

## L'allaitement maternel : partir du bon pied

Allaiter est la façon *naturelle et physiologique* de nourrir les bébés et les jeunes enfants, et le lait humain est spécifiquement destiné aux bébés humains. Les laits de formule préparés à partir de lait de vache ou de soja (pour la plupart, même les « *designer* ») ne présentent que des similitudes superficielles avec le lait humain, et les publicités qui les présentent autrement sont trompeuses. Allaiter *devrait* être facile, et exempt de difficultés pour la plupart des mères. Un bon démarrage donne à l'allaitement toutes les chances d'être une expérience heureuse pour la mère comme pour son bébé.

La grande majorité des mères sont parfaitement capables d'allaiter leur bébé **exclusivement** pendant environ 6 mois. En fait, la plupart des mères produisent **plus que suffisamment** de lait. Malheureusement, des routines hospitalières dépassées et fondées sur l'alimentation artificielle sont **encore** en vigueur dans trop d'établissements de santé et rendent pour certaines mères et leur bébé l'allaitement difficile, voire **impossible**. Pour que l'allaitement démarre correctement, les premiers jours peuvent être cruciaux. Cependant, même avec un très mauvais départ, beaucoup de mères et de bébés s'en tirent.

L'astuce pour bien allaiter est de faire en sorte que le bébé *prenne bien le sein*. Un bébé qui prend correctement le sein reçoit correctement du lait. Un bébé qui ne prend pas bien le sein a des difficultés à recevoir suffisamment de lait, *surtout* si la sécrétion lactée de la mère est faible. Une mauvaise prise du sein, c'est comme donner au bébé un biberon avec une tétine dont le trou est trop petit; le biberon est plein de lait, mais le bébé n'en prendra pas beaucoup. Quand un bébé prend mal le sein, cela peut également causer des douleurs aux mamelons de sa mère. Et si le bébé ne reçoit pas suffisamment de lait, il restera au sein très longtemps, aggravant ainsi la douleur. Malheureusement, *n'importe qui* peut *dire* que le bébé a une bonne prise, même si c'est faux. Trop de personnes *conséquentement compétentes* ne savent tout simplement pas ce qu'est une bonne prise. Voici quelques moyens qui contribuent à faciliter l'allaitement :

**1. Une bonne prise du sein est cruciale pour le succès de l'allaitement.** *C'est la clé d'un allaitement réussi.* Malheureusement, de nombreuses mères reçoivent « l'aide » de personnes qui ne savent pas comment évaluer une bonne mise au sein. Si l'on vous dit que votre bébé de deux jours tète correctement alors que vous avez les mamelons très douloureux, soyez sceptique, et demandez l'aide d'une personne compétente. Avant de quitter l'hôpital, vous devriez avoir eu la démonstration que votre bébé tète correctement, et qu'il reçoit véritablement du lait de vos seins; le personnel devrait vérifier que vous savez comment vous assurer qu'il en reçoit suffisamment (type de succion ouverture-pause-fermeture). Visitez [www.mamancherie.ca/fr/info/articles\\_dr\\_newman.htm](http://www.mamancherie.ca/fr/info/articles_dr_newman.htm) pour des vidéos démontrant une bonne mise au sein (ainsi que d'autres vidéos). Si vous et votre bébé quittez l'hôpital **sans** savoir cela, demandez rapidement l'aide d'une personne expérimentée (voir le feuillet « *Effectuer la mise au sein* »). Certaines mères se font dire par le personnel hospitalier que si l'allaitement est douloureux, la prise du sein est mauvaise (habituellement vrai), et on doit alors retirer le bébé du sein et recommencer. Ce n'est pas une bonne idée. La douleur s'atténue habituellement, et la mise au sein devrait être corrigée sur l'autre sein ou à la prochaine tétée. Retirer le bébé du sein et répéter encore et encore la mise au sein ne fait que multiplier la douleur et le dommage aux mamelons.

**2. Le bébé devrait être mis au sein immédiatement après la naissance.** La grande majorité des nouveaux-nés peuvent être mis au sein dans les instants suivant la naissance. En fait, des recherches ont démontré que, lorsqu'on leur en laisse la possibilité, les bébés de quelques minutes seulement rampent sur le ventre de leur mère jusqu'au sein, et commencent à téter de leur propre initiative. Ce processus peut prendre une heure ou plus, mais durant ce temps la mère et le bébé doivent rester ensemble pour commencer à s'approprier. Les bébés qui « s'auto-attachent » ainsi courent moins de risque de connaître des problèmes d'allaitement. Ce processus ne demande **aucun effort** de la part de la mère, et le prétexte de la trop grande fatigue de la mère due à l'accouchement, souvent fourni pour ne pas permettre cela, est purement et simplement un non-sens. En fait, des études ont également montré que le contact peau à peau entre une mère et son bébé garde le bébé au chaud aussi bien qu'une couveuse (voir la section sur le contact peau-à-peau). Soit dit en passant, durant ce temps, plusieurs bébés ne prendront pas le sein et ne téteront pas. En général ce n'est pas un problème et cela ne nuira pas d'attendre que le bébé soit prêt à aller au sein. Le contact peau-à-peau est bon pour le bébé et la mère même si le bébé ne tète pas.

**3. La mère et le bébé devraient cohabiter.** Il n'y a **absolument aucune raison médicale** pour séparer les mamans et les bébés en bonne santé, même pour de courtes périodes.

- Les hôpitaux qui ont pour habitude de séparer les mères et les bébés après la naissance sont complètement dépassés, et les raisons invoquées pour ce faire démontrent aux parents qui contrôlent la situation (l'hôpital) et qui ne la contrôlent pas (les parents). Souvent d'autres fausses raisons sont données. Par exemple, une raison souvent donnée est que le bébé a expulsé du méconium avant la naissance. Un bébé qui a expulsé du méconium et qui se porte bien quelques minutes après la naissance se portera bien et n'a pas besoin de passer plusieurs heures « sous observation » dans une couveuse.
- Il n'y a aucune preuve que les mères qui sont séparées de leur enfant sont plus reposées. Au contraire, elles sont plus reposées et moins stressées quand elles ont leur bébé avec elles. Mères et bébés apprennent comment dormir au même rythme. Ainsi, quand le bébé commence à se réveiller pour une tétée, la mère commence également à se réveiller naturellement. Ce n'est pas aussi fatiguant pour la mère que d'être réveillée en phase de sommeil profond, comme c'est le cas quand le bébé se réveille loin d'elle. Si l'on montre à la mère comment allaiter son bébé couchée, la mère sera plus reposée.
- Le bébé montre bien longtemps avant de pleurer qu'il a envie de téter. Par exemple, sa respiration peut changer. Ou

encore, il peut commencer à s'étirer. La mère, alors dans un sommeil léger, va se réveiller, son lait va commencer à couler et le bébé sera calme et heureux de téter. Un bébé qui aura pleuré pendant un certain temps avant d'être mis au sein pourra refuser de téter même s'il est affamé. Mères et bébés devraient être encouragés à dormir côte à côte à l'hôpital. C'est un excellent moyen pour la mère de se reposer quand le bébé tète. L'allaitement devrait être relaxant, et *non* fatigant.

**4. Des tétines ne devraient pas être données au bébé.** Il semble y avoir une controverse au sujet de l'existence du phénomène de la «confusion sein-tétine». Les bébés adopteront la méthode qui leur donnera le flot de liquide le plus rapide, et pourraient refuser les autres. Ainsi, les premiers jours, quand la mère normalement ne produit que peu de lait (comme prévu par la nature), et que le bébé prend un biberon (comme prévu par la nature?) avec lequel il obtient un flot de lait rapide, il risque de préférer la méthode au flot rapide. Nul besoin d'être un scientifique génial pour comprendre ce qu'aucun des pourtant nombreux professionnels de la santé qui sont censés vous aider ne semblent capables de concevoir. Notez que *ce n'est pas le bébé qui est confus*. La confusion sein-tétine n'a pas comme seule conséquence possible le refus du sein par le bébé, mais englobe une variété de problèmes, incluant le bébé qui ne prend pas le sein aussi bien qu'il pourrait le faire et ainsi, il ne reçoit pas assez de lait et/ou la mère a les mamelons douloureux. Le simple fait qu'un bébé puisse «prendre les deux» ne signifie pas que le biberon n'a pas d'effet négatif. Puisque aujourd'hui il existe des alternatives possibles quand le bébé a besoin de suppléments (voir articles n° 5 «*Utilisation d'un DAL*» et n° 8 «*Alimentation au doigt*»), pourquoi utiliser une tétine artificielle ?

**5. Pas de restriction quant à la durée ou la fréquence des tétées.** Un bébé qui tète correctement ne restera pas au sein des heures durant pour une tétée. Si c'est le cas, c'est généralement qu'il ne prend pas correctement le sein et ne reçoit pas tout le lait qui est disponible. Trouvez de l'aide pour évaluer la succion du bébé et utilisez la compression des seins pour que le bébé reçoive plus de lait (article n° 15, «*La Compression du sein*»). La compression est très utile durant les premiers jours pour favoriser l'écoulement du colostrum. C'est cela qui aidera, et *non* l'utilisation d'une tétine ou d'un biberon, *ni* le fait de mettre le bébé à la pouponnière.

**6. Les suppléments d'eau pure, d'eau sucrée ou de lait artificiel sont rarement nécessaires.** La plupart des suppléments pourraient être évités si on permettait au bébé de prendre le sein correctement et de recevoir le lait disponible. Si l'on vous dit que le bébé a besoin de suppléments sans que quelqu'un l'ait observé pendant qu'il tète, demandez à recevoir l'aide d'une personne compétente. Il *existe* de rares indications médicales pour la supplémentation, mais habituellement, les suppléments sont proposés pour la convenance de l'équipe médicale. Si des suppléments doivent être donnés, ils doivent être donnés à priori *au sein* avec un Dispositif d'Aide à la Lactation (voir article n° 5), pas avec une tasse, ni un compte-gouttes, ni au doigt, ni à la seringue, ni au biberon. Le meilleur supplément est votre propre colostrum. Il peut être mélangé avec 5% d'eau sucrée si vous ne pouvez pas en exprimer beaucoup au début. Les laits artificiels ne sont pratiquement jamais nécessaires durant les premiers jours.

**7. Les boîtes de lait gratuites et les documents offerts par leurs producteurs ne sont pas des cadeaux.** L'unique objectif de ces «cadeaux» est de faire de vous des utilisateurs de lait artificiel. C'est une technique de marketing très efficace, et de moralité très douteuse. Si vous en recevez de la part d'un professionnel de la santé quel qu'il soit, vous devriez vous interroger sur ses connaissances en matière d'allaitement et sur son niveau d'engagement pour l'allaitement. «Mais j'ai besoin de lait artificiel parce que mon bébé ne reçoit pas assez de mon lait!». Peut-être, mais, plus vraisemblablement, vous n'avez pas reçu une aide efficace et votre bébé ne reçoit tout simplement pas *tout votre lait disponible*. Même si vous avez besoin de lait de formule, personne ne devrait vous proposer une marque particulière, ni vous offrir des échantillons. Cherchez une aide *efficace*. Les échantillons de lait artificiel ne sont pas une aide.

Dans certaines circonstances, il peut être impossible de commencer l'allaitement rapidement. Cependant, la plupart des indications «médicales» (prise de médicaments par la mère, par exemple) ne sont *pas* de véritables raisons pour arrêter ou retarder l'allaitement, si l'on vous a dit le contraire, vous avez été *mal informée*. Demandez une aide efficace. Les bébés prématurés peuvent commencer à être allaités *beaucoup, beaucoup* plus tôt que ce qui est préconisé dans de nombreux services de néonatalogie. En fait, les études ont démontré de façon très définitive qu'il est *moins stressant* pour un bébé d'être nourri au sein que de recevoir un biberon. Malheureusement, de nombreux professionnels de santé s'occupant de prématurés ne semblent pas être au courant de ce fait.

**Questions?** (416) 813-5757 (option 3) ou [drjacknewman@sympatico.ca](mailto:drjacknewman@sympatico.ca) ou mon livre *Dr. Jack Newman's Guide to Breastfeeding*

Traduction du feuillet n° 1, «*Breastfeeding - Starting Out Right*», révisé en janvier 2005 par Jack Newman, MD, FRCPC © 2005  
*Version française, février 2005, par Stéphanie Dupras, IBCLC, RLC*

**Peut être copié et diffusé sans autre autorisation,  
à condition qu'il ne soit utilisé dans aucun contexte où le Code international de commercialisation des substituts du  
lait maternel de l'OMS est violé.**