère devrait avoir une alimentation équilibrée.

Certaines femmes enceintes n'ont plus envie d'allaiter alors que d'autres continuent à apprécier d'allaiter leur aîné tout au long de la grossesse et même parfois après la naissance du suivant.

### Ce que **vous** pouvez faire



- Encouragez la mère à allaiter durant sa grossesse si elle et son enfant le désirent et particulièrement si son enfant a moins de six mois. Il continuera de profiter des avantages du lait maternel même s'il ne prend qu'une petite quantité.
- Préparez la mère pour le cas où ses mamelons deviendraient douloureux, spécialement les six premiers mois. Sa production de lait pourra aussi diminuer entraînant des demandes fréquentes de la part de son enfant ou un sevrage.
- Expliquez à la mère que son lait va redevenir au stade de colostrum pour être adapté au nouveau bébé.
- Soutenez la mère si elle décide d'allaiter les deux enfants en tandem.
- Eveillez son attention sur le fait que le nouveau bébé devra avoir la priorité. Le plus grand a déjà une grande part de son alimentation apportée par les solides.
- Chaque enfant devra recevoir du lait de début et de fin de tétée, chaque fois. Il peut être plus aisé et rassurant de leur dédier un sein chacun. De cette façon, le lait de chaque sein sera adapté sur mesure aux besoins du bébé correspondant.
- Aidez la mère à avoir des contacts avec d'autres mères dans son cas.
- Si la femme enceinte veut arrêter l'allaitement soutenez-la dans son projet. Aidez-la à sevrer le bébé graduellement.

## La reprise du travail

La reprise du travail hors de la maison n'est pas en soi une barrière à l'allaitement. La législation de chaque pays en matière de protection de la grossesse devrait prendre en compte la possibilité pour chaque mère de concilier allaitement et travail. Des conventions ont été édictées en ce sens dès 1919 par l'organisation internationale du travail.

- Congé maternité rémunéré durant 12 semaines.
- Une ou plusieurs pauses d'allaitement rémunérées.
- Crèches près du lieu de travail de la mère (pour que la mère puisse continuer à allaiter) ou un endroit correct pour permettre à la mère de tirer son lait ( et le stocker dans de bonnes conditions)

*Convention C 183 sur la protection de la maternité, 2000, OIT.*

### Ce que **vous** pouvez faire

- Aidez la mère à comprendre la législation locale en matière de protection de la maternité et à se renseigner sur ses droits.
- Encouragez la mère qui allaite à amener son bébé sur son lieu de travail, ou à retourner l'allaiter à la maison ou à demander à quelqu'un de lui amener son bébé sur son lieu de travail, chaque fois que cela est possible.
- Usez de votre autorité professionnelle pour expliquer aux employeurs pourquoi l'allaitement est important. Cela concerne aussi l'intérêt de l'employeur de soutenir l'allaitement. Expliquez que le bébé sera moins souvent malade, sa mère s'absentera moins pour le garder. Il a aussi été démontré que cela engendre moins de turn-over de personnel et donc moins de temps perdu à former de nouvelles personnes. Certains médecins font une prescription pour l'allaitement maternel.
- Encouragez la mère à adopter les pratiques suivantes si elle doit laisser son enfant et spécialement si son enfant a moins de six mois :
  - Allaiter sans compléments chaque fois que le bébé et sa mère sont ensemble. Il n'est pas nécessaire d'habituer un bébé au biberon. De très nombreux bébés allaités refusent toute nourriture quand la mère est présente, mais presque tous acceptent une alternative lorsque leur mère est absente.
  - Poursuivre l'allaitement même si elle doit s'absenter de longues heures.
  - Tirer son lait au travail au moins deux fois pour une durée de huit heures. Certaines mères tirent leur lait à leur domicile car elles sont plus à l'aise. Plus souvent elles tirent leur lait et plus elles stimulent leur production lactée. De nombreuses mères arrivent à tirer suffisamment de lait pour couvrir les besoins du bébé pendant leur absence. Le lait maternel est conservé au frais sur place mais peut aussi être conservé à température ambiante s'il est donné au bébé dans les 24 heures qui suivent.
  - Apprendre à la personne qui va garder l'enfant comment le nourrir à la tasse (voir chapitre « nourrir à la tasse » p. 48).

- Le bébé va s'adapter aux différentes méthodes et ajuster ces apports en conséquence. Le corps de la mère également va s'adapter.
- Accepter que le bébé redemande probablement à téter fréquemment quand il retrouvera sa mère aussi bien le jour que la nuit.

## Remarques finales

### Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Les techniques modernes de marketing (voir Annexe 10) jouent un rôle majeur dans la limitation de l'accès des mères à une information éclairée en matière d'alimentation de leurs enfants.

Le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* de l'OMS est un consensus développé par des experts de la santé pour la protection des bébés, de leur famille et des professionnels de santé pour les aider à lutter contre la pression commerciale qui influence les décisions en matière d'alimentation des bébés et des jeunes enfants.

*L'objectif de ce code est de contribuer à fournir une nourriture de qualité aux enfants par la promotion et la protection de l'allaitement maternel et de s'assurer l'utilisation correcte des substituts du lait maternel, lorsqu'ils sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate à partir de commercialisation et de distribution appropriés (Article 1 du Code International)*

Le Code International a été adopté par une résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé en 198. Depuis, il a été clarifié et renforcé par d'autres résolutions. Le Code International est un outil pour réformer l'éthique des pratiques de marketing. Il recommande que tous les gouvernements l'appliquent.

L'application de ce Code est très variable dans le monde. De nombreux professionnels de santé ne connaissent même pas son existence. Il aide à la promotion de l'allaitement et fourni un bon support pour les politiques de soutien de l'allaitement dans chaque pays.

#### Ce que **vous** pouvez faire

- Lisez et discutez du Code avec vos collègues, attirez leur attention sur leurs obligations.
- Trouvez comment le Code s'applique dans votre pays ou région.
- Appliquez le Code à la lettre et dans son esprit dans votre travail quotidien et votre organisation professionnelle. Cela veut dire promouvoir l'allaitement maternel dans l'esprit de ce livret.

## 10 conditions pour le succès de l'allaitement

La déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF *Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement* a été écrite en 1989. Son but était de sensibiliser les professionnels de santé à la promotion de l'allaitement et de décrire ce qui pouvait être fait pour informer correctement les mères. Toute personne concernée par cette promotion peut l'utiliser.

Une synthèse de cette déclaration est formulée en dix points pratiques.

### **Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement maternel**

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient:

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les personnels soignants les techniques nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication *médicale*.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement maternel à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

De nouvelles connaissances scientifiques ont émergé depuis 1989 et certains points ont pu être reformulés. Cela a été le cas pour certaines traductions dans des Etats membres mais seulement après accord de la commission OMS/ UNICEF.

Le point 4 par exemple, a parfois été reformulé comme suit : « *Laissez la mère avec son bébé, peau à peau dès la naissance pendant au moins une heure et jusqu'à ce que le bébé soit prêt et ait tété.* »

Au point 5 a été rajouté: même si elle doit être séparée *temporairement* de son bébé.

Le point 10 est parfois modifié.

### Ce que **vous** pouvez faire<sup>3</sup>

- Assurez-vous que tous vos collègues ont eu accès à la même information objective. Ecrivez une charte de l'allaitement pour vous assurer de délivrer un message clair aux mères.
- Identifiez les principaux obstacles à l'application de ces dix points dans votre service.
- Créez une équipe interdisciplinaire de professionnels de santé pour trouver des solutions aux difficultés d'application de ces recommandations.

## Initiative Hôpital ami des Bébés

Une proposition globale, l'Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB) a été lancée conjointement par l'OMS et l'Unicef en 1991 lors de la Conférence Internationale de l'Association de Pédiatrie à Ankara. Son but est la mise en œuvre des 10 conditions décrites plus haut, avec l'objectif d'aider les mères à allaiter exclusivement pendant environ six mois et de poursuivre l'allaitement, après introduction de la nourriture familiale, aussi longtemps que l'enfant et la mère le désirent.

Ce programme a ciblé les maternités pour plusieurs raisons. D'abord, l'allaitement y est initié et les pratiques à ce moment là ont un effet profond sur le démarrage et la durée de la lactation. Ensuite, les professionnels de santé des hôpitaux peuvent influencer par leurs changements de pratiques, les pratiques des libéraux. Enfin, les changements à initier à l'hôpital sont relativement aisés, n'entraînant pas de surcoût financier et nécessitant peu de fournitures. Il a été démontré que les services qui ont adoptés cette initiative gagnent du temps dans leurs pratiques et de l'argent.

Toutes les maternités sont invitées à rejoindre ce programme.

### Ce que **vous** pouvez faire

- Recherchez si votre pays dispose:
  - D'un comité national sur l'allaitement maternel.
  - D'un coordinateur national pour le programme IHAB.
  - D'une antenne de l'UNICEF et /ou d'un bureau de l'OMS.
  - D'hôpitaux ayant le label IHAB ou en cours d'agrément.
  - D'études épidémiologiques pour le recueil des taux d'allaitement.
  - De directives révisées pour les procédures en maternité.

---

<sup>3</sup> Protéger la santé de nos enfants. Un guide pour les professionnels de santé sur le Code de commercialisation des substituts du lait maternel. Penang, IBFAN Network, 1993

- D'actions gouvernementales s'attaquant au don gratuit ou à faible prix de substituts du lait maternel.
  
- Renseignez-vous auprès du comité national de l'allaitement, du bureau local de l'Unicef, du bureau local de l'OMS (s'il existe), ou du comité Européen OMS/Unicef pour des informations complémentaires sur l'IHAB dans votre pays<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> En France, l'IHAB est mise en place par la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM)

# Ressources

## Bibliographie

Publié sous la direction de J. AKRE *Alimentation infantile : bases physiologiques*, Organisation Mondiale de la Santé, 1992, en vente à LLL France (14€)

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES, *Pour un allaitement réussi: physiologie de la lactation et soutien aux mères*, 3<sup>ème</sup> ed., Masson, 2003.

SAVAGE-KING, F. *Aider les mères à allaiter*, Nairobi, African Medical and Research Foundation, 1992. Disponible à l'OMS.

*Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*. Genève, OMS, 1981.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de Santé (ANAES), *Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de l'enfant*, mai 2002, [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)

De nombreux documents (brochures, dossiers thématiques, livres ...) sont vendus par le Centre ressource Documentaire pour l'Allaitement Maternel (CERDAM).

*Les Dossiers de l'Allaitement*, trimestriel et autres documents pour professionnels de santé sont diffusés par La Leche League France

*Le Traité de l'allaitement*, La Leche League International (traduction québécoise), en vente à La Leche League France.

*Guide ressources pour l'allaitement*, vendus par la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM)

De nombreux ouvrages existent en langue anglaise. Pour une bibliographie, adressez-vous au CERDAM (voir plus loin).

## Formations

WHO/UNICEF. *Breastfeeding counselling. A training course*. 1993

En France, des organismes de formation proposent des formations en inter ou en intra. Leur liste figure dans le *Guide ressources pour l'allaitement* publié par la CoFAM, ainsi que sur le site internet [www.coordination-allaitement.org](http://www.coordination-allaitement.org)

## Vidéos

Nombreuses vidéos en français en vente par Médialactée ([www.medialactee.com](http://www.medialactee.com)) dont *Breast is best* de Gro NYLANDER.

Le CERDAM prête des vidéos cassettes.

## Brochures pour les mères

Le Centre Ressource Documentaire pour l'Allaitement Maternel (CERDAM), la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM), la Leche League France (LLL) et d'autres associations de soutien à l'allaitement maternel ou services Protection Maternelle et Infantile (PMI) diffusent des dépliants ou des brochures à l'attention des mères.

Herzog-Isler, C. & Honigmann, K. *Laissez-nous un peu de temps. L'allaitement d'un bébé avec un bec de lièvre ou une fente palatine*. Medela. AG, 1996.

## Informations concernant l'IHAB

*Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel. Le rôle spécial des services liés à la maternité. Déclaration conjointe OMS et FISE (OMS), 1989*

*Données scientifiques relatives aux 10 conditions pour le succès de l'allaitement*, OMS, 1999 (en vente à la CoFAM et au CERDAM).

## Adresses concernant la nutrition infantile, l'allaitement et l'IHAB en France

**Centre Ressource Documentaire pour l'Allaitement Maternel (CERDAM)**  
de l'association Information Pour l'Allaitement (IPA)  
16 rue Sully  
F-69006 Lyon  
04 78 42 09 16  
[www.info-allaitement.org](http://www.info-allaitement.org)

**La Leche League France**  
Formation, diffusion de documents, groupes de soutien de mères à mères  
BP 18  
78620 L'Etang la Ville  
01 39 584 584  
[www.lllfrance.org](http://www.lllfrance.org)

**La Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM)**

- Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM) et documents
- Initiative Hôpital Ami des Bébéés (IHAB) (séminaires, évaluations)
- [www.coordination-allaitement.org](http://www.coordination-allaitement.org) (associations et organismes de formation recensés sur le site)
- CoFAM/SMAM : 16 rue Sully, 69006 LYON
- CoFAM/IHAB : 12 rue Parmentiers, 33510 ANDERNOS LES BAINS

## Adresses internationales concernant la nutrition infantile, l'allaitement et l'IHAB

**WHO Regional Office for Europe**

Dr Aileen Robertson, Acting Regional Adviser Nutrition Policy, Infant Feeding and Food Security Programme, Lifestyles and Health Unit  
8 Scherfigsvej, DK-2100 Copenhagen, Denmark  
tel. +45 39 17 13 62, fax +45 39 17 18 54  
[www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

**WHO Headquarters**

Ms Randa Saadeh, Technical Officer, Nutrition Unit  
Dr Felicity Savage King, Medical Officer  
Division of Child Health and Development  
Avenue Appia, CH-1211 Geneva 21, Switzerland  
tel. +41 22 791 21 11, fax +41 22 791 23 00  
[www.who.int](http://www.who.int)

**UNICEF**

Palais des Nations, CH-1211 Geneva 10, Switzerland  
tel. +41 22 909 56 17, fax +41 22 909 59 09  
[www.unicef.org](http://www.unicef.org)

**Wellstart International, WHO collaborating centre**

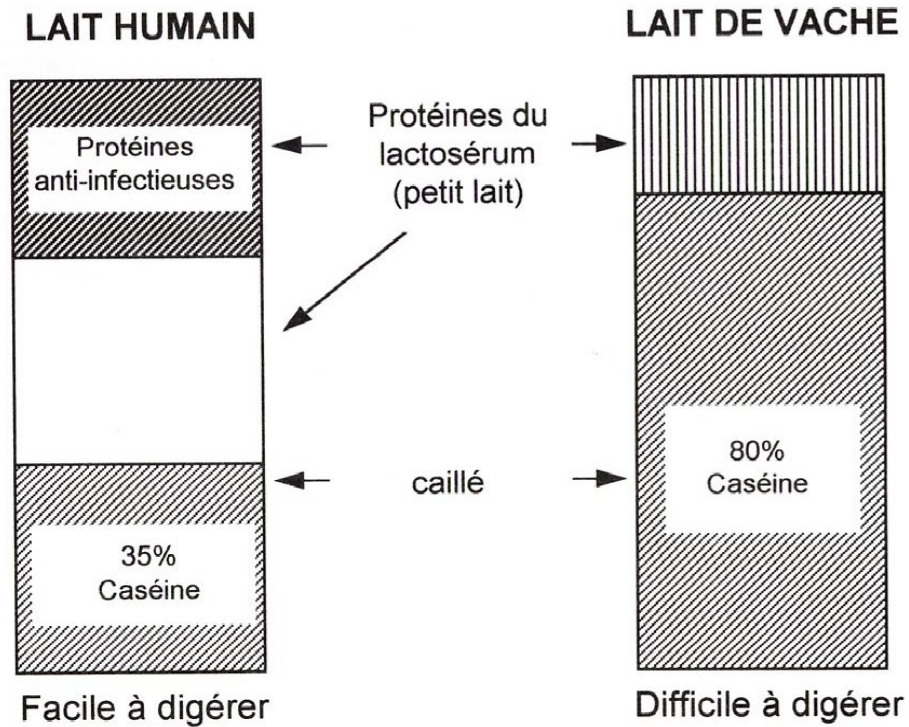
Corporate Headquarters of San Diego Lactation Program  
4062 First Avenue, P.O. Box 87549, San Diego, CA 92138, USA  
tel. +1 619 295 5192, fax +1 619 294 7787  
[www.wellstart.org](http://www.wellstart.org)

## Annexe 1. Résumé des différences entre les laits

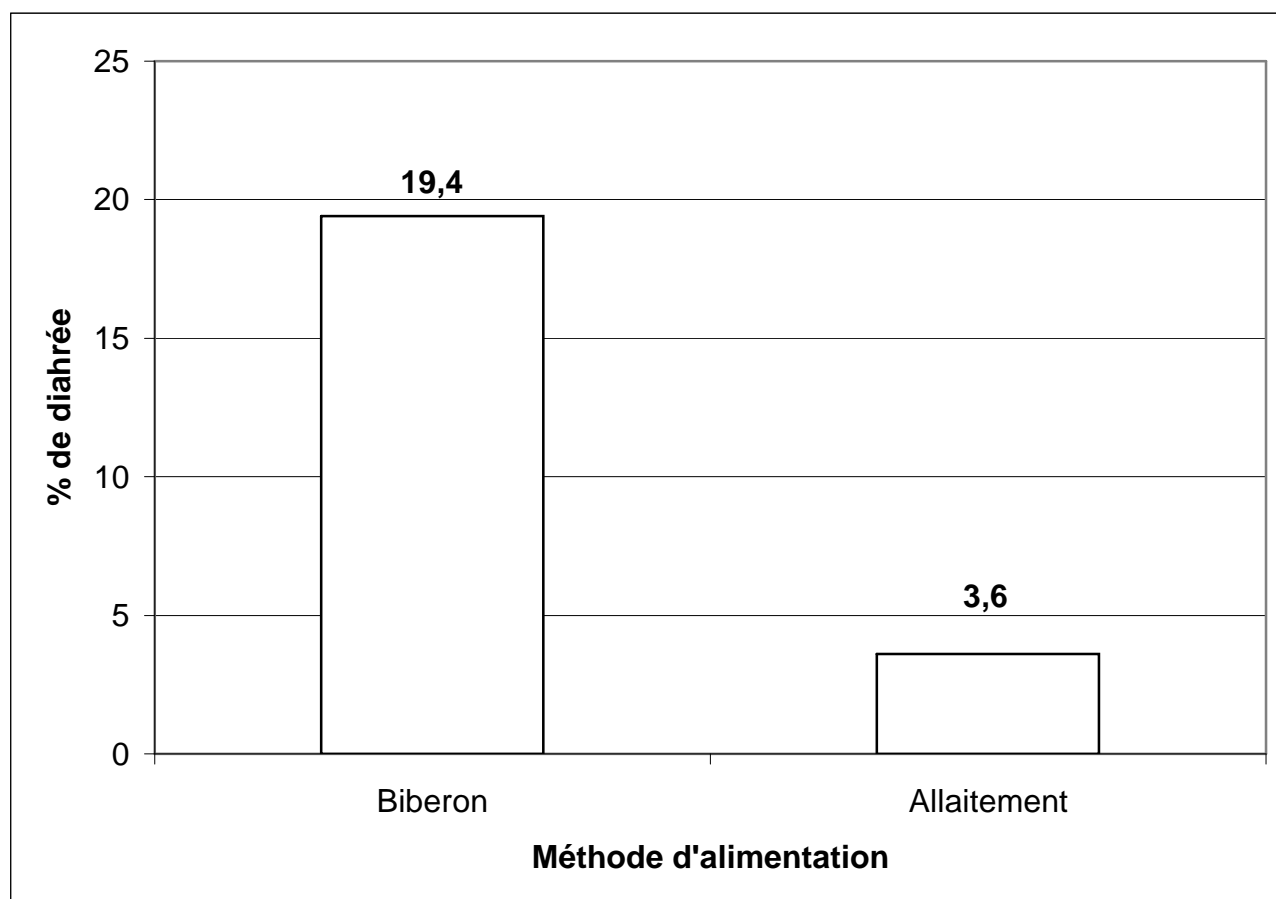
Éléments	Lait humain	Lait animal	Lait industriel
Contamination bactérienne	Absente	Possible	Possible quand reconstitué
Agents anti-infectieux	Présence	Absents	Absents
Facteurs de croissance	Présents	Absents	Absents
Protéines	Taux correct Faciles à digérer	Trop grande quantité Difficiles à digérer	Partiellement correct
Graisses	AG essentiels suffisants Présence de lipase	Manque d'AG essentiels Pas de lipase	Pas de lipase
Fer	Faible quantité Bien absorbé	Faible quantité Mal absorbé	Supplémentation nécessaire. Mal absorbé
Vitamines	Suffisant	Pas assez de vitamine A et C	Addition de vitamines
Eau	Suffisant	Supplément nécessaire	Suppléments potentiellement nécessaires

## Annexe 2. Différences de qualités des protéines des différents laits

### Différences de qualité entre les protéines des différents laits



### Annexe 3. Prévalence de la diarrhée chez des enfants de 0 à 13 semaines en fonction du mode d'alimentation (Ecosse)



Source: Howie, PW. Et al. Protective effect of breastfeeding against infection. British medical journal, 300:11-16(1990)

## Annexe 4. Avantages de l'allaitement maternel

### Avantages de l'allaitement

#### Le lait maternel

- **Éléments nutritifs idéaux**
- **Facilement digéré  
Bien assimilé**
- **Protège contre les infections**



#### L'allaitement

- **Favorise l'attachement et le développement**
  - **Aide à retarder une nouvelle grossesse**
  - **Protège la santé de la mère**
- 
- **Moins cher que l'alimentation artificielle**

## Annexe 5. Raisons médicales acceptables pour utiliser des compléments.

De rares indications médicales en maternité peuvent requérir l'utilisation de compléments à la place ou en plus du lait maternel.

Cela concerne les nourrissons qui souffrent de certaines maladies graves ou qui subissent une intervention chirurgicale et les nouveaux-nés de très petits poids de naissance en réanimation néonatale. Leur alimentation sera décidée au cas par cas, en fonction des impératifs nutritionnels et de leurs capacités. L'allaitement reste recommandé chaque fois que cela est possible. Ces enfants sont les suivants:

- Nourrisson de très petit poids de naissance (moins de 1500g) ou nés avant 32 semaines de grossesse.
- Nourrisson présentant une dysmaturité sévère avec une hypoglycémie sévère potentielle, ou qui a besoin d'un traitement pour une hypoglycémie ne pouvant être résolue par l'allaitement, ou qui ne peuvent pas téter.

Pour les nourrissons qui vont suffisamment bien pour rester avec leur mère à la maternité, il y a de très rares indications de compléments. Pour savoir si l'utilisation de complément est justifiée ou non, chaque cas devrait être étudié attentivement. C'est par exemple :

- Le nourrisson dont la mère est gravement malade (par exemple psychose, éclampsie, choc)
- Le nourrisson présentant un grave trouble métabolique (par exemple galactosémie, phénylcétonurie)
- Nourrissons présentant une véritable déshydratation (par exemple après photothérapie pour ictère si la stimulation de la lactation ne suffit pas à maintenir une hydratation correcte)
- Nourrissons dont la mère prend des médicaments contre-indiqués pendant l'allaitement (par exemple drogues radioactives ou cytotoxiques)

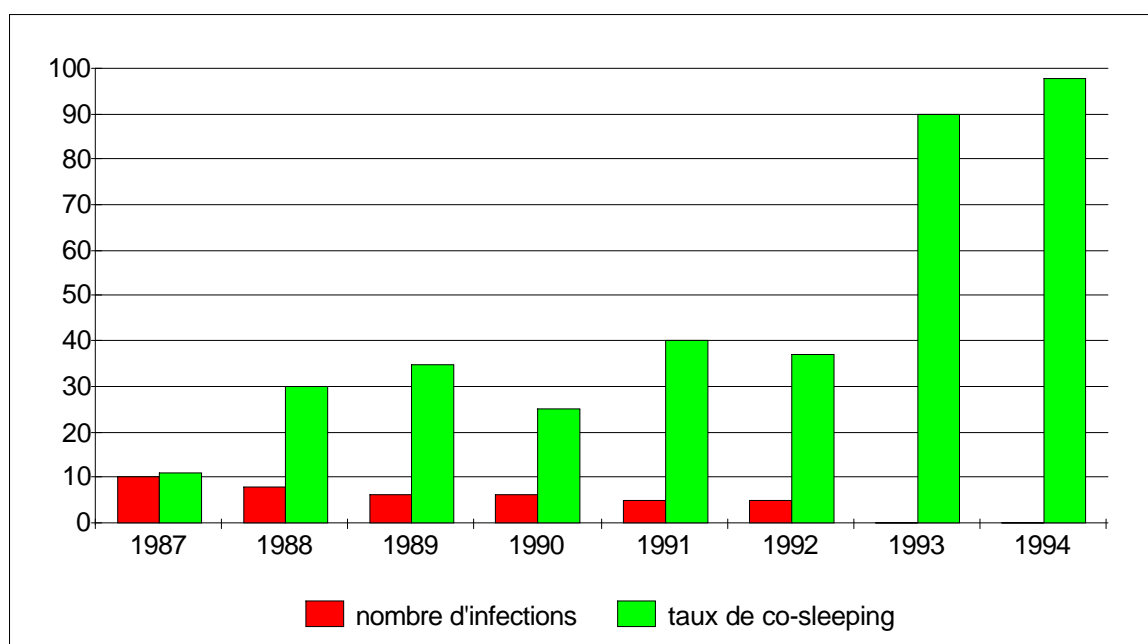
Quand l'allaitement doit être temporairement suspendu, les mères doivent être aidées pour maintenir ou relancer leur lactation, par exemple en utilisant un tire-lait, afin d'être prêtes lorsque l'allaitement sera de nouveau possible.

## Annexe 6. Contre-indications maternelles à l'allaitement

- Lorsqu'une mère présente une lésion herpétique sur le sein ou le mamelon, elle ne doit pas faire téter le bébé au contact de cette lésion. Il pourra de nouveau téter ce sein lorsque la lésion aura disparue.
- Lorsqu'une mère a contracté le VIH avant la naissance, le risque de diarrhée ou autre maladie grave en cas de non allaitement doit être mis en balance avec le risque possible de transmission du VIH à l'enfant lors de l'allaitement. Dans le cas des sociétés industrialisées, l'allaitement maternel est contre-indiqué dans cette situation.
- Les mères qui présentent une psychose sévère, une éclampsie ou un choc ne pourront peut être pas allaiter dès la naissance ou pendant une certaine période.
- Les mères qui prennent des médicaments qui sont incompatibles avec l'allaitement ne doivent pas donner le sein tant que la substance active est présente.

Pour plus d'information sur ce sujet, reportez vous aux recommandations de l'ANAES (mai 2002) : « Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de l'enfant », [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)

## Annexe 7. Pourcentage de mères partageant leur chambre avec leur enfant durant leur séjour à la maternité et taux d'infections



Source : Romanchuk, L., Elektrostal Municipal Maternity Home & Vartapetova, N., Institute for Preventive Medicine, Moscou

## Annexe 8. Différentes méthodes pour nourrir un bébé de petit poids de naissance

<b>Semaines de grossesse</b>	<b>Poids approximatif</b>	<b>Mode d'alimentation</b>
Avant 30		sonde nasogastrique
30-32		tasse
32+	± 1300g	allaitement possible
36+	± 1800g	allaitement coordonné bien

## Annexe 9. Allaitement et prise de médicaments par la mère

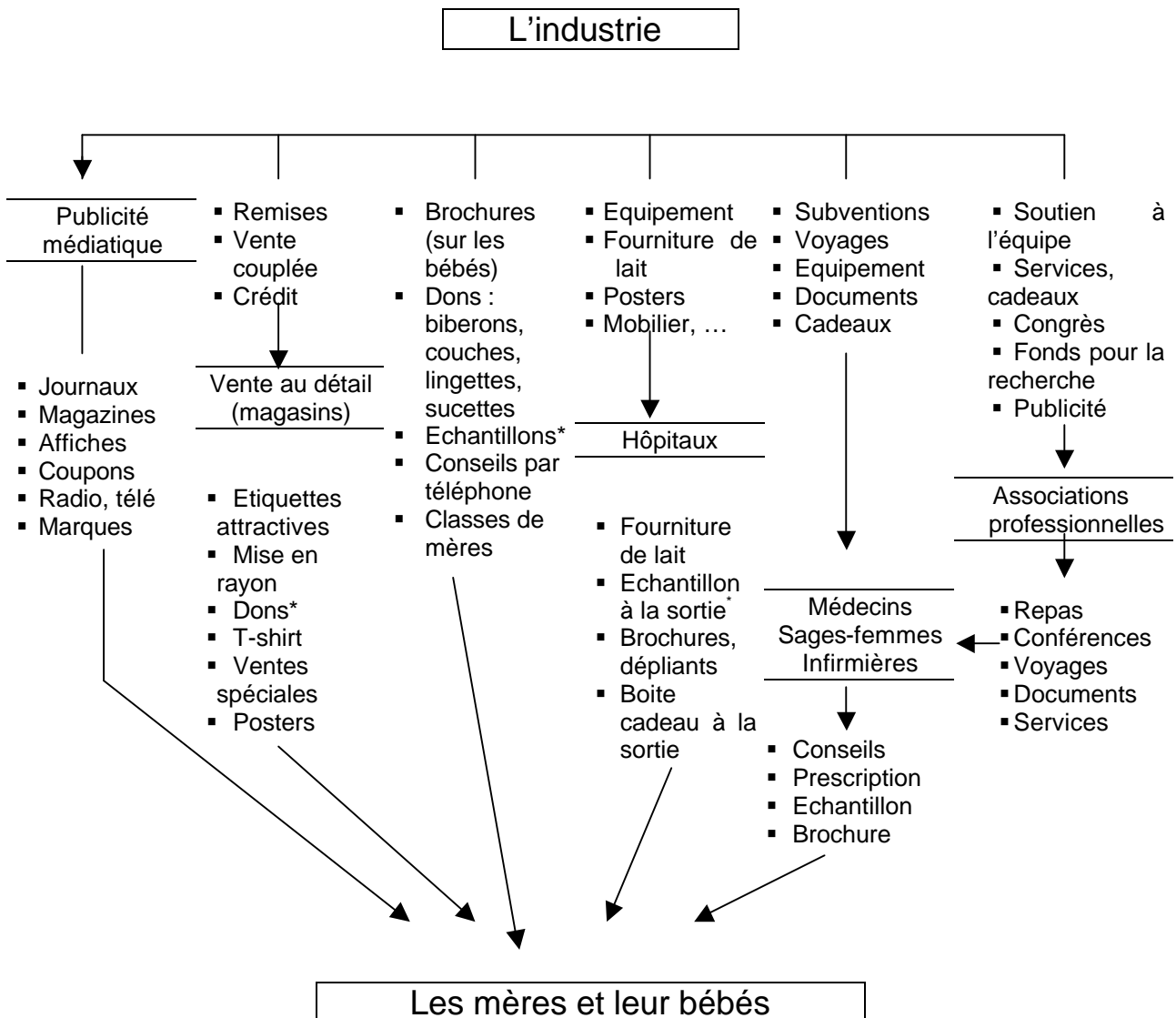
<i>Contre indiqué pendant l'allaitement</i>	Anti cancéreux Substances radioactives
<i>Allaitement possible :</i>	
<i>Effets secondaires possibles, surveillance de l'enfant</i>	Médicaments psychotropes Anticonvulsivants
<i>Utilisez d'autres médicaments si possible</i>	Chloramphénicol, tétracyclines, métronidazole, quinolones
<i>Surveiller l'enfant, ictère possible</i>	sulfonamides cotrimoxazole, sulfadoxine+ pyriméthamine (fansidar)
<i>Utilisez d'autres médicaments (inhibition de la lactation possible)</i>	oestrogènes y compris contraceptifs oraux, diurétiques thiazidiques, ergots de seigle et dérivés
<i>Sans danger au dosage habituel Surveillance de l'enfant</i>	Médicaments courants: analgésiques et antipyrétiques: paracétamol, acide salicylique, ibuprofène, morphine et péthidine . antibiotiques: ampicilline, amoxicilline, cloxacilline et autres pénicilline, érythromycine. Anti-tuberculeux, anti-lépreux Anti-paludéens (sauf Fansidar, méfloquine) anti-helminthiques, anti-fongiques. Bronchodilatateurs (salbutamol), corticostéroïdes, anti-histaminiques, anti-acides, anti-diabétiques oraux, la plupart des anti-hypertenseurs, digoxine. Compléments nutritionnels Iode, Fer, Vitamines

Adapté de "Breastfeeding counselling: A training course", WHO/CDR/93.3-6)

De nombreux ouvrages en Français ou Anglais traitent de ce sujet :

- BREASTFEEDING AND MATERNAL MEDICATION. Recommendations for Drugs in the Eleventh WHO Model List of Essential Drugs, OMS et UNICEF, 2002
- Thomas Hale, *Medication and mothers' milk*. Pharmasoft Publishing 2002
- Feuilles « Allaitement maternel et médicaments », La Leche League France (LLL)
- *Drugs during pregnancy and lactation* Christof Schaeffer. Elsevier 2001
- *Drugs in pregnancy and lactation*, Briggs, 2002

## Annexe 10. Comprendre le marketing : comment les entreprises commerciales ciblent les mères et leurs bébés



Source: Workshops on lactation management and BFHI, St Petersburg, 1993 (EUR/ICP/NUT 150).

\*Les dons de préparations pour nourrissons sont interdits en France par la loi n°94-442 de 1994 et son décret d'application de 1998. Les dons de préparations de suite (5 mois- 12 mois), de tétines, de biberons, ne sont pas interdits.