ALLAITEMENT MATERNEL

GUIDE PRATIQUE

À L'INTENTION DES INTERVENANTS ET INTERVENANTES

WS
125
A416
1995

INSPQ - Montréal
3 5567 00002 2308

SANTÉCOM

ALLAITEMENT MATERNEL

GUIDE PRATIQUE À L'INTENTION DES INTERVENANTS ET INTERVENANTES

NOVEMBRE 1995

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE L'ESTRIE

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

RECHERCHE ET RÉDACTION

Renée Cyr, agente de programmation
Direction de la santé publique et de l'évaluation, RRSSSE

Sylvie Durocher, infirmière
CLSC Alfred-Desrochers, Magog

Louise Ellis, sage-femme, infirmière-chef
Unité mère-enfant, CUSE, site Fleurimont

Carole Gagner, infirmière
CLSC Albert-Samson, Coaticook

Pauline Jalbert, infirmière-chef
Unité mère-enfant, CUSE, site King

Hélène Langis, pédiatre
CUSE, site Fleurimont

Diane Pouliot, infirmière
Monitrice pour la Ligue La Leche, région de l'Estrie

PAGE COUVERTURE, ILLUSTRATIONS ET MONTAGE

Danielle Bousquet
Graphic-Art

PHOTOS

Mario Martin

RÉVISION DU TEXTE

Lyne M. Roy
réviseure - rédactrice

Des exemplaires du présent document peuvent être obtenus en s'adressant à :

Madame Manon Guillemette
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Direction de la santé publique et de l'évaluation
220, 12e avenue Nord
Sherbrooke (Québec) J1E 2W3

Téléphone :(819) 829-3488
Télécopieur :(819) 562-1222

Dépôt légal-troisième trimestre 1995
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-921776-02-2

Préface

C'est l'information qui donne le pouvoir! Si les professionnels de la santé n'informent pas complètement les parents des avantages de l'allaitement et n'en font pas le marketing, qui le fera?

Chaque mammifère a un lait avec des caractéristiques propres à son espèce. Aucun substitut ne peut égaler le produit d'origine car celui-ci s'adapte instinctivement aux besoins spécifiques du petit : température, protection immunologique, sensualité, odeur, disponibilité, physiologie... La recherche scientifique nous confirme constamment la supériorité du lait humain et de l'allaitement sur l'alimentation artificielle.

Il faut protéger, encourager et soutenir la source de santé qu'est l'allaitement maternel. C'est la fonction même des professionnels de la santé de faire de la prévention le plus tôt possible. La vigilance exige qu'à l'allaitement ne soit substituée aucune autre alimentation sans motif valable et que nous soyons capables de soutenir les parents.

Ce guide, fruit de la collaboration et de la concertation d'un groupe de travail, offre informations, conseils, trucs et références pour la promotion, le soutien et la protection de l'allaitement maternel, tel qu'il est suggéré par des organismes internationaux, comme l'UNICEF et l'Organisation Mondiale de la Santé.

Ce n'est pas tous les jours qu'à la même table sont assis des infirmières, des diététistes, des médecins, des représentants de groupe d'entraide avec un but commun : aider les mères à allaiter. Ce guide a tous les éléments requis pour rendre les professionnels « contagieux » afin qu'ils puissent « transmettre » aux parents le goût d'allaiter!

Suzanne Dionne
Médecin
CLSC de la Haute-Yamaska, Granby

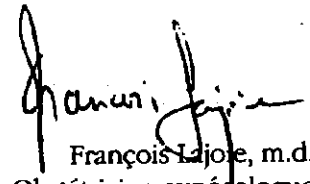
La politique de périnatalité soulève le fait que les informations divulguées aux femmes enceintes et aux mères en matière d'allaitement maternel sont souvent incomplètes et contradictoires. Cette réalité fait ressortir l'importance, pour les professionnels de la santé, de recevoir de l'information juste et à date, qu'ils pourront d'abord partager entre eux et ensuite, véhiculer à leur clientèle.

Ce document représente un travail considérable et une collaboration étroite entre différents groupes de professionnels de la santé. Il devrait être remis à tout le personnel des soins de santé qui travaille avec des parents et futurs parents. En ayant un document commun, nous pourrons beaucoup plus facilement atteindre les objectifs fixés, soient d'aider les mères qui allaitent et augmenter le taux d'allaitement à travers la région.

Dany Gauthier, Coordonnatrice
Département des agents de liaison auprès
des professionnels de la santé
Ligue La Leche

Après la lecture de ce Guide de l'allaitement, j'ai immédiatement ressenti un effet encourageant et stimulant par rapport à ma pratique quotidienne en obstétrique. Enfin, je trouvais des réponses aux nombreuses questions que mes patientes me transmettaient au sujet de l'allaitement; enfin, j'y trouvais des solutions à des problèmes d'allaitement et, enfin, j'y trouvais des stimulants pour m'aider à préconiser et encourager l'allaitement maternel tel que la profession médicale le suggère et même le recommande.

Ce guide est un outil de travail privilégié que tout intervenant en périnatalité devrait lire au moins une fois afin d'améliorer cette pratique si peu onéreuse et si rentable dans notre ère de coupures budgétaires.



François Lajoie, m.d.
Obstétricien-gynécologue
CUSE (Site Fleurimont)

Remerciements

Dans le cadre de l'élaboration de ce document, plusieurs personnes ont été consultées pour leur expérience et leur expertise. Elles ont généreusement accepté de réviser le contenu du document et d'y apporter leurs précieux commentaires et suggestions. Les auteures les en remercient chaleureusement.

Madame Linda Bell
Infirmière
CLSC Alfred-Desrochers, Magog

Dr André-Yves Bureau
Obstétricien-gynécologue
CUSE, Site King

Dr Donna Cherniak
Médecin de famille
CLSC SOC, Sherbrooke

Madame Jocelyne Desjardins
Agente de liaison auprès des professionnels de la santé,
Ligue La Leche

Madame Carmelle Gagnon
Infirmière
CUSE, Site King

Madame Dany Gauthier,
coordonnatrice
Département des agents de liaison auprès des professionnels de la santé, Ligue La Leche

Dr François Lajoie
Obstécticien-gynécologue
CUSE, Site Fleurimont

Madame Martine Lemay
Sage-femme
Centre de maternité de l'Estrie

Madame Louise Loignon
Puéricultrice
CUSE, Site Fleurimont

Madame France Potvin
Psychologue
Sherbrooke

Nous tenons à remercier d'une façon particulière Madame Suzanne Dionne, médecin au CLSC de la Haute-Yamaska à Granby, membre du comité d'experts canadiens sur l'allaitement maternel et consultante pour l'UNICEF, qui, en plus de revoir et de commenter le document, a partagé avec nous son précieux savoir et son expérience en matière d'allaitement et nous a offert un appui constant tout au long de l'élaboration de ce document.

Nous remercions également Monsieur Mario Martin, photographe au Centre universitaire de santé de l'Estrie, Site King, qui a patiemment saisi sur pellicules les diverses positions d'allaitement proposées dans le document.

Nous témoignons toute notre gratitude à Madame Catherine Panneton et à son fils Alec, ainsi qu'à Madame Michèle Bolduc et à ses jumelles, Jessica et Shany, pour leur temps et leur immense patience lors des séances de photos.

Nous remercions le Bureau laitier du Canada et la compagnie Egnell-Ameda pour leur généreuse contribution financière à la mise en page et à l'impression du document.

Nous remercions Mesdames Nicole Bouffard et Marianne Raymond qui, au fur et à mesure des corrections, ont patiemment repris le texte et refait la mise en page des nombreuses versions du document.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos XIII

Introduction

Taux d'allaitement dans la région de l'Estrie 1

Facteurs d'influence 1

Présentation du guide à l'intention des intervenants et intervenantes 2

1 - L'anatomie et la physiologie de l'allaitement

Parties du sein qui jouent un rôle dans la lactation 5

Rôle des hormones de la lactation 5

Prolactine 5

Ocytocine 6

Colostrum et lait maternel 7

Colostrum 7

Lait maternel mature 7

2 - Les bienfaits de l'allaitement maternel

Bienfaits pour le bébé 9

Point de vue physiologique et nutritionnel 9

Plans immunologique, anti-infectieux et anti-allergique 10

Point de vue psychologique et sensoriel 11

Bienfaits pour la mère 11

Plans physique et physiologique 11

Point de vue psychologique 11

Plan pratique 12

3 - La préparation prénatale à l'allaitement maternel

Préparation des seins et des mamelons : précautions! 13

4 - L'importance du soutien familial et social

Rôle du père 15
Rôle de la famille et des amis 16
Rôle des organismes de soutien et d'entraide 17
Ligue La Leche 17
Historique 17
Rôle des monitrices 17
Services offerts aux parents et futurs parents 18
Collaboration avec le personnel des soins de santé 18
Coordonnées 18

5 - La mise en route de l'allaitement

Première tétée 19
Fréquence des tétées 19
Tétées de nuit 20
Faire ses nuits 20
Durée des tétées 20
Deux seins à chaque tétée 21
Cohabitation 21
Préparations commerciales, eau, glucosé 21
Allaitement mixte ou exclusif? 22
Confusion sein/tétine 22
Sucette 23
Rots 23
Observation d'une tétée 23
Position de la mère 23
Position du bébé 23
Façon dont le bébé prend le sein 24
Soutenir le sein? 25
Reconnaître une succion efficace 25
Téter... et respirer 25
Les diverses positions pour allaiter 26
Position traditionnelle (la madone) 26
Position de la madone inversée 27
Position football 27
Position couchée 1 28

Position couchée 2 28
Position football modifiée 29
Position à califourchon 29
Position australienne 30
Position de la louve 30
Position pour allaiter des jumeaux 31
Soin des seins et des mamelons 33
Volume des seins et allaitement 33
Ptose mammaire et allaitement 33
Habitudes de vie de la mère 34
Repos 34
Alimentation 34
Variété et nombre de portions 34
Eau et autres liquides 35
Aliments à éviter? 35
Régimes amaigrissants 36
Aliments et production de lait 36
Bébé boit-il suffisamment? 36
Poussées de croissance 38
Résumé des facteurs favorisant l'allaitement maternel en postnatal immédiat 39

6 - Difficultés et solutions

Chez la mère 41
Engorgement 41
Obstruction des canaux lactifères 42
Mastite 43
Mamelons douloureux 44
Mamelons plats ou invaginés 45
Chez le bébé 46
Bébé a des difficultés à prendre le sein 46
Bébé ne veut pas prendre le sein 47
Bébé s'enlève du sein 48
Bébé endormi 49
Bébé a une succion faible ou paresseuse 50
Gain de poids lent après 2 ou 3 semaines de vie 51
Gain de poids inadéquat 52

7 - Situations spéciales

Chez la mère 55
Médicaments et drogues 55
Tabac et alcool 56
Césarienne 56
Naissances multiples 57
Réduction mammaire et augmentation mammaire 57
Cancer du sein 58
Contraceptifs oraux et allaitement maternel 58
Chez le bébé 59
Fissure labio-palatine 59
Hypoglycémie 59
Coliques 60
Ictère 60
Allergies 60
Syndrome de Down (trisomie 21) 61

8 - Expression et conservation du lait maternel

Expression du lait maternel 63
Expression manuelle 63
Préparation 63
Expression du lait 63
Massage 65
Durée 65
Tire-Lait 66
Quantité et couleur du lait exprimé 67
Conservation du lait maternel 67
Choix des contenants 67
Congélation 67
Conservation 67
Réchauffer le lait maternel 68

9 - Le sevrage

Sevrage progressif 69
Sevrage complet 69
Sevrage partiel 70
Sevrage brusque 70
Sevrage naturel 70
Introduction des aliments solides 71

10 - Le rôle du personnel des soins de santé

Distribution d'échantillons gratuits de lait artificiel 73
Code international des commercialisation des substituts du lait maternel 73
Responsabilité particulière du personnel des soins de santé 74
Autres pratiques hospitalières 75
Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel 75
Attitude du personnel des soins de santé 76
Être à l'écoute des mères 77

Liste des ouvrages consultés

Annexes

Annexe 1 Liste du matériel pour les parents et pour le personnel des soins de santé 83
Annexe 2 Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) 91
Annexe 3 Recettes de lait fortifié 95
Annexe 4 Faire boire un bébé à la tasse 99
Annexe 5 Alimenter un bébé avec un dispositif d'aide à l'allaitement 103
Annexe 6 *The transfer of drugs and other chemicals into human milk* 107
Annexe 7 Sevrage : L'enfant qui refuse le biberon 123

AVANT-PROPOS

La grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont les jalons d'un itinéraire bien spécial dans la vie d'une femme.

L'allaitement au sein fait partie intégrante du processus de reproduction. L'organisme de la mère et celui du bébé y sont tout destinés. L'allaitement maternel constitue non seulement le moyen naturel autant qu'idéal de nourrir le bébé, mais contribue aussi à développer une relation privilégiée entre la mère et son enfant. C'est un moment dans leur vie où la mère et l'enfant ont le plus besoin l'un de l'autre afin d'atténuer le choc de la naissance et de continuer cette symbiose d'amour.

Bien que la lactation soit un processus physiologique naturel, la pratique de l'allaitement maternel n'est pas complètement instinctive. Historiquement, elle était transmise de génération en génération, mais une coupure s'est produite dans cette transmission. En effet, deux générations de femmes n'ont pas allaité et n'ont pu ainsi communiquer à leurs filles les éléments d'information essentiels à la réussite de l'allaitement. Il faut donc réapprendre aux femmes comment faire pour qu'elles redécouvrent les bienfaits et les joies de l'allaitement.

Comme professionnels et professionnelles de la santé, nous pouvons contribuer à faire de l'allaitement une expérience enrichissante pour les femmes qui désirent allaiter. La manière dont nous allons remplir ce rôle est en grande partie conditionnée par notre attitude et nos connaissances à l'égard de l'allaitement, par nos gestes et par l'information que nous diffuserons.

Il ne fait aucun doute que la position prise par le personnel de la santé, que ce soit en période prénatale ou postnatale, et les politiques adoptées par les hôpitaux et les centres de santé concernant la pratique de l'allaitement sont des facteurs déterminants dans le maintien et la poursuite de l'allaitement maternel.

Il est donc essentiel que le personnel des soins de santé prenne conscience de son influence et reconnaisse qu'elle est décisive dans ce domaine. Le personnel doit aussi être prêt à donner l'information et le soutien nécessaires, d'abord aux hommes et aux femmes en attente d'un enfant et ensuite, aux parents qui choisissent l'allaitement.

Taux d'allaitement dans la région de l'Estrie

Bien que le lait maternel soit reconnu par tous les organismes de la santé comme l'aliment par excellence pour le nourrisson, le taux d'allaitement reste très bas au Québec. De plus, parmi les femmes qui décident d'allaiter, plusieurs y mettent fin prématurément. Une enquête toute récente, réalisée dans les trois centres hospitaliers de la région où s'effectuent des accouchements, soit les sites Fleurimont et King du CUSE et le Centre hospitalier Lac-Mégantic, révèle que cette situation prévaut également en Estrie.

Du 15 octobre au 10 décembre 1994, le personnel des unités mère-enfant a identifié les femmes qui allaitaient leur bébé le jour de sa naissance, de même qu'à la sortie de l'hôpital. Le taux d'allaitement maternel, 1 mois et 3 mois après la naissance de l'enfant, a été compilé à partir d'entrevues téléphoniques auprès des femmes qui allaitaient à leur sortie du centre hospitalier et qui ont consenti à participer à cette enquête.

NOMBRE ET PROPORTION DE FEMMES ALLAITANTES PARMI LES FEMMES QUI ONT ACCOUCHÉ EN ESTRIE ENTRE LE 15 OCTOBRE ET LE 10 DÉCEMBRE 1994

n = 480

Moment de la collecte	Nombre de femmes allaitantes	Proportion (%)
Naissance	263	54,8
Sortie du C.H.	224	46,7
1 mois	181	37,7
3 mois	141	29,4

Dès la sortie de l'hôpital, **moins de la moitié** des femmes allaitent leur bébé et, 3 mois après la naissance, **moins du tiers** des femmes nourrissent encore leur bébé au sein. Ces chiffres sont très bas comparés à ceux d'autres provinces ou d'autres pays. Au chapitre de l'allaitement maternel, la situation n'est donc guère reluisante dans la région.

Facteurs d'influence

La décision d'allaiter et la durée de l'allaitement subissent l'influence de nombreux facteurs. Ceux-ci incluent les connaissances de la mère, ses convictions, son expérience de vie, le contexte social, l'approbation et le soutien de son conjoint, de sa famille, de son entourage[27]. Le choix d'allaiter est également influencé par la qualité de l'information et par le soutien que les parents reçoivent de la part du personnel des soins de santé qui les côtoie durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale (médecin, sage-femme, personne chargée des cours prénatals, personnel infirmier des unités mère-enfant et des CLSC)[43].

Selon la Politique de périnatalité, les programmes actuels s'adressant aux femmes enceintes et allaitantes présentent plusieurs lacunes à cet égard[34]. Ainsi, l'information sur l'allaitement est souvent qualifiée d'incomplète et de contradictoire[10,36].

Certains professionnels hésitent même à donner du soutien et à encourager l'allaitement maternel, de peur de culpabiliser les parents qui ne choisiront pas l'allaitement[10]. Les parents sont donc peu encouragés à adopter, sinon à poursuivre l'allaitement. Toujours selon la Politique, les programmes de soutien sont très peu nombreux et les groupes communautaires qui font la promotion de l'allaitement sont mal connus et insuffisamment utilisés par le personnel des soins de santé[34].

Le personnel des soins de santé a pourtant un rôle important à jouer dans la promotion de l'allaitement en fournissant des renseignements justes et cohérents, en chassant les mythes et en orientant les parents vers ce mode d'alimentation de leur bébé. De même, il est le mieux placé pour se soucier des pratiques qui ont un impact sur la réussite de l'allaitement, telles la distribution d'échantillons de lait artificiel, l'utilisation de biberons d'eau ou de glucosé chez les bébés allaités, l'omission des tétées de nuit, etc., et pour les influencer. Le personnel des soins de santé a cependant besoin de matériel de soutien pour assumer ce rôle. C'est dans cette perspective que des intervenantes des soins infirmiers, de la médecine, de la nutrition et de la lactation se sont regroupées pour élaborer, à son intention, ce document portant sur l'allaitement maternel.

Présentation du guide à l'intention des intervenants et intervenantes

Les objectifs du document sont les suivants.

- Fournir au personnel des soins de santé de la région de l'information juste et à jour sur l'allaitement maternel et ainsi,
  - favoriser l'uniformité des conseils et de l'aide donnés aux parents en matière d'allaitement.
  - favoriser l'élaboration de politiques et de procédures cohérentes en matière de gestion de l'allaitement maternel et des problèmes connexes.

Le but ultime de la démarche entreprise est **d'augmenter la prévalence et la durée de l'allaitement maternel** parmi les femmes de notre région.

Le document traite de différents aspects de l'allaitement maternel. Plusieurs correspondent à des questions soulevées par les parents (mise en route de l'allaitement, expression du lait maternel, sevrage, etc.). D'autres intéressent davantage le personnel des soins de santé (anatomie et physiologie de la lactation, bienfaits de l'allaitement maternel...). Dans tous les cas, ce guide a été conçu de façon à donner aux personnes intervenantes les raisons qui justifient ses propos et des renseignements suffisamment détaillés pour soutenir son point de vue.

Les renseignements contenus dans chaque section peuvent ou non convenir aux parents, selon leurs intérêts et leur disponibilité pour acquérir des connaissances sur l'allaitement. Il peut parfois être nécessaire de vulgariser l'information. C'est au personnel de déterminer jusqu'où les personnes sont prêtes à aller et quel niveau d'information semble leur convenir.

Il est à noter que les chapitres portant sur la mise en route de l'allaitement, sur les difficultés et solutions, sur les situations spéciales et sur l'expression du lait maternel ont été élaborées en fonction des bébés nés à terme. L'allaitement des nouveau-nés prématurés comporte plusieurs particularités qui doivent faire l'objet de protocoles distincts.

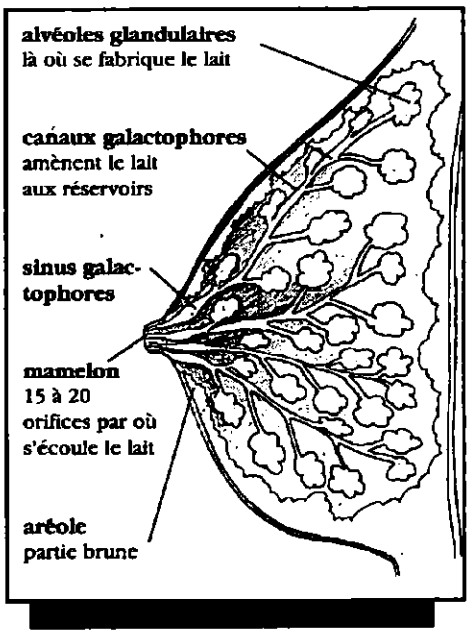
Le document a été élaboré en considérant que l'allaitement maternel est un processus normal, faisant partie intégrante du mécanisme de la reproduction. L'allaitement est le plus beau cadeau qu'un bébé puisse recevoir après sa naissance et, pour la mère, il constitue une magnifique expérience, un moyen de poursuivre, avec son nouveau-né, cette symbiose d'amour qui s'est établie pendant la grossesse. L'allaitement maternel est également la meilleure méthode d'alimentation du nourrisson durant sa première année de vie.

Ce document adhère au principe fondamental de l'offre et de la demande (plus le bébé tète, meilleure est la production de lait) et à son corollaire, c'est-à-dire des tétées précoces et fréquentes. Il opte également pour le plus de simplicité possible, délaissant tous les appareillages, techniques, consignes ou produits dont l'utilité est remise en question ou non démontrée scientifiquement (crèmes, exercices, téterelles, minutage des tétées...).

1 - L'ANATOMIE ET LA PHYSIOLOGIE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Il y a de nombreuses variations dans la taille et la forme des seins et la production de lait est indépendante de ces facteurs.

Deux éléments sont nécessaires pendant l'allaitement pour que le lait de la mère parvienne au bébé: un sein qui produit et éjecte du lait et un bébé capable de l'exprimer par une tétée efficace.



Parties du sein qui jouent un rôle dans la lactation

- Les alvéoles, où le lait est produit.
- Les canaux galactophores (ou lactifères) par lesquels s'achemine le lait jusqu'aux sinus galactophores, avant de sortir à la surface du mamelon. Le bébé doit prendre le sein de façon à comprimer ces sinus.
- L'aréole, région de couleur plus foncée entourant le mamelon, où les glandes de Montgomery sécrètent une substance grasse qui lubrifie et protège les mamelons pendant la tétée. L'odeur particulière de cette substance semblerait guider le bébé dans sa recherche du sein.
- Le mamelon et les pores du mamelon, par où le lait s'écoule.

Rôle des hormones de la lactation

La production de lait maternel dépend à la fois de niveaux suffisants d'hormones chez la mère et de l'écoulement adéquat du lait. Les premières étapes de la production du lait sont contrôlées par les hormones.

- Lors de l'accouchement, avec l'expulsion du placenta, le taux d'oestrogènes et de progestérone chute brusquement. Ce changement hormonal provoque la sécrétion de prolactine.
- Le stimulus le plus efficace pour la sécrétion continue de la prolactine est la succion du nouveau-né.
- Lorsque le mamelon et l'aréole sont stimulés par la succion, des impulsions nerveuses sont transmises à la région hypothalamique du cerveau, qui stimule à son tour l'hypophyse pour qu'elle sécrète de la prolactine et de l'ocytocine.
- Ces deux hormones, par voie sanguine, rejoignent le sein et mettent en route le processus synchronisé de la fabrication et de l'éjection du lait.

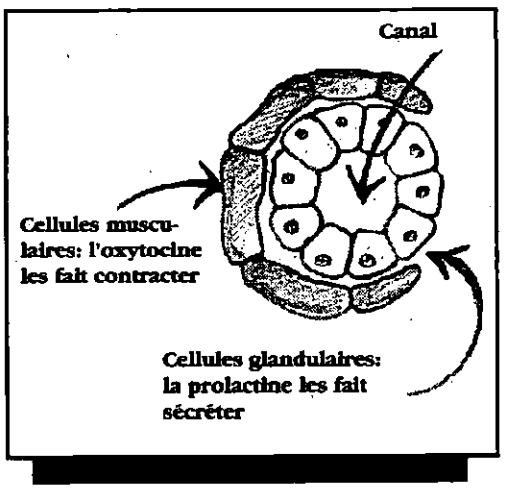
PROLACTINE

- La prolactine est responsable de **la production** de lait dans les alvéoles.
- Elle semble avoir un effet calmant.
- Le niveau de prolactine doit rester élevé, particulièrement au début de la période de lactation, afin que les alvéoles produisent du lait. Le niveau de prolactine augmente lorsque le bébé tète.

- Pour que la production de lait se poursuive, il est essentiel de faire sortir le lait du sein. Ainsi, même avec un niveau de prolactine élevé, si le bébé tète inefficacement et que le lait ne s'écoule pas, les seins en sécréteront moins.

OCYTOCINE

- L'ocytocine est responsable de l'**éjection** du lait.
- L'ocytocine fait contracter les cellules qui entourent les alvéoles. Le lait est éjecté par les canaux jusqu'aux sinus galactophores où le bébé peut l'exprimer.
- Ce processus est appelé réflexe d'éjection du lait ou réflexe oxytocique. Il peut survenir dès que la mère met son bébé au sein ou après une à plusieurs minutes de tétée. Il survient également lorsque la mère pense à son bébé.
- Dans les jours qui suivent l'accouchement, lorsque le lait est éjecté, la mère peut ressentir des contractions utérines, une soif soudaine et une sensation de détente pouvant aller jusqu'à la somnolence.



- Lors de l'éjection du lait, le rythme de la tétée du bébé change : de rapide, il devient régulier, profond, lent (approximativement un mouvement de tétée par seconde).

***Note** : Le réflexe d'éjection est indépendant de la conscience et de la volonté. Par ailleurs, il est sensible à l'état émotionnel de la mère. Plus les émotions de la mère sont intenses, plus il y a de risques de bloquer le flux d'éjection. **Plus la mère est calme, paisible, plus elle a de chances de voir jaillir son lait.** Dans ces conditions, il est important de favoriser le calme et l'intimité lors de la mise en route de l'allaitement, d'éviter les situations et les remarques gênantes, et ce, particulièrement durant les premiers jours et les premières semaines d'allaitement. Comme pour toutes les autres régulations hypothalamiques, la fonction de l'allaitement s'organise ensuite en quelques semaines pour être moins dépendante des émotions*[16].

La réussite de l'allaitement dépend en grande partie d'une production de lait adéquate. Or, celle-ci repose sur le principe de l'offre et de la demande. Plus le bébé tète efficacement, plus la production de lait est abondante.

Les facteurs qui nuisent à la production de lait compromettent ainsi la réussite de l'allaitement. Ce sont :

- l'allaitement maternel limité ou retardé;
- l'utilisation d'autres liquides pour remplacer une ou des tétées;
- une succion inefficace du bébé.

Colostrum et lait maternel

COLOSTRUM

- Le lait des premiers jours, le colostrum, est un liquide épais, de couleur claire ou jaunâtre.
- Le colostrum est sécrété en quantité limitée (de 2 à 10 ml par tétée) jusqu'à ce que la production de lait augmente, habituellement durant les 2 ou 3 premiers jours suivant la naissance.
- Le colostrum constitue le premier aliment idéal pour le nouveau-né. Il est riche en protéines, a une faible teneur en gras et en hydrates de carbone et il est facile à digérer.
- Le colostrum a un effet laxatif qui aide à expulser le méconium, contribuant ainsi à prévenir l'ictère.
- Le colostrum contient une forte concentration d'anticorps qui contribuent à l'immunité du nourrisson. Les immunoglobulines qu'il contient protègent le bébé contre les infections. Il est la première immunisation du bébé contre de nombreux virus et bactéries.
- Le colostrum répond à tous les besoins d'un nouveau-né en santé.

LAIT MATERNEL MATURE

- Le lait qui arrive avec la montée laiteuse est plus fluide, d'un blanc bleuté ou jaunâtre, presque transparent.

> **Note :** *La montée laiteuse se produit habituellement vers le 3e ou le 4e jour après la naissance. Les seins augmentent alors de volume et peuvent devenir tendus et gonflés : c'est l'arrivée du lait. Les tétées précoces (dès la naissance) et régulières (de jour et de nuit, à l'hôpital comme à la maison) réduiront l'inconfort lié à la montée laiteuse.*

- Le lait maternel change de texture et de composition durant la tétée. Le lait produit en début de tétée est plus aqueux et sucré, moins riche en protéines et en graisses. Il étanche d'abord la soif, car il contient beaucoup d'eau. Le lait produit par la suite est plus riche en protéines et en gras pour satisfaire la faim de l'enfant.
- Il est important que le bébé reçoive ces deux laits (du début et de la fin).

Ce chapitre a été élaboré à partir des ouvrages suivants.

Dionne, S. *Allaitement maternel et santé de l'enfant.* 81 p., 1994. Adaptation presque intégrale d'une partie du guide : *Conduite pratique et encouragement de l'allaitement maternel dans un hôpital «Ami des bébés». Formation de 18 heures destinée au personnel des maternités.* UNICEF - OMS, 1993.

Direction des soins infirmiers, Hôpital Saint-Luc. *Formation allaitement maternel. Module I : Principe de base.* 31 p., 1993.

Lawrence, R.A.. *Breastfeeding : A guide for the medical profession.* 3rd ed. St-Louis : Mosby, 652 p., 1989.

Milligan, L. et al. *Lignes directrices sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants de soins de santé.* Ottawa : Institut canadien de la santé infantile, 137 p., 1993.

Mohrbacher, N. et J. Stock. *The breastfeeding answer book.* Franklin Park : La Leche League International, 455 p., 1993.

2 - Les bienfaits de l'allaitement maternel

L'allaitement maternel constitue le mode d'alimentation privilégié pour le bébé durant sa première année de vie[44].

Il existe sans contredit de nombreux bienfaits à l'allaitement maternel, tant sur les plans physiologique, nutritionnel, psychologique qu'immunitaire, et ce, autant pour la mère que pour le bébé.

Bienfaits pour le bébé

POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE ET NUTRITIONNEL

Le lait maternel s'adapte aux besoins de l'enfant[27].

- Le lait des premiers jours, le colostrum, est riche en protéines, vitamines et minéraux. Il nourrit parfaitement l'enfant.
- Le colostrum et le lait maternel sont adaptés à l'âge de gestation du nouveau-né. Ainsi, le lait d'une mère ayant accouché prématurément est plus riche en protéines, en immunoglobulines et en lactoferrine, ce qui le rend mieux adapté aux besoins du bébé né avant terme.
- La composition du lait maternel change au cours de la tétée. Elle change également selon le moment de la journée, la durée de la tétée, les besoins du bébé et les maladies auxquelles la mère a pu être exposée. Elle change ensuite légèrement au cours des semaines et des mois pour s'adapter aux étapes de croissance du nourrisson.
- Le lait de chaque mère est particulier et bien adapté aux besoins de son bébé.

La composition nutritionnelle du lait maternel correspond tout à fait aux besoins du nourrisson[44]. Tous les éléments nutritifs nécessaires à la croissance et au développement optimal de l'enfant s'y trouvent en quantité suffisante et sous une forme facilement disponible[14,27,33,35,49].

- Les protéines, les glucides et les matières grasses sont faciles à digérer et sont bien absorbés puis utilisés par le nouveau-né. Très bien absorbé, le lait maternel laisse peu de résidus.
- Les enzymes digestives contenues dans le lait maternel facilitent la digestion et l'utilisation des éléments nutritifs qu'il renferme.
- La faible teneur en électrolytes et, par le fait même, la moindre charge rénale évitent un surcroît de travail aux reins encore immatures du nouveau-né.
- La biodisponibilité de certains éléments nutritifs (fer, calcium, zinc), c'est-à-dire leur efficacité biologique dans l'organisme, est élevée dans le lait maternel.
- La proportion adéquate d'acides aminés et d'acides gras polyinsaturés à longue chaîne, la teneur en lactose et la présence de cholestérol favorisent le développement optimal du cerveau et du système nerveux central.

Le lait maternel répond naturellement et parfaitement aux besoins de l'enfant, compte tenu de son immaturité digestive, organique et immunitaire. Pendant les 6 premiers mois, la majorité des bébés allaités n'ont besoin d'aucun autre aliment pour assurer leur croissance et leur développement. Par la suite, la lait maternel reste toujours le meilleur choix pour le nourrisson qui mange aussi des aliments solides.

PLANS IMMUNOLOGIQUE, ANTI-INFECTIEUX ET ANTI-ALLERGIQUE

L'enfant qui reçoit le lait de sa mère pendant une durée d'au moins 3 mois est protégé de plusieurs maladies[24]. Dans de telles conditions, l'effet protecteur du lait humain persiste jusqu'à l'âge d'un an, donc bien au-delà de la période d'allaitement. Ainsi, les bébés allaités sont proportionnellement moins nombreux que les bébés nourris artificiellement à souffrir de diarrhées, d'infections gastro-intestinales et d'infections des voies respiratoires[5,11,15,21,49]. Ils font moins de rhumes, d'otites, moins de méningites et moins d'anémie. Il en résulte un taux moindre de consultations médicales et d'hospitalisations parmi les bébés nourris au sein. Par ailleurs, s'il arrive que les bébés allaités soient atteints par ces maladies, leur gravité est de moindre importance et leurs conséquences, moins sérieuses[44].

- Le lait de chaque mère contient des **anticorps** qui protègent son bébé contre les maladies auxquelles elle est exposée. Ainsi, les nourrissons allaités ont une protection immunitaire accrue contre les infections.
- Le lait maternel contient une diversité de substances (immunoglobulines, lysozyme, leucocytes, agents anti-inflammatoires, facteurs bifidus) qui protègent l'enfant contre les infections :
  - en tapissant les muqueuses du tube digestif et de l'appareil respiratoire, les protégeant ainsi contre les organismes pathogènes;
  - en stimulant le développement de la flore intestinale;
  - en empêchant la croissance des micro-organismes nuisibles ou en les détruisant.

L'allaitement maternel constitue également une **protection efficace contre les allergies** chez les nourrissons provenant de familles à haut risque[11,42,49].

- Les immunoglobulines contenues dans le lait maternel protègent l'intestin du nourrisson contre l'absorption de macromolécules, réduisant ainsi l'incidence d'eczéma, de l'asthme et des allergies alimentaires.
- Le tractus gastro-intestinal d'un bébé nourri au sein se développe plus rapidement, empêchant les protéines étrangères de traverser la barrière gastro-intestinale.
- La présence, dans le lait maternel, d'éléments nutritifs comme le zinc et les acides gras polyinsaturés à longue chaîne favorisent le développement de la réponse immunitaire du bébé.

Attention : il faut noter que chez les bébés à risque élevé d'allergies, le fait de donner un seul biberon de lait artificiel augmente les risques de sensibilisation[49].

Le lait maternel permet aussi d'autres protections à plus long terme.

- La fréquence du syndrome de mort subite du nourrisson est moins importante chez les bébés nourris au sein que chez les bébés nourris artificiellement[11].

- L'incidence de diabète infantile, de cancer, de colite ulcéreuse et de maladie de Crohn est moins importante parmi les individus qui ont déjà été allaités[11,19,25].
- La succion fait faire de l'exercice au bébé, ce qui favorise un bon développement de la mâchoire et de la structure faciale[14,28].
- Le développement neurologique peut être meilleur chez les bébés nourris au sein[26].

POINT DE VUE PSYCHOLOGIQUE ET SENSORIEL

- L'allaitement maternel répond aux besoins de chaleur, de nourriture, de succion et de contact physique du bébé.
- L'allaitement procure une période de stimulation sensorielle intense pour le nouveau-né. En effet, la vue, le toucher, l'ouïe, le goût et l'odorat sont stimulés à chaque tétée.
- Il comble également les besoins d'amour, de sécurité et de réconfort du bébé.

Bienfaits pour la mère

PLANS PHYSIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

- L'allaitement maternel retarde le retour des menstruations. À certaines conditions, soit si l'allaitement est exclusif, ou presque, et tant que la mère n'a pas de saignement, il contribue à éviter une grossesse rapprochée (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée, annexe 2)[21,39]. Il constitue également un moyen de prévenir l'anémie.
- L'allaitement maternel semble réduire l'incidence d'ostéoporose et de cancer des ovaires et il diminue le risque de cancer du sein avant la ménopause[35,37].
- Par l'action de l'ocytocine, l'allaitement immédiatement après la naissance stimule les contractions de l'utérus et l'expulsion rapide du placenta, prévenant ainsi les pertes sanguines excessives. C'est par le même mécanisme que l'allaitement favorise l'involution utérine.
- L'allaitement favorise une perte de poids graduelle chez la mère.

POINT DE VUE PSYCHOLOGIQUE

- Les mères qui allaitent trouvent que l'allaitement maternel est une expérience naturelle et agréable. L'allaitement leur donne en plus du temps pour se détendre. Cela peut être dû au niveau de prolactine plus élevé.
- L'allaitement maternel permet un contact intime entre la mère et son bébé, favorisant ainsi l'établissement de liens d'attachement.
- L'allaitement donne un sentiment de confiance à la mère dans ses capacités de répondre aux besoins de son enfant avec son propre corps.
- La dépression *post-partum* est réduite chez les mères qui allaitent.

PLAN PRATIQUE

- Le lait maternel est économique : le coût d'un régime alimentaire équilibré pour la mère qui allaite est inférieur au coût du lait artificiel.
- La charge de travail que représente l'alimentation du bébé est réduite : il n'y a rien à acheter, il n'y a pas de biberons à préparer, à réfrigérer, à réchauffer, à laver et à stériliser.
- N'importe où, n'importe quand, le lait maternel est toujours prêt, toujours frais. La nuit comme le jour, en visite, en voyage, les tétées sont plus simples.
- Le lait maternel est écologique : il ne nécessite ni eau ni électricité pour la production, le transport, la stérilisation, la préparation et la conservation. Il ne produit ni boîte vide, ni carton, ni plastique.

3 - La préparation prénatale à l'allaitement maternel

L'allaitement maternel ne requiert aucune préparation prénatale particulière, si ce n'est d'en discuter, de s'informer et de s'entourer de personnes favorables à l'allaitement. La préparation la plus pertinente à recommander aux futures mères est de côtoyer des femmes qui allaitent et de les voir allaiter leur bébé. De même, on peut suggérer aux femmes enceintes de s'imaginer en train d'allaiter leur bébé. Sont-elles à l'aise avec cette idée?

Le soutien des intervenantes et intervenants des soins de santé en période prénatale est également d'une importance primordiale à la réussite de l'allaitement. Étant donné que la majorité des femmes choisissent le mode d'alimentation de leur bébé durant la grossesse, l'information qu'elles reçoivent pendant cette période est déterminante. Il est important que les femmes enceintes aient accès à une information juste et à jour concernant l'allaitement et connaissent les coordonnées des groupes d'entraide. Diverses expériences ont montré que les attitudes positives chez les intervenantes et intervenants qui donnent des soins prénatals influencent directement la décision d'allaiter[6,10,33,36,40,43].

Au cours de la période prénatale, les futures mères doivent aussi être renseignées sur l'importance de l'entourage. La femme enceinte motivée à allaiter devrait être encouragée à en parler à son conjoint, à lui demander de l'appuyer dans son choix. De même, les futurs pères, reconnus pour jouer un rôle déterminant quant à la décision d'allaiter et à la durée de l'allaitement, doivent être sensibilisés à l'importance de leur influence et être bien informés sur les façons de soutenir leur conjointe. Le couple peut ensuite trouver dans son entourage des personnes en faveur de l'allaitement qui l'encourageront et qui appuieront sa décision.

Il est également pertinent de proposer des ouvrages ou des vidéocassettes portant sur l'allaitement pour enrichir les connaissances des couples qui attendent un enfant (annexe 1).

Préparation des seins et des mamelons : précautions!

Il y a quelques années, la recommandation prénatale concernant l'allaitement consistait à préparer les seins. Il était suggéré de rouler les mamelons entre les doigts, de les frotter avec une débarbouillette de ratine, de les étirer, d'exprimer du colostrum...

Ces «exercices» de préparation à l'allaitement ne sont plus recommandés[32,33].

- D'abord, rien ne prouve que la préparation des mamelons en période prénatale prévienne la douleur après la naissance.
- En faisant ces exercices, on enlève le lubrifiant naturel et la kératine qui se trouvent dans les cellules superficielles de l'épiderme.
- La stimulation des mamelons (frotter, rouler, étirer) peut faire contracter l'utérus.
- L'expression de colostrum durant la grossesse peut occasionner une mastite «pré-partum».

Il est même prudent d'avertir les femmes de ne pas faire ces exercices.

De même, les femmes enceintes étaient invitées à « examiner » leurs seins pour vérifier si leurs mamelons étaient plats ou invaginés. Dans ce cas, des exercices et des appareils leur étaient recommandés pour faire saillir les mamelons. L'efficacité des exercices alors suggérés, les manoeuvres de Hoffman par exemple, n'est pas prouvée. Ils peuvent parfois s'avérer dangereux, notamment chez les femmes qui ont une histoire de travail prématuré ou de complications reliées au placenta[33].

Les boucliers (cupules) de Woolwich utilisés pour faire saillir les mamelons ont également vu leur efficacité remise en question[33]. De plus, il est arrivé que leur utilisation décourage les mères et provoque l'abandon précoce de l'allaitement[36].

Si le bébé est en mesure de bien prendre le sein, la plupart des mamelons plats ou invaginés ne posent pas de problèmes lors de l'allaitement (p. 45). Aussi, l'examen prénatal des mamelons est-il remis en question[36]. De même, bien que le port des boucliers soit encore conseillé à l'heure actuelle, les recommandations peuvent changer à mesure que les résultats d'autres études sont publiés[33]. Il en est ainsi pour les autres appareils à utiliser sur les seins (Niplette ou dispositif de protraction du mamelon).

Les femmes sont naturellement «équipées» pour allaiter. Pendant la grossesse et après l'accouchement, diverses transformations hormonales et physiques les préparent à allaiter.

Les exercices préparatoires et les appareils de toutes sortes, dont l'efficacité est de toute façon remise en question, incitent à penser que l'allaitement maternel est une pratique compliquée qui nécessite appareillage et techniques extravagantes. L'état actuel des connaissances nous incite à proposer, comme seule préparation prénatale des seins et des mamelons, les mêmes soins qui sont proposés lors de la période de l'allaitement (p. 33).

Rôle du père

De par leurs attitudes face à l'allaitement, leurs encouragements et leur soutien, **les pères jouent un rôle déterminant quant à la décision de leur conjointe d'allaiter et, ensuite, quant à la durée et à la poursuite de l'allaitement[19].** Les raisons pour lesquelles un père ou un futur père favorise l'allaitement sont variées : elles comprennent ses connaissances sur le sujet, son niveau de scolarité, ses antécédents familiaux et l'attitude de ses parents et amis face à l'allaitement.

Dans la société québécoise actuelle, peu de pères ont grandi dans un contexte où l'allaitement était présent. Ils sont rares à avoir côtoyé des femmes allaitantes durant leur enfance et leur adolescence. Même si les pères et les futurs pères sont nombreux à reconnaître que l'allaitement est ce qu'il y a de mieux pour le bébé, qu'il aide à assurer un lien étroit avec la mère et qu'il protège contre les maladies, plusieurs d'entre eux croient à tort que l'allaitement est mauvais pour les seins, qu'il en change l'apparence et qu'il nuit aux relations sexuelles. La majorité considèrent que l'allaitement maternel est inacceptable en public[17].

Une étude récente (Giugliani, 1994) a montré que les pères qui ont les meilleures connaissances concernant l'allaitement sont ceux dont un autre enfant a été allaité, ceux qui ont participé à des cours prénatals et ceux qui ont obtenu de l'information sur l'allaitement provenant du personnel des soins de santé. Selon les auteurs de l'étude, les interventions prénatales auprès des pères réussissent à améliorer leurs connaissances sur l'allaitement qui, si elles ne sont pas l'unique facteur associé au succès de l'allaitement, en sont une composante essentielle[20].

D'autre part, le soutien et l'aide que le père offre à la mère déterminent en partie le succès de l'allaitement. Or, les nouveaux pères ne sont pas nécessairement préparés pour ce nouveau rôle. Au contraire, les pères disent se sentir plutôt incompétents et inutiles auprès de leur nouveau-né et de leur conjointe. Ils ne voient pas de quelle façon ils peuvent soutenir la mère qui allaite. De plus, certains peuvent avoir l'impression d'être délaissés et éprouver de la jalousie à l'égard de l'enfant. Dans ce cas, ils sont préoccupés de préserver leur place auprès de leur conjointe et sont peu disponibles pour s'occuper de l'enfant.

Il est donc important, tout au long de la grossesse jusqu'en période postnatale, d'informer les couples et **de faire participer** les pères à toutes les étapes du processus. Il faut encourager ceux-ci à jouer un rôle actif auprès de leur conjointe et à développer une intimité, un lien d'attachement avec leur enfant. Dès la période prénatale, il importe de rendre les pères conscients de leur influence déterminante quant au succès de l'allaitement. La participation du père aux cours sur l'allaitement maternel peut l'aider à apaiser ses préoccupations et le préparer à soutenir la mère qui allaite.

Il semble, par ailleurs, que la confiance de la mère envers son conjoint influence son acceptation à lui confier les soins de l'enfant. Aussi, en période postnatale, l'enseignement pratique des soins à prodiguer à l'enfant devrait autant que possible être donné aux deux parents. De cette façon, les deux développent ensemble une expertise pratique. L'exercice permet au père d'avoir confiance en ses capacités et de prendre la relève de sa conjointe.

Pendant la période d'allaitement, le père peut jouer un rôle actif et positif. Par sa présence, son soutien et son encouragement, il facilite et favorise l'allaitement. On peut lui proposer :

- de prendre régulièrement le bébé dès la naissance, de le cajoler, le bercer, lui parler, le consoler. Toutes les situations qui favorisent le contact physique, l'interaction et la proximité entre le père et son enfant favorisent également l'établissement des liens d'attachement entre eux;
- de faciliter l'allaitement sur le plan pratique en amenant le bébé à la mère, en le changeant de couche, en lui faisant faire ses rots, en le remettant au lit;
- de s'occuper des autres enfants pendant l'allaitement et durant les périodes de repos de la mère;
- de participer activement aux soins du bébé et des autres enfants (bain, repas, visites médicales ou chez le dentiste ...);
- d'établir un équilibre entre les activités professionnelles et familiales;
- d'accepter que la priorité aille au succès de l'allaitement plutôt qu'au ménage ou aux réceptions;
- de soutenir et d'encourager sa conjointe dans les périodes difficiles d'allaitement.

Rôle de la famille et des amis

Les membres de la famille et les amis peuvent jouer un rôle important auprès de la mère allaitante et de son conjoint. Plus la mère est soutenue dans sa décision d'allaiter, plus ses chances de réussir sont grandes. Le fait que la mère soit entourée de gens compréhensifs et tolérants qui appuient l'allaitement est donc un atout important.

Dès la période prénatale, les futurs parents doivent être encouragés à trouver des personnes significatives qu'ils peuvent consulter en cas de besoin : ce peut être une mère, une belle-mère, une soeur ou une amie qui ont allaité avec succès.

La période des premiers jours et des premières semaines après la naissance du bébé fait vivre d'intenses émotions et une adaptation aux nouveaux parents. La famille et les amis qui les entourent se doivent de faciliter l'émergence de leurs nouveaux rôles. Afin de les aider à prendre soin de leur bébé, il est toujours bienvenu d'offrir de l'aide pour les tâches ménagères et les repas, tout en respectant l'intimité de la nouvelle famille. Il faut savoir se retirer et laisser les parents développer leurs habiletés à prendre soin de leur bébé.

Pour ce qui est de l'allaitement, nul doute que la famille et les amis peuvent jouer un rôle important. Les uns en encourageant la mère, les autres en partageant avec elle les trucs pour faciliter l'allaitement. Il s'agit de redonner à l'allaitement son aspect naturel, pas compliqué, presque instinctif pour la femme qui vient d'accoucher. Dans les pays où l'allaitement est la norme, on ne met jamais en doute la capacité de la mère à allaiter.

Il faut, par ailleurs, sensibiliser les parents à la possibilité de remarques négatives de la part des proches concernant l'allaitement maternel, à la possibilité de réflexions et de propos pour dissuader la mère de commencer ou de continuer à

allaiter. Les connaissances et les perceptions de certaines personnes sont «qu'un bébé allaité n'est pas nourri suffisamment», «que la mère n'a pas assez de lait», «que le lait n'est pas assez riche». Les parents doivent être prêts à entendre de telles remarques, à y faire face et à y répondre. Ils doivent être confiants et se faire confiance.

On recommande alors aux nouveaux parents de s'informer et de se documenter sur l'allaitement maternel, de s'entourer de personnes favorables à l'allaitement et d'avoir sous la main les noms et les numéros de téléphone des personnes qui peuvent les aider et les rassurer en cas de besoin.

Rôle des organismes de soutien et d'entraide

Bien que l'allaitement soit une fonction physiologique, sa pratique est strictement culturelle et s'apprend au contact de femmes qui ont vécu cette expérience. Auparavant, l'information et le soutien entourant l'allaitement maternel étaient transmis de mère en fille, de génération en génération. L'allaitement allait de soi: on tenait pour acquis qu'il y aurait du lait, comme on tenait pour acquis que l'enfant marcherait en son temps.

Une coupure s'est manifestée dans la transmission de cette pratique. Près de deux générations de femmes n'ont pas allaité et ne peuvent ainsi transmettre à leurs filles les éléments d'information essentiels à la réussite de l'allaitement. Les organismes et les groupes d'entraide à l'allaitement sont nés afin de combler ce manque d'information et de soutien. Il en existe plusieurs au Québec, dont la Ligue La Leche, Entraide Naturo-Lait, Mamie-Lait, Nourri-Source. En Estrie, la Ligue La Leche est le principal organisme voué à la promotion et au soutien de l'allaitement.

LIGUE LA LECHE

La Ligue La Leche (il faut prononcer « létché », qui veut dire lait en espagnol) est un organisme sans but lucratif dont l'objectif est de promouvoir l'allaitement maternel en offrant information, soutien et aide aux mères qui désirent allaiter leur bébé.

Historique

- La Ligue La Leche a été fondée aux États-Unis en 1956 par 7 mères.
- Elle existe maintenant dans plus de 45 pays.
- Elle est reconnue par l'Organisation mondiale de la santé et par l'UNICEF comme étant l'autorité internationale en matière d'allaitement.
- Au Québec, la Ligue existe depuis 1960 et compte plus de 130 monitrices accréditées.

Rôle des monitrices

- Elles sont des mères qui ont allaité leurs enfants et qui ont été accréditées en raison de leur expérience et de leur formation.
- Elles s'engagent bénévolement pour renseigner, encourager et aider les mères qui désirent allaiter leur bébé.

Services offerts aux parents et futurs parents

- Aide téléphonique 24 heures par jour, 7 jours par semaine.
- Réunions d'information offertes gratuitement tous les mois :
  - Ces réunions se veulent une occasion privilégiée pour permettre l'échange entre les mères et pour transmettre l'information et le soutien si important pour la poursuite de l'allaitement.
  - Les mères qui allaitent, quelle que soit la durée prévue de l'allaitement, les femmes enceintes et les pères viennent y partager les joies et les difficultés de l'allaitement et du maternage. L'ambiance y est chaleureuse et les bébés y sont les bienvenus.
  - Les thèmes abordés lors de ces réunions sont variés : les avantages de l'allaitement maternel, la naissance et l'arrivée du bébé dans la famille, des trucs pour éviter les difficultés, l'alimentation et le sevrage.
- Documentation complète sur l'allaitement.
  - Service d'emprunt de livres sur la grossesse, l'accouchement, l'allaitement, les soins, l'alimentation et l'éducation des enfants.
  - Vente d'ouvrages de référence publiés par la Ligue.
- Location et vente de vidéocassettes sur l'allaitement.
- Vente et location de matériel divers pour l'allaitement (annexe 1).

Les parents et les futurs parents peuvent devenir membres de la Ligue La Leche et recevoir la revue ***La Voie Lactée***.

Collaboration avec le personnel des soins de santé

La Ligue La Leche collabore également avec le personnel des soins de santé.

- Elle organise chaque année un symposium, un congrès pour ses membres, de même que des ateliers de perfectionnement sur l'allaitement maternel.
- Elle sert de ressource auprès des professionnels de la santé. Des agentes de liaison auprès des professionnels de la santé (ALPS) sont en effet à leur disposition pour répondre à leurs questions. On peut obtenir leur numéro de téléphone en s'adressant à une monitrice de la Ligue.

Coordonnées

On peut joindre une monitrice de la Ligue La Leche en tout temps.

- À Sherbrooke : (819) 823-7344
- À Québec : (418) 653-2349
- À Montréal : (514) La Leche (525-3243)

Dans le contexte actuel, où le séjour hospitalier à la suite d'un accouchement tend à raccourcir, où le retour à la maison est accéléré et où la visite postnatale systématique est supprimée dans plusieurs régions, il est essentiel d'encourager les mères à consulter les groupes d'entraide à l'allaitement, tel la Ligue La Leche. Il est important d'inciter les femmes à y faire appel si elles ont des questions, des craintes, des doutes, si elles sont inquiètes, si elles éprouvent des difficultés lors de l'allaitement ou, tout simplement, si elles désirent partager leur expérience.

5 - La mise en route de l'allaitement

Première tétée

La mère doit être encouragée à offrir le sein au bébé dans la demi-heure qui suit la naissance[12].

La majorité des bébés nés à terme ont une période d'éveil marqué peu après la naissance. Le réflexe de succion et de recherche du sein est particulièrement développé au cours de cette période. Si on laisse passer ce moment privilégié, le réflexe de succion peut être plus faible par la suite. Après une heure ou deux, plusieurs nouveau-nés plongent en effet dans un profond sommeil et il peut être difficile de les réveiller pour la tétée.

Une première tétée précoce a plusieurs avantages.

- Elle contribue à donner confiance à la mère et à laisser une impression favorable au bébé, puisque l'allaitement est souvent une réussite à ce moment-là.
- Elle favorise l'attachement entre la mère et son enfant, puisque le lien affectif entre la mère et son bébé est particulièrement fort au cours des premières heures après la naissance.
- Elle contribue à prévenir l'hypoglycémie chez les nouveau-nés, particulièrement chez les gros bébés.
- Elle stimule la sécrétion d'ocytocine qui favorise la contraction de l'utérus et contribue à prévenir l'hémorragie.
- Le colostrum a un effet laxatif qui aide à expulser le méconium et à prévenir la jaunisse.

Le fait de retarder la première tétée peut nuire à la poursuite de l'allaitement.

> ***Note :*** *Il arrive que le bébé n'accepte pas de boire tout de suite. Dans ce cas, il faut permettre au nouveau-né de rester au contact de la peau de sa mère jusqu'à ce qu'il soit prêt à téter (habituellement dans l'heure qui suit la naissance).*

Fréquence des tétées

Le nouveau-né devrait être allaité 8 à 12 fois par période de 24 heures, c'est-à-dire à peu près toutes les 2 ou 3 heures durant la journée et 1 à 2 fois la nuit[32].

- Les tétées fréquentes favorisent la production de lait et permettent un bon drainage des canaux lactifères.
- Elles favorisent l'éjection du lait et la production lactée, devenant ainsi un facteur de réussite de l'allaitement. Elles comptent donc parmi les éléments les plus importants dans la prévention de l'engorgement, de l'obstruction des canaux lactifères et des mastites.

- La fréquence des tétées varie d'un bébé à l'autre. En général, il est préférable de ne pas attendre que le bébé pleure pour l'allaiter. Le bébé peut être mis au sein dès qu'il commence à se réveiller : il s'étire, s'agite, porte les mains à sa bouche ou à son visage, tète, lèche ou fouille. D'autre part, il faut réveiller les bébés dormeurs et leur donner l'occasion de se nourrir au sein au moins 8 fois en 24 heures.

Au fur et à mesure que le bébé vieillira, il espacera progressivement ses boires.

Tétées de nuit

Au cours des premiers jours et des premières semaines de vie, il ne faut pas dépasser 5 heures entre 2 tétées, même la nuit[27,32].

- Les tétées de nuit sont importantes : elles contribuent à stimuler la production et l'éjection du lait et à assurer un gain pondéral adéquat chez le nourrisson.
- Le niveau de prolactine augmente lorsque le bébé tète, mais c'est la nuit que la sécrétion de prolactine en réponse à la tétée est la plus importante.
- Les tétées de nuit sont donc un facteur très important dans l'établissement de la montée laiteuse et de la production de lait.

Si on leur a expliqué le rôle des tétées de nuit dans l'établissement d'une bonne production lactée, la plupart des mères acceptent de se faire réveiller la nuit.

FAIRE SES NUITS

Au cours des premiers jours et des premières semaines de vie, il est normal que le bébé se réveille et réclame à boire aux 2 ou 3 heures, avec une période de sommeil plus longue, d'une durée de 4 ou 5 heures par période de 24 heures. Il n'est donc ni normal ni souhaitable que le bébé allaité « fasse ses nuits » (dorme 5 à 6 heures de suite la nuit) dès la sortie de l'hôpital ou au cours des premières semaines de vie. Il risquerait ainsi de ne pas obtenir suffisamment de lait pour assurer une croissance adéquate. La majorité des bébés ont besoin de boire la nuit, au moins jusqu'à l'âge de 4 ou 5 mois.

Durée des tétées

Il faut laisser le nourrisson au sein jusqu'à ce qu'il soit rassasié, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il arrête de téter, s'endorme ou se détache du sein. La durée de la tétée est très variable d'un bébé à l'autre : elle peut aller de 5 à 20 minutes par sein.

Il a été démontré que limiter la durée de succion ne prévient pas les douleurs aux mamelons[32].

- Le fait de ne pas limiter la durée des tétées permet un meilleur drainage des seins et, par le fait même, une meilleure production de lait. En outre, le bébé reçoit le lait de fin de tétée qui est plus riche en gras.
- Limiter la durée de l'allaitement ne tient aucun compte de la physiologie et de la biologie du réflexe d'éjection du lait.

Deux seins à chaque tétée

Pour stimuler la production de lait dans les deux seins, il faut encourager la mère à **présenter les deux seins à chaque boire.**

Attention! Il faut permettre au bébé de téter à satiété au premier sein. On peut ensuite lui faire passer un rot, puis lui offrir l'autre sein. Il se peut que le bébé s'y intéresse moins ou le refuse, d'où l'importance d'alterner d'un sein à l'autre. Il faut faire commencer la tétée suivante par le sein qui a été offert en dernier lors de la tétée précédente. C'est généralement le sein le plus gonflé.

Cohabitation

À moins de raisons médicales, **la mère et l'enfant devraient cohabiter 24 heures par jour**, dès la naissance.

- La cohabitation facilite grandement l'allaitement. En plus de favoriser des contacts fréquents et intenses, la cohabitation permet à la mère d'apprendre les signes indiquant que son bébé est prêt à boire et de l'allaiter sans délai.
- La majorité des bébés manifestent leur besoin d'être nourris bien avant de commencer à pleurer. S'ils ne sont pas allaités à ce moment-là, ils commencent à pleurer. Et plus longtemps ils pleurent, plus ils deviennent agités ou en colère et plus ils risquent de mal prendre le sein.
- La mère qui cohabite avec son petit peut l'allaiter dès les premiers signes, ce qui facilite la mise au sein et favorise la réussite de l'allaitement.
- La cohabitation permet à la mère de se familiariser avec les soins à donner à l'enfant, de se faire confiance plus rapidement, rendant le retour à la maison plus facile.

Préparations commerciales, eau, glucosé

Les bébés allaités devraient être nourris uniquement au sein.

- La pratique voulant que l'on donne un biberon d'eau ou de glucosé au nouveau-né allaité n'est ni utile ni souhaitable[32]. Comme cette pratique est nuisible à l'allaitement, elle doit être éliminée.
- L'introduction précoce de biberons dans l'alimentation des bébés allaités est un des facteurs reconnus pour compromettre la réussite de l'allaitement. Cette pratique est clairement associée à une diminution de la durée de l'allaitement[8].
- Sur le plan purement physiologique, l'allaitement exclusif est essentiel au cours des premières semaines pour permettre l'établissement de la production de lait. Le sein produit du lait en réponse à la demande de l'enfant dans une relation dynamique qui ajuste et équilibre la production de lait en fonction des besoins du nourrisson. Tout supplément nuit à cet équilibre. L'utilisation de biberons interfère dans la dynamique de l'offre et de la demande qu'est l'allaitement et peut amener divers problèmes, comme l'engorgement ou une production inadéquate de lait.
- L'introduction précoce de biberons risque de provoquer une confusion sein/tétine chez le bébé (p. 22) avec les problèmes qui s'ensuivent, comme le refus du sein ou la difficulté à prendre le sein.

- En encourageant l'utilisation du lait artificiel, on peut également miner la confiance de la mère. Elle pourrait croire qu'elle ne peut produire suffisamment de colostrum ou de lait pour répondre aux besoins de son bébé.
- Chez les enfants à risque élevé d'allergies, le fait de donner un seul biberon de lait artificiel au cours des premières journées de vie augmente les risques de sensibilisation[49].

Si, pour des raisons médicales, le nouveau-né allaité doit recevoir du lait artificiel ou tout autre complément, on devrait se servir d'une seringue, d'une tasse (annexe 4) d'un compte-goutte, d'une cuillère ou d'un dispositif d'aide à l'allaitement (annexe 5) pour le lui donner.

Si la mère prévoit donner un biberon à l'occasion, elle doit être encouragée à attendre 4 à 6 semaines après la naissance de l'enfant pour le faire, c'est-à-dire après que la production de lait est bien établie.

ALLAITEMENT MIXTE OU EXCLUSIF?

La notion de biberon « occasionnel » semble pleine de bon sens et elle est attrayante pour plusieurs parents. On en fait la promotion sous prétexte que le père (ou d'autres membres de la famille) peut être mis à contribution en donnant un biberon au bébé et qu'elle permet à la mère de se reposer. On ne dit évidemment pas qu'elle peut compromettre le succès de l'allaitement et qu'elle est associée à l'abandon précoce de l'allaitement maternel. Les problèmes occasionnés par l'utilisation du biberon sont souvent méconnus des parents. Il est important de leur en faire part : problèmes dans l'établissement de la production lactée, possibilité de confusion sein/tétine, refus du sein ou difficulté à prendre le sein.

Par ailleurs, le père, les autres membres de la famille et les amis peuvent être utiles à bien d'autres choses que donner un biberon (p. 15 - 16). Ensuite, l'allaitement peut constituer pour la mère la seule occasion de s'asseoir, de relaxer, de se retirer avec son bébé et de délaisser, pour un moment, ses autres responsabilités.

Après que la lactation est bien établie (4 à 6 semaines), plusieurs mères sont capables de maintenir leur production de lait en utilisant l'allaitement « mixte », mais il y a toujours un risque que le biberon prenne rapidement le dessus, ce qui survient dans la plupart des cas.

CONFUSION SEIN/TÉTINE

Un nouveau-né devient confus parce que les mouvements de sa langue, de ses mâchoires et de sa bouche sont différents selon qu'il tète au sein ou qu'il utilise un biberon. Pendant la tétée, la langue et les mâchoires du bébé doivent travailler ensemble. Lorsque le bébé prend le sein, sa langue entoure le bout du sein et dans un mouvement rythmé, le presse contre son palais. Le bébé obtient son lait par ce processus de compression et par l'expulsion active du lait.

Lorsqu'un bébé allaité essaie de boire au biberon de la même façon qu'il le fait au sein, il reçoit immédiatement un flot de lait. Celui-ci s'écoule rapidement du biberon, il n'y a pas d'attente pour le réflexe d'éjection, le bébé obtient une satisfaction instantanée, sans effort de sa part.

Le bébé qui reçoit un biberon peut perdre le réflexe de téter efficacement : il peut en venir à compter sur l'écoulement par simple succion ou grâce à la pesanteur. Le nourrisson peut ainsi développer des mouvements nuisibles à l'allaitement maternel ou pire encore, refuser le sein[46].

Chez certains bébés, il faudra une semaine de biberons avant qu'ils confondent sein et tétine; chez d'autres, un ou deux biberons seulement suffisent à engendrer le problème.

Le dépliant « Confusion sein-tétine : Comment surmonter et éviter ce problème » (feuillet d'information # 32FRC, Ligue internationale La Leche) traite des manifestations de la confusion et des façons de la prévenir et de la corriger.

SUCETTE

Après avoir pris une sucette (une suce), certains bébés allaités peuvent éprouver des difficultés à téter, voire se désintéresser du sein. Aussi, il est recommandé d'éviter les sucettes pour les bébés nourris au sein, à tout le moins pendant les premières semaines de vie[46].

Rots

Il faut faire éructer le bébé au besoin.

Lorsqu'ils sont en bonne position, certains bébés allaités avalent très peu d'air et n'ont pas besoin de faire de rots. C'est toutefois une bonne idée de faire éructer le bébé avant de lui donner l'autre sein et à la fin de la tétée. Si le bébé avale de l'air, les rots aideront à réduire le ballonnement et les malaises. Souvent, il suffit de changer la position du bébé pour le faire éructer.

Observation d'une tétée

L'observation d'une tétée permet au personnel des soins de santé de vérifier si les indices de succès de l'allaitement maternel sont présents, mais surtout, de déterminer les difficultés que peut avoir une mère et de lui donner les conseils appropriés.

POSITION DE LA MÈRE

La mère doit trouver une position où elle se sent bien. Son dos, ses pieds et ses bras doivent être soutenus de façon à ce qu'elle ne ressente aucune tension. Pour la position assise, elle doit choisir un siège doté d'accoudoirs ou appuyer ses bras sur des coussins ou des oreillers.

POSITION DU BÉBÉ

Plusieurs auteurs ont observé une relation entre les douleurs aux mamelons et un mauvais positionnement de l'enfant au sein. Une bonne position du bébé favorise une bonne prise du sein et prévient les dommages aux mamelons.

- La mère doit prendre le bébé de façon à ce qu'il soit supporté au niveau du sein.
- Tout le corps du bébé fait face à la mère et est contre elle. Le bébé ne doit pas avoir à tourner la tête vers le sein.
- Le bébé est amené vers la mère. Il n'exerce aucune traction sur le mamelon.
- L'oreille du bébé, son épaule et sa hanche forment une ligne droite.
- Le menton du bébé touche le sein.

La tête du bébé repose sur l'avant-bras de la mère, juste en face du sein.

FAÇON DONT LE BÉBÉ PREND LE SEIN

Pour favoriser un apport adéquat de lait, stimuler la sécrétion lactée et assurer le confort des seins, il est important que le bébé prenne correctement le sein. Pour y parvenir, il faut encourager la mère à :

- stimuler d'abord les lèvres du bébé avec le mamelon, dans un mouvement de bas en haut, pour susciter le réflexe de recherche du sein (réflexe de fouissement);
- attendre que le bébé ait la bouche grande ouverte (comme s'il allait bailler) et approcher sa bouche du sein. Plus la bouche du bébé est grande ouverte, plus il est facile pour la mère de positionner son bébé de façon à ce qu'il prenne correctement le sein.

Au début, quelques pratiques sont parfois nécessaires avant que les gestes de la mère et ceux du bébé soient coordonnés. Il est possible qu'au cours des premiers essais, le bébé referme la bouche avant que la mère ait eu le temps de le rapprocher du sein ou qu'il prenne quelques minutes avant d'ouvrir la bouche suffisamment grande pour saisir une grande partie de l'aréole. La mère ne doit pas s'en faire : le bébé peut être endormi ou ne pas avoir très faim. Il faut encourager la mère à répéter calmement les mêmes gestes pour stimuler son bébé à ouvrir grand la bouche.

Signes que le bébé prend correctement le sein :

- La bouche du bébé est grande ouverte;
- le menton du bébé touche le sein;
- une grande partie de l'aréole est couverte par la bouche et les lèvres du bébé;
- la lèvre inférieure du bébé est repliée vers l'extérieur et peut dépasser légèrement l'aréole pour empiéter sur le sein;
- la langue du bébé est placée sous le mamelon;
- le sein ne bouge pas;
- on voit bouger les mâchoires et les tempes du bébé quand il commence à téter et à avaler;

- il tète de façon rythmique, c'est-à-dire qu'il tète quelques coups, puis avale et recommence;
- on l'entend avaler.

L'allaitement maternel ne devrait pas être douloureux. La mère peut ressentir un peu d'inconfort quand le bébé prend le sein (sensation d'étirement au niveau du sein), inconfort qui devrait disparaître durant la tétée. Si la mère éprouve de la douleur, elle devrait retirer l'enfant du sein et recommencer depuis le début.

Note : Pour retirer le bébé du sein, introduire délicatement un doigt dans le coin de sa bouche pour briser la succion.

Soutenir le sein?

Il n'est pas nécessaire de soutenir le sein pendant la tétée. Toutefois, si la mère le souhaite, enseignez-lui à soutenir **tout le sein**, avec sa main placée en C majuscule, et non juste le mamelon entre ses doigts. Cette position peut aider le bébé à mieux prendre le sein durant les premiers jours ou plus longtemps, particulièrement si les seins sont gros, si les mamelons sont plats ou si le bébé ne tète pas vigoureusement.

Reconnaître une succion efficace

La mère doit être informée sur la façon de reconnaître une succion adéquate, qui nourrit efficacement le bébé. La durée de la tétée n'est pas un indice que l'enfant obtient suffisamment de lait. La mère doit entendre son bébé avaler et sentir que ses seins sont plus souples, moins pleins, après la tétée. Elle peut également ressentir les signes de l'éjection du lait (picotement dans les seins après une ou quelques minutes de succion, écoulement de lait au sein opposé)[30].

Lorsque la succion n'est pas efficace, la production de lait est inadéquate, ce qui entraîne un apport insuffisant de lait chez le bébé.

Téter...et respirer

Certaines mères s'inquiètent de la respiration du bébé pendant l'allaitement. Pour s'assurer que le bébé respire bien, orienter son corps de telle sorte que son menton, son ventre et ses genoux sont en contact avec la mère. Si le bébé respire bruyamment, il faut ramener ses fesses et ses jambes tout contre le corps de la mère, de manière à bien dégager son nez.

Il n'est pas nécessaire de faire pression sur le sein pour dégager le nez du bébé. Cette façon de faire peut causer de la douleur au mamelon ou bloquer les canaux lactifères.

LES DIVERSES POSITIONS POUR ALLAITER

La mère doit être invitée à varier les positions d'allaitement.

Le but du changement de position est d'encourager la distribution de la pression exercée par l'enfant sur l'aréole plutôt que de la laisser s'exercer sur une région seulement[12]. Il stimule toutes les zones du sein et facilite le drainage de tous les canaux.

Dans toutes les positions suggérées, il est important que le bébé soit supporté à la hauteur du sein, que son menton touche le sein et que son oreille, son épaule et sa hanche forment une ligne droite.

Position traditionnelle (la madone)

- La mère est assise; le dos, les bras et les pieds bien supportés par des coussins ou des oreillers.
- La tête du bébé est appuyée sur l'avant-bras de la mère, juste en face du sein.
- Un ou deux oreillers peuvent être placés sur les cuisses de la mère pour supporter le bébé.
- L'enfant est sur le côté et son ventre touche celui de la mère.
- Son bras peut entourer la taille de la mère.

Position de la madone inversée

- La mère est assise.
- Le bébé est sur le côté, son corps faisant face à celui de la mère.
- Le corps du bébé est supporté par l'avant-bras du côté inverse à celui du sein offert. Pour éviter les douleurs dans le dos et les épaules, la mère peut appuyer l'avant-bras sur un ou deux oreillers posés sur ses cuisses.
- La tête du bébé est délicatement soutenue par la main de la mère.

Cette position est utile pour les mères dont les seins sont volumineux, pour les bébés qui prennent difficilement le sein ou qui s'enlèvent du sein et pour les bébés de petit poids à la naissance.

Position football

- La mère est assise.
- Le corps du bébé repose sur le côté du sein offert, les pieds vers l'arrière.
- Son dos et sa tête sont soutenus par la main et l'avant-bras du même côté.
- Un oreiller est utile pour supporter l'avant-bras de la mère, les fesses et le dos du bébé.

Cette position est utile pour les femmes qui ont des seins volumineux, celles qui ont des mamelons plats et celles qui ont accouché par césarienne ou de jumeaux.

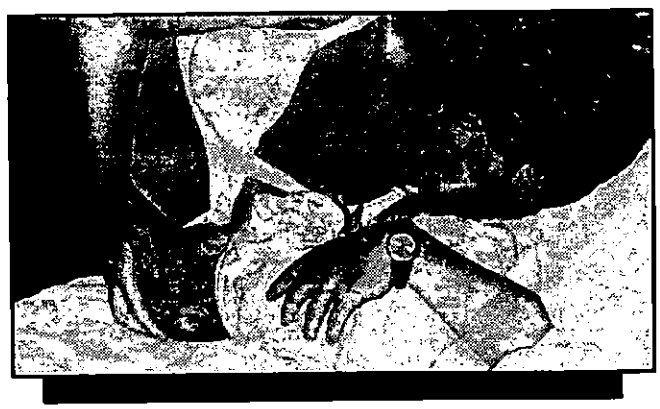
Position couchée 1

- La mère et le bébé sont couchés sur le côté et se font face.
- Des oreillers sont placés dans leur dos.
- La tête du bébé repose sur le bras de la mère ou sur le lit, selon le confort recherché.
- Pour dégager le nez du bébé, il faut rapprocher ses fesses vers la mère.
- Le bébé est allaité au sein qui touche le lit.
- Pour donner l'autre sein, la mère peut soulever le corps du bébé en le posant sur un oreiller ou se tourner de l'autre côté.

Position couchée 2

- La mère est couchée sur le côté.
- La tête et le corps du bébé reposent sur un oreiller; les pieds sont orientés vers la tête de la mère.

Les positions couchées sont utiles la nuit ou après une césarienne.



Position football modifiée

- Cette position diffère de la position football traditionnelle, en ce sens que le bébé est davantage assis que couché.
- La mère est assise.
- Le bébé est assis face à la mère, les pieds orientés vers le côté ou vers l'arrière, la bouche à la hauteur du sein offert.
- Un ou deux oreillers peuvent être placés sur les cuisses de la mère pour supporter le bébé.

Cette position est utile pour les bébés qui ont une fissure labio-palatine ou pour les bébés qui ont tendance à s'étouffer (réflexe d'éjection trop fort).

Position à califourchon

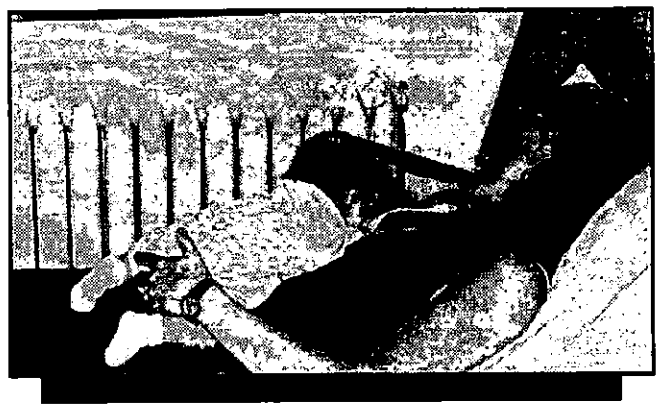
- La mère est assise.
- Le bébé est assis à califourchon, face à sa mère; ses jambes écartées entourent le corps de la mère.
- Un oreiller est souvent nécessaire pour soulever le bébé à la hauteur du sein.

Cette position est utile pour les bébés qui ont une fissure labio-palatine ou pour ceux qui ont tendance à s'étouffer (réflexe d'éjection trop fort).

Position australienne

- La mère est étendue sur le dos, en position semi-allongée.
- Le bébé est étendu sur le corps de sa mère et lui fait face, la bouche à la hauteur du sein.

Cette position est utile lorsque le réflexe d'éjection est fort et que le bébé a tendance à s'étouffer. Les bébés hypotoniques profitent aussi de cette position.



Position de la louve

- Le bébé est couché sur le dos, sur un lit ou sur une table.
- La mère se penche au-dessus du bébé de façon à ce que le sein soit à la hauteur de sa bouche.

Cette position peut être utile lorsque les seins sont engorgés ou que les canaux lactifères sont obstrués.

Positions pour allaiter des jumeaux

- La mère est assise.
- Les bébés, couchés de chaque côté de la mère sur des oreillers, sont soutenus en position football.

- La mère est assise.
- Un des bébés est installé en position football, l'autre est soutenu en position traditionnelle.

- La mère est assise, le dos et les avant-bras bien supportés par des coussins ou des oreillers.
- Les deux bébés sont entrelacés et tenus en position traditionnelle.

- La mère est en position allongée ou semi-allongée. Sa tête, son dos et ses avant-bras sont bien supportés par des coussins ou des oreillers.
- Les bébés sont étendus sur elle, leur ventre contre celui de la mère, la bouche à la hauteur du sein.
- Cette position nécessite un peu plus d'expérience, mais peut être particulièrement appréciée pour allaiter la nuit.

- En attendant d'acquérir l'expérience et de se sentir confiante, la mère peut allaiter ses jumeaux l'un après l'autre, surtout s'ils n'ont pas tendance à être affamés et à crier en même temps.
- Dans ce cas, la mère peut choisir la ou les positions qu'elle préfère.

Soins des seins et des mamelons

Un lavage quotidien des seins est suffisant. Il est préférable de ne pas nettoyer les seins immédiatement avant la tétée pour ne pas enlever les huiles protectrices ni changer l'odeur que le bébé associe aux seins de sa mère[46,47].

Il est important de nettoyer les seins avec de l'eau seulement. Les glandes de Montgomery, situées sur l'aréole, lubrifient naturellement les mamelons. L'emploi de savon, de crème, d'onguent, d'huile et de produits parfumés est déconseillé pour diverses raisons :

- Certains produits nuisent à la lubrification naturelle de la peau et prédisposent à l'irritation cutanée.
- Les produits parfumés changent l'odeur et le goût du lait.
- Des risques d'allergie et d'intoxication chez le nouveau-né ont été associés aux différents onguents et crèmes appliqués sur les mamelons.

Note : *L'utilité de la vitamine E pour prévenir ou traiter les gerçures ou les irritations n'est pas soutenue scientifiquement.*

Il faut rappeler aux mères que le lavage des mains avant chaque période d'allaitement est important. C'est la mesure la plus efficace pour la prévention des infections.

Après la tétée, il est bon de laisser quelques gouttes de colostrum ou de lait sur les mamelons (sauf si le bébé ou la mère est atteint de muguet). Le colostrum et le lait maternel contiennent des éléments protecteurs de l'intégrité de la peau pouvant prévenir et favoriser la cicatrisation des mamelons traumatisés. De plus, ils sont sécuritaires pour le bébé.

Si la mère porte un soutien-gorge, elle devrait choisir un modèle pour nourrice, dont les bonnets sont suffisamment grands pour ne pas comprimer les seins. Il est bon de laisser les seins à l'air et à la lumière le plus souvent possible en baissant les rabats du soutien-gorge. La mère est libre de porter ou d'enlever le soutien-gorge la nuit, selon son confort.

VOLUME DES SEINS ET ALLAITEMENT

Au début, les seins sont plus gros mais, après quelques semaines d'allaitement, le volume des seins diminue et ceux-ci sont plus souples à la palpation, contrairement aux seins tendus et volumineux de la montée laiteuse. Cette diminution du volume des seins est tout à fait normale et ne doit pas être interprétée comme une baisse de la production de lait.

PTOSE MAMMAIRE ET ALLAITEMENT

Dans notre culture, le mythe relié à l'allaitement et aux seins « tombants » est encore largement répandu. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à la ptose mammaire chez la femme : l'hérédité, le vieillissement et l'affaisement des tissus, les pertes de poids rapides, les grossesses, le sevrage brusque et le fait de ne pas allaiter, puisque après la montée laiteuse, les seins diminuent de volume, passant à leur état d'avant la grossesse.

REPOS

Le repos est de première importance pour récupérer de la grossesse et de l'accouchement et pour s'assurer de reprendre, au fur et à mesure, le sommeil entrecoupé en raison des tétées nocturnes.

Il est important que la mère accepte d'avance que son mode de vie soit modifié, par exemple que les tâches ménagères soient effectuées par quelqu'un d'autre ou soient reportées au lendemain, que le téléphone soit débranché pendant les siestes, que le nombre de visiteurs soit limité au besoin, de même que les sorties fatigantes.

La mère doit s'accorder des moments de repos et de détente. Idéalement, elle devrait se coucher chaque fois que le bébé dort. Même si elle ne s'endort pas, le seul fait de s'allonger lui permettra une certaine récupération et une bonne détente.

La mère devrait également se permettre des activités qu'elle aime et ne pas négliger de sortir au soleil et au grand air. Plus la mère saura prendre soin d'elle et se faire plaisir, plus elle pourra donner à son enfant, sans se sentir vidée de son énergie.

ALIMENTATION

Un régime alimentaire équilibré influence l'énergie de la mère et facilite la production suffisante de lait. Pendant l'allaitement, l'alimentation est généralement plus abondante. Il faut manger autant, et parfois plus, que durant les derniers mois de la grossesse. Le mot d'ordre est de manger souvent et de manger à sa faim.

Variété et nombre de portions

Il faut s'assurer d'inclure les 4 groupes d'aliments du Guide alimentaire canadien et consommer chaque jour :

- 3 ou 4 portions de produits laitiers;
- de 5 à 12 portions de produits céréaliers;
- de 5 à 10 portions de légumes et fruits;
- 2 ou 3 portions de viandes et substituts.

Pour parvenir à s'alimenter suffisamment, il est préférable de manger souvent, soit 3 repas et plusieurs collations.

Eau et autres liquides

Plusieurs femmes allaitantes ont besoin de boire plus que d'habitude. Il faut encourager les mères à boire suffisamment pour étancher leur soif.

On sait maintenant que l'augmentation de l'apport hydrique n'augmente pas la production lactée, tout comme la restriction hydrique ne réduit pas l'engorgement.

De même, on sait que « le lait ne fabrique pas le lait »[28]. Les mères qui n'aiment pas boire du lait peuvent tout de même allaiter. Le lait, même s'il est très nutritif, peut être remplacé par d'autres aliments riches en calcium.

Aliments à éviter?

Contrairement à la croyance populaire, la femme qui allaite n'a pas à se priver d'aliments particuliers. Les aliments sains et bons pour elle ne sont pas nuisibles à son bébé.

La majorité des bébés s'habituent dès la naissance aux différentes saveurs du lait. Si la mère varie dès le départ son alimentation, le bébé ne dédaignera pas les changements de goût et ne devrait pas être incommodé par les différentes saveurs du lait.

Si la mère soupçonne qu'un aliment a dérangé son bébé, elle peut cesser d'en manger quelques jours et essayer de le réintroduire un peu plus tard en petites quantités.

Les poissons d'eau douce de pêche sportive (achigan, brochet, doré, truite) peuvent contenir des taux élevés de polluants, tels des BPC et leurs dérivés. Il vaut mieux éviter d'en manger pendant l'allaitement. Les poissons de mer disponibles sur le marché (aiglefin, goberge, flétan, morue, sole) peuvent être consommés sans restriction.

La caféine, contenue dans le café, le thé, certaines boissons gazeuses, le cacao et le chocolat, stimule l'organisme. Elle peut entraîner de l'irritabilité ou de l'agitation chez le bébé. Il faut donc encourager les femmes allaitantes à consommer ces boissons avec modération (1 ou 2 par jour).

- Elles devraient privilégier l'eau, le lait, les jus de fruits et de légumes.
- A l'occasion, elles peuvent choisir des breuvages à base de céréales ou des tisanes.

> ***Note :*** *Il faut inciter les mères à varier les tisanes, à choisir des produits connus et emballés (plutôt qu'en vrac) et à éviter d'utiliser toujours le même produit. Il vaut mieux laisser infuser les tisanes peu de temps, soit de 3 à 5 minutes.*

- Aux femmes qui peuvent difficilement résister à l'envie d'un café ou d'un cola, on peut recommander l'essai de décaféiné ou de boisson gazeuse sans caféine.

L'alcool pris en grande quantité peut avoir des effets néfastes sur la santé du bébé et sur la production de lait (p. 56). L'alcool passe rapidement dans le lait maternel et peut s'avérer dangereux pour le bébé si le lait en contient une forte quantité ou en contient souvent. On devrait se limiter à un verre à l'occasion.

Comme en temps normal, les occasions de « lever son verre » peuvent se présenter pendant la période d'allaitement. Si la mère prend une boisson alcoolisée, elle devrait se limiter à une consommation qu'elle pourra siroter lentement durant le repas, plutôt qu'entre les repas. Elle pourrait la prendre, de préférence, tout de suite après avoir allaité.

Régimes amaigrissants

Les régimes amaigrissants **sont à éviter** pendant l'allaitement[4], et ce, pour deux raisons.

- Même équilibré, un régime amaigrissant entraîne une perte de poids trop rapide et peut réduire la quantité de lait produite, sans parler de la fatigue qu'il engendre chez la mère.
- Lors d'une perte de poids rapide, les contaminants environnementaux emmagasinés dans les tissus adipeux de la mère sont libérés dans la circulation sanguine et se retrouvent dans le lait maternel.

Après le premier mois postnatal, la perte de poids moyenne, parmi les femmes qui allaitent, est de 0,5 à 1,0 kg (1 à 2 livres) par mois. Il semble qu'elle peut aller jusqu'à 2 kg par mois (environ 4,5 livres) sans que le volume de lait soit affecté. La perte de poids est jugée comme étant rapide si elle excède 2 kg par mois (environ 4,5 livres par mois).

Aliments et production de lait

Traditionnellement, certains aliments sont utilisés pour augmenter la production de lait.

- Aliments riches en vitamines du complexe B :
  - pains et céréales à grains entiers;
  - levure de bière, germe de blé;
  - noix, pacanes, amandes et noisettes non salées.
- Laits fortifiés ou *pep-up* (annexe 3).
- Infusions :
  - infusions de fenouil, de camomille, de verveine, d'anis, etc.

L'efficacité de ces produits n'est pas soutenue scientifiquement, mais leur consommation est sans danger pour les femmes allaitantes qui veulent les essayer. Même si l'alimentation de la femme qui allaite est très importante, il ne faut pas donner aux mères l'illusion qu'un aliment particulier ou qu'une recette de lait fortifié est un déterminant **majeur** de la production de lait. Le principal facteur qui détermine la production de lait demeure la fréquence des tétées et une succion efficace du bébé.

Bébé boit-il suffisamment?

La peur que le bébé ne boive pas assez de lait est l'une des préoccupations les plus courantes chez les femmes qui allaitent et l'une des principales raisons pour lesquelles les mères cessent d'allaiter. Lorsqu'une mère s'inquiète de la quantité de lait qu'elle produit, il faut vérifier avec elle les raisons qui l'animent. Il peut s'agir d'un problème réel ou de fausses alertes.

La croissance du bébé constitue le meilleur indice de la quantité de lait qu'il boit.

- Il est normal qu'un nouveau-né perde jusqu'à 10 % de son poids durant les premiers jours suivant sa naissance. Au bout de 2 ou 3 semaines, le bébé aura repris le poids qu'il avait à la naissance.
- Les bébés prennent en général 15 à 30 grammes par jour au cours des 3 premiers mois, c'est-à-dire de 0,5 à 1 kg (1 à 2 livres) par mois.

Des indices plus simples permettent toutefois aux parents de savoir si le bébé prend suffisamment de lait.

- Le bébé se nourrit régulièrement, c'est-à-dire au moins 8 fois par période de 24 heures.
- Il semble avoir faim au début de la tétée (la mère peut l'entendre téter et avaler) et devient de plus en plus endormi et satisfait vers la fin de la tétée.
- Le bébé est vif, a un bon tonus musculaire et une peau saine.
- Avant la montée laiteuse, le bébé mouille de 1 ou 2 couches par jour et l'urine est pâle. Il ne faut pas s'inquiéter s'il passe plusieurs heures au sec. Le colostrum est sécrété en petites quantités et c'est normal.
- Après les 4 à 7 premiers jours, lorsque la production de lait a augmenté, le bébé mouille 5 ou 6 couches jetables par jour (6 à 8 couches en tissu) et son urine est pâle.
- Les selles sont peu formées ou liquides, jamais sèches ni dures. Leur couleur peut varier du jaune moutarde au vert, et leur fréquence varie d'une à 5 fois par jour ou plus. Après l'âge de 6 semaines à 2 mois, les selles peuvent devenir moins fréquentes, mais sont encore molles.

Si le bébé grandit et prend du poids, s'il mouille et souille de nombreuses couches, s'il est éveillé, actif et semble en santé, il faut rassurer la mère quant à sa production de lait. La quantité de lait est suffisante même si la mère soulève une des situations suivantes.

- **Le bébé demande à être nourri souvent.** Le lait maternel se digère rapidement et la majorité des bébés allaités demandent à être nourris 8 à 12 fois par période de 24 heures. Des tétées fréquentes indiquent que le bébé prend suffisamment de lait et non qu'il en manque. Lors des poussées de croissance, il est également fréquent que le bébé demande à être allaité plus souvent (p. 38).
- **Le bébé est difficile, exigeant.** Plusieurs bébés connaissent chaque jour une période un peu plus difficile, qui se manifeste souvent à la même heure de la journée. Les mères peuvent penser que l'irritabilité de leur bébé est une indication qu'il manque de lait. Or, l'irritabilité peut être causée par une foule d'autres facteurs que la faim et souvent même, il est difficile d'en discerner la raison particulière.
- **Le bébé réduit soudainement la durée des tétées.** Il parvient probablement à extraire le lait plus rapidement maintenant qu'il a acquis de l'expérience au sein.
- **Les seins semblent soudainement devenir mous.** C'est ce qui survient après quelques semaines d'allaitement, une fois que la production de lait est établie et adaptée aux besoins du bébé. Cette diminution du volume des seins n'indique pas une baisse de la production de lait.

- **Les seins coulent peu ou pas du tout.** L'écoulement de lait n'a aucun lien avec la quantité de lait produite. Souvent, l'écoulement de lait s'arrête lorsque la production de lait est bien établie.

Par ailleurs, si les selles ou les mictions sont peu nombreuses, si l'urine est foncée, si le gain de poids du bébé est lent ou inadéquat, c'est signe que la quantité de lait est insuffisante. Il faut intervenir (p. 51, 52).

Poussées de croissance

Les enfants connaissent une croissance très rapide au cours de la première année de vie. Chaque bébé a son propre rythme de croissance, mais plusieurs évoluent par poussée. La plupart des bébés connaissent ainsi plusieurs poussées de croissance. Durant ces périodes, leur appétit augmente soudainement et ils demandent à être allaités plus souvent.

En tétant plus souvent, le bébé provoque une augmentation de la production de lait, qui permettra par la suite de combler ses nouveaux besoins. Il faut rassurer la mère quant à sa capacité de produire suffisamment de lait pour répondre aux besoins de son bébé. Il est important que la mère allaite plus souvent pendant cette période. Le bébé revient ensuite à son rythme d'alimentation habituel.

Les tétées fréquentes sont le moyen pour le bébé d'adapter la production de lait de sa mère à ses besoins croissants.

Les renseignements contenus dans ce chapitre proviennent principalement des ouvrages listés ci-dessous. Les autres références ont servi à compléter l'information :

Dionne, S. *Allaitement maternel et santé de l'enfant.* 81 p., 1994. Adaptation presque intégrale d'une partie du guide : *Conduite pratique et encouragement de l'allaitement maternel dans un hôpital « Ami des bébés ». Formation de 18 heures destinée au personnel des maternités.* UNICEF - OMS, 1993.

Direction des soins infirmiers, Hôpital Saint-Luc. *Formation allaitement maternel. Module I : Principe de base.* 31 p., 1993.

Milligan, L. et al. *Lignes directrices sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants de soins de santé.* Ottawa : Institut canadien de la santé infantile, 137 p., 1993.

Mohrbacher, N. et J. Stock. *The breastfeeding answer book.* Franklin Park : La Leche League International, 455 p., 1993.

Moxley, S. et M. Kennedy. Strategies to support breastfeeding Discarding myths and outdated advice. *Can Fam Physician* 40:1775-1781, 1994.

Résumé des facteurs favorisant l'allaitement maternel en postnatal immédiat

On doit encourager la mère à :

- offrir le sein à son bébé dans la demi-heure suivant la naissance;
- cohabiter avec le bébé 24 heures sur 24;
- allaiter le bébé au besoin, de 8 à 12 fois par période de 24 heures;
- allaiter la nuit;
- offrir le sein au bébé avant qu'il pleure, dès qu'il présente des signes de faim;
- ne pas limiter la durée des tétées du bébé; le laisser téter jusqu'à ce qu'il laisse le sein, s'endorme ou tète de façon inefficace;
- toujours offrir le deuxième sein;
- varier les positions d'allaitement, s'installer à son aise;
- ne donner aucun supplément (eau, glucosé, lait artificiel), sauf sur prescription médicale; si des suppléments sont nécessaires, les donner en utilisant une méthode alternative (à la tasse, au compte-gouttes, avec une seringue);
- éviter les biberons et la sucette d'amusement afin de diminuer les risques de confusion sein/tétine;
- s'alimenter généreusement, à sa faim, selon les principes du Guide alimentaire canadien;
- boire selon sa soif;
- se détendre et se reposer beaucoup;
- considérer le temps consacré à allaiter comme une période de détente, de repos, un moment d'intimité avec le bébé, plutôt que comme du temps perdu;
- croire en sa capacité d'allaiter et de produire suffisamment de lait;
- demander de l'aide au besoin; s'adresser à des personnes bien informées, favorables à l'allaitement ou qui ont vécu des allaitements réussis.

Chez la mère

ENGORGEMENT

L'engorgement résulte d'une accumulation de lait dans le sein. Il peut survenir lors de la montée laiteuse ou plus tard, lorsque l'intervalle entre les tétées augmente (lorsque le bébé commence à faire ses nuits, par exemple) ou si l'allaitement est interrompu.

Manifestations

- Seins gonflés, durs et douloureux;
- peau tendue et brillante.

Prévention

- Allaiter souvent, dès la naissance (de 8 à 12 fois par période de 24 heures), sans limiter la durée des tétées et sans sauter de boires, y compris ceux de la nuit;
- offrir les deux seins à chaque tétée.

Traitement

- Faire téter le bébé le plus souvent possible, en commençant par le sein le plus douloureux;
- avant le boire, appliquer de la chaleur sur les seins (compresses ou douche);
- exprimer un peu de lait avant d'offrir le sein au bébé, de façon à assouplir l'aréole;
- pendant la tétée, masser doucement le sein engorgé pour faciliter l'écoulement du lait (p. 65);
- varier les positions d'allaitement : la position football (p. 27) et celle de la louve (p. 30) peuvent faciliter l'écoulement du lait;
- entre les boires, appliquer des compresses ou des débarbouillettes glacées sur les seins.

Chez la mère

OBSTRUCTION DES CANAUX LACTIFÈRES

Quand un canal lactifère est obstrué, le lait ne parvient pas à s'en écouler. Il en résulte une inflammation.

Manifestations

- Installation graduelle;
- masse palpable, dure et douloureuse dans une région du sein;
- traînées rouges visibles sur la peau;
- atteinte le plus souvent unilatérale, parfois bilatérale;
- bon état général de la mère : elle ne se sent pas malade, mais une légère fièvre est possible (< 101 °F ou 38,6 °C).

Prévention

- Faire boire le bébé fréquemment, sans limiter la durée des tétées, en variant les positions d'allaitement;
- éviter de porter des vêtements serrés ou trop ajustés;
- ajuster le porte-bébé de façon à ce qu'il ne comprime pas les seins.

Traitement

- Appliquer de la chaleur humide sur tout le sein (compresses ou douche);
- masser la région atteinte vers le mamelon, avec les doigts et ensuite avec la paume de la main;
- faire boire le bébé plus longtemps et plus fréquemment au sein atteint;
- varier les positions d'allaitement de façon à faciliter le drainage des canaux de toutes les régions du sein; la position football (p. 27) et celle de la louve (p. 30) peuvent soulager;
- porter des vêtements amples qui ne serrent pas les seins;
- faire appel à une personne qui s'y connait en allaitement si la bosse persiste après 2 jours de traitement.

Chez la mère

MASTITE

La mastite est une inflammation du sein qui peut être causée par la rétention du lait (canal obstrué) ou par une infection. On remarque qu'elle survient souvent pendant une période de surmenage et d'inquiétude. Généralement, la mastite se corrige rapidement avec des tétées fréquentes, du repos et des antibiotiques au besoin. La plupart des antibiotiques prescrits dans ce cas ne sont pas contre-indiqués, donc la mère peut continuer à allaiter.

Manifestations

- Sein chaud, rouge et gonflé; douleur localisée plutôt intense;
- poussée de fièvre qui peut être très rapide et atteindre 40 °C (104°F);
- les symptômes ressemblent à ceux de la grippe.

Prévention

- Faire boire le bébé 8 à 12 fois par période de 24 heures, sans sauter de boires, y compris ceux de la nuit;
- varier les positions d'allaitement afin de prévenir les gerçures qui sont souvent la porte d'entrée des bactéries;
- bien se laver les mains avant chaque période d'allaitement;
- éviter le surmenage et s'accorder des périodes de repos chaque jour.

Traitement

- Continuer à allaiter fréquemment : la mastite ne pose aucun problème pour le bébé et le fait d'allaiter permet une guérison plus rapide;
- commencer la tétée par le sein affecté et y laisser le bébé aussi longtemps qu'il le désire; si la tétée est inconfortable, donner d'abord l'autre sein puis changer de côté dès que le lait coule spontanément au sein endolori;
- varier les positions d'allaitement;
- masser tout doucement la région affectée, avant et pendant l'allaitement (p.65);
- entre les boires, appliquer des débarbouillettes ou des compresses chaudes sur le sein;
- garder le lit et prendre de l'acétaminophène au besoin pour soulager la douleur;
- consulter le médecin si la fièvre persiste ou si elle augmente rapidement; des antibiotiques peuvent être prescrits.

Chez la mère

MAMELONS DOULOUREUX

Les douleurs aux mamelons sont généralement attribuables à une mauvaise position, ce qui irrite les mamelons et finit par engendrer des gerçures, fissures ou crevasses. Elles peuvent également survenir dans les cas de muguet ou être occasionnées par l'utilisation de savon ou de crèmes irritantes sur les mamelons.

Prévention

- S'assurer que le bébé prend correctement le sein (p. 24);
- varier les positions d'allaitement pour éviter que la pression sur l'aréole et le mamelon s'exerce toujours au même endroit;
- les conseils énoncés dans la section Soin des seins et des mamelons (p. 33) contribuent à prévenir les douleurs aux mamelons.

Traitement

- Vérifier si le bébé a du muguet dans la bouche (des taches blanchâtres qui adhèrent fermement à la muqueuse des joues). Si c'est le cas, il faut traiter à la fois le bébé et la mère, pour empêcher que l'un et l'autre se réinfectent. On recommande alors la nystatine, en solution orale pour badigeonner la bouche du bébé, et en solution topique pour enduire l'aréole et le mamelon de la mère;
- revoir et corriger, s'il y a lieu, la façon dont le bébé prend le sein;
- avant d'allaiter, faciliter l'écoulement du lait au moyen de la chaleur (compresses ou douche), du massage du sein et de l'expression du lait;
- débuter l'allaitement par le sein le moins douloureux, puis changer de sein quand le lait coule spontanément au côté affecté;
- varier les positions d'allaitement de façon à changer les points de friction sur l'aréole et le mamelon;
- après la tétée, appliquer du lait maternel sur les mamelons (sauf si la mère ou le bébé est atteint de muguet). Masser délicatement, bien assécher et, autant que possible, laisser les seins à découvert;
- l'utilisation de crème est déconseillée;
- l'utilisation de téterelles cause généralement plus de problèmes qu'elle n'en règle.

6 - DIFFICULTÉS ET SOLUTIONS

Chez la mère

MAMELONS PLATS OU INVAGINÉS

La forme des mamelons est généralement sans incidence sur la réussite de l'allaitement. Si le bébé est en mesure de bien prendre le sein, les mamelons plats ou invaginés ne gênent pas le fonctionnement du sein ou de la lactation puisque, lors de l'allaitement, le bébé compresse la région de l'aréole et non pas le mamelon.

Manifestations

- Lorsqu'il est stimulé ou compressé, le mamelon ne ressort pas : il est plat ou s'invagine vers l'intérieur. Il y a différents degrés d'invagination : certains mamelons sont légèrement invaginés et une tétée de force normale le fait ressortir et ne cause aucune difficulté au bébé; d'autres peuvent se rétracter, rendant plus difficile la mise au sein.

Conduite

- Des tétées précoces et fréquentes sont recommandées pour prévenir l'engorgement et permettre au bébé d'apprendre à téter lorsque les seins sont relativement mous;
- exprimer un peu de lait avant la tétée pour faciliter la prise du sein par le bébé et en faire couler un peu sur ses lèvres pour l'encourager à ouvrir grand la bouche;
- avant la tétée, stimuler les seins avec les doigts pour faire ressortir le mamelon; la glace peut également être utilisée pour faire saillir le mamelon;
- essayer diverses positions pour allaiter : la position football (p. 27) et celle de la madone inversée (p. 27) semblent faciliter la prise du sein par le bébé;
- éviter les biberons et sucettes au cours des premières semaines;
- l'effet des boucliers sur les mamelons plats ou invaginés est actuellement remis en question. Il n'y a toutefois pas de contre-indication majeure à les porter si la mère tient à les utiliser.

Chez le bébé

Les premiers jours de l'allaitement maternel, certains bébés peuvent éprouver des difficultés à prendre le sein. Tous ne récupèrent pas également du travail de la naissance et peuvent prendre plus ou moins de temps pour apprendre à téter. Il faut encourager la mère à rester calme et confiante, à prendre son bébé souvent dans ses bras pour stimuler son intérêt pour le sein et à demander de l'aide au besoin.

Les cinq premières situations exposées ici ont en commun une succion inefficace ou insuffisante du bébé, qui peut avoir pour effet une production de lait inadéquate. Si une de ces situations survient, il faut conseiller à la mère d'exprimer son lait afin de maintenir une bonne production lactée. Il faut également recommander de surveiller étroitement le gain de poids du bébé.

BÉBÉ A DES DIFFICULTÉS À PRENDRE LE SEIN

Le bébé semble avoir faim, mais quand il approche sa bouche du sein, il n'arrive pas à le prendre.

Causes possibles

- Le bébé doit tourner la tête pour téter;
- le bébé n'ouvre pas la bouche assez grand;
- le bébé a reçu une sucette ou un biberon, ce qui a provoqué une confusion sein/tétine;
- les mamelons de la mère sont aplatis à cause d'un engorgement des seins;
- les mamelons de la mère sont invaginés (rétractés, ombiliqués) au point que le bébé n'arrive pas à prendre le sein.

Conduite

- Installer le bébé au sein de façon à ce qu'il n'ait pas à tourner la tête;
- stimuler la bouche du bébé de haut en bas avec le mamelon, jusqu'à ce qu'il ouvre grand la bouche pour prendre le sein;
- exprimer le lait des seins engorgés pour aider le mamelon à ressortir;
- stimuler les mamelons plats ou invaginés afin de les rendre protractiles : les rouler entre le pouce et l'index ou appliquer une débarbouillette d'eau glacée avant de mettre l'enfant au sein;
- essayer différentes positions pour allaiter; certains bébés boivent mieux dans une position que dans une autre.

Chez le bébé

BÉBÉ NE VEUT PAS PRENDRE LE SEIN

A l'approche du sein, le bébé pleure fort au lieu de commencer à téter. Il ne semble pas vouloir qu'on l'approche du sein et plus la mère insiste, plus il pleure.

Causes possibles

- La mère ou un membre du personnel pousse sur la nuque du bébé pour lui faire prendre le sein;
- le bébé est contrarié de se faire manipuler sans arrêt ou par des personnes différentes;
- le bébé a reçu un biberon ou une tétine, ce qui a provoqué la confusion sein/tétine;
- le bébé a mal ou a eu mal, tenu dans la position qu'on lui fait prendre maintenant pour la tétée;
- la mère est embarassée, intimidée lorsque son bébé est au sein ou est gênée de toucher ses seins.

Conduite

- Offrir le sein dans la période de sommeil léger du bébé ou quand il est complètement endormi; certains bébés qui refusent le sein boivent lorsqu'ils sont endormis;
- ne pas insister plus de quelques minutes pour mettre le bébé au sein;
- si le bébé commence à pleurer ou repousse le sein, arrêter et recommencer plus tard, lorsque le bébé est calmé;
- allaiter en mouvement : certains bébés boivent mieux lorsque la mère se berce ou marche en allaitant;
- essayer différentes positions pour allaiter : certains bébés peuvent boire mieux dans une position que dans une autre;
- exprimer un peu de lait pour stimuler le réflexe d'éjection avant d'offrir le sein peut stimuler le bébé à le prendre;
- si le bébé refuse toujours le sein, exprimer du lait maternel manuellement ou avec un tire-lait et l'offrir au bébé dans une seringue, dans une tasse (annexe 4), au compte-gouttes ou à la cuillère, jusqu'à ce qu'il tète au sein;
- éviter d'appliquer sur les seins toute crème ou produit qui peut en changer l'odeur[46,47].

Chez le bébé

BÉBÉ S'ENLÈVE DU SEIN

Le bébé commence à téter, mais au bout de quelques minutes, il perd le sein et pleure. Cela arrive plusieurs fois de suite durant la tétée.

Causes possibles

- Le bébé doit tendre le cou ou tourner la tête pour garder le sein dans la bouche;
- le bébé a de la difficulté à respirer quand il est au sein;
- la mère bouge soit le sein, soit le bébé, ou bien elle ne soutient pas suffisamment le bébé, de sorte qu'il perd le sein;
- le lait de la mère coule trop vite ou trop lentement;
- le bébé a reçu un biberon ou une sucette, ce qui a provoqué une confusion sein/tétine.

Conduite

- Favoriser le contact peau à peau entre la mère et le bébé, avant et pendant l'allaitement;
- s'assurer que la mère tient le bébé bien contre elle et qu'il est à la même hauteur que le sein;
- le menton, le ventre et les genoux de l'enfant sont en contact avec la mère; si le bébé respire bruyamment, ramener ses fesses et ses jambes tout contre le corps de la mère pour dégager son nez;
- si le réflexe d'éjection du lait est trop fort, faire boire le bébé dans une position assise plutôt que couchée, comme les positions à califourchon (p. 29) et football modifiée (p. 29) ou essayer les positions australienne (p.30) ou madone inversée (p. 27);
- si le réflexe est trop faible, exprimer un peu de lait manuellement avant de mettre le bébé au sein pour stimuler l'éjection du lait et inciter le bébé à prendre le sein;
- au besoin, supplémenter les tétées en offrant au bébé du lait maternel (exprimé manuellement ou à l'aide d'un tire-lait), donné avec une seringue, à la tasse, au compte-gouttes ou à la cuillère.

Chez le bébé

Les quatre difficultés qui suivent exigent, pour corriger la situation, une période d'allaitement intense. Il faut alors allaiter aux 2 ou 3 heures le jour et ne pas dépasser 4 heures la nuit. Il faut stimuler la mère à ne pas se décourager : cette mesure est temporaire.

BÉBÉ ENDORMI

Le bébé dort beaucoup et il boit moins de 6 fois par jour. Il manifeste peu d'intérêt lorsqu'on le met au sein ou il s'endort pendant la tétée. Certains ne se réveillent pas la nuit pour être allaités.

Causes possibles

- La mère a reçu une médication pendant le travail ou l'accouchement qui a rendu le bébé apathique;
- le travail ou l'accouchement a été difficile;
- le bébé souffre d'une jaunisse ou d'une infection.

Conduite[30]

- Favoriser des tétées fréquentes : il faut réveiller le bébé toutes les 2 ou 3 heures durant le jour et ne pas dépasser 4 heures la nuit;
- réveiller le bébé en le découvrant, en le stimulant: on peut lui parler, le changer de couche, le changer de position, lui faire faire un rot en position assise;
- favoriser le contact peau à peau;
- essayer la position de la madone inversée (p. 27) et la position football (p. 27);
- pour inciter le bébé à boire, la mère peut comprimer le sein de façon à ce que du lait s'écoule dans la bouche du bébé, le stimulant ainsi à téter;
- la mère doit entendre son bébé avaler; s'il ne tète pas activement, elle doit stimuler et réveiller le nouveau-né durant le boire;
- pour stimuler le bébé à boire plus activement, la mère peut changer de sein dès que le nouveau-né ne tète plus efficacement. Pendant toute la durée de la tétée, la mère change ainsi de sein dès que le bébé commence à s'endormir ou à perdre de l'intérêt. C'est ce qu'on appelle le *switch nursing*. Il s'agit d'une technique à utiliser sur une courte période, au maximum 2 ou 3 jours, et dans des circonstances particulières;
- au besoin, supplémenter les tétées avec du lait maternel exprimé (donné avec une seringue, à la tasse, au compte-gouttes, à la cuillère ou avec un dispositif d'aide à l'allaitement (annexe 5)).

Chez le bébé

BÉBÉ A UNE SUCCION FAIBLE OU PARESSEUSE

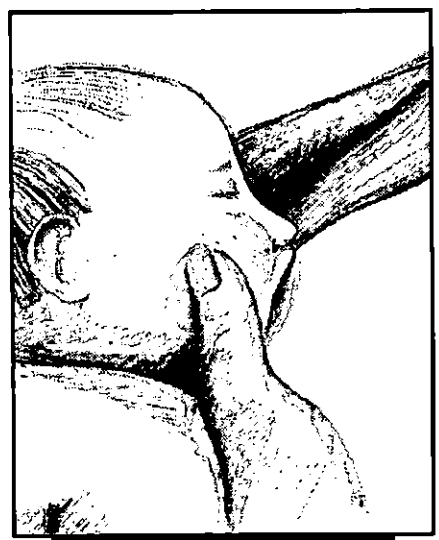
Le bébé veut toujours être au sein, mais on ne l'entend pas avaler de façon régulière pendant la tétée. Il boit bien, en avalant, moins de 5 minutes par sein. Sa succion est ensuite légère et peu efficace. Le bébé ne semble jamais satisfait, il pleure aussitôt qu'on l'enlève du sein. Il peut aussi avoir des difficultés à rester au sein. Certains bébés qui ont une succion paresseuse en arrivent à perdre du poids.

Causes possibles

- La mère a reçu une médication durant le travail ou l'accouchement;
- le bébé a reçu un biberon, ce qui a provoqué une confusion sein/tétine;
- le bébé a un faible tonus musculaire;
- le bébé a de la difficulté à coordonner les mouvements de succion et de déglutition.

Conduite

- S'assurer que la mère sait reconnaître si la succion du bébé est efficace (p. 25);
- porter une attention particulière à la façon dont le bébé prend le sein : le bébé doit ouvrir grand la bouche et prendre une grande partie de l'aréole dans sa bouche;
- stimuler les lèvres du bébé au début de la tétée, de façon à ce qu'il ouvre bien la bouche (p. 24); la mère peut aussi comprimer le sein de façon à ce que du lait s'écoule dans la bouche du bébé, l'incitant ainsi à boire;
- expérimenter diverses positions pour allaiter;
- si le bébé perd souvent le sein, tenir à la fois le sein et la mâchoire du bébé avec une main (position de la main du danceur, comme le montre l'illustration);
- essayer le *switch nursing*, c'est-à-dire de changer de sein dès qu'on n'entend plus le bébé avaler (voir p. 49);
- une période d'allaitement intense est souvent recommandée: allaiter aux 2 ou 3 heures le jour, aux 4 heures la nuit;
- s'il n'y a aucune amélioration après 24 heures, faire appel à une personne qui s'y connait en allaitement;
- si un supplément est nécessaire, offrir du lait maternel exprimé, donné avec une seringue, à la tasse, au compte-gouttes, à la cuillère ou avec un dispositif d'aide à l'allaitement (annexe 5).



Si l'enfant est plutôt faible (hypotonique), il peut être nécessaire d'utiliser la position de la main du danseur qui consiste à supporter le sein avec 3 doigts tandis que le pouce et l'index sont en forme de « U », le menton du bébé reposant à la base de celui-ci. L'enfant se fatiguera ainsi moins vite et le mamelon sera maintenu dans sa bouche.

Chez le bébé

GAIN DE POIDS LENT APRÈS 2 OU 3 SEMAINES DE VIE

Après 2 ou 3 semaines de vie, le bébé prend du poids régulièrement, mais lentement. Il tète pourtant bien et de façon fréquente. La mère sent que ses seins sont moins pleins après l'allaitement.

Le bébé mouille au moins 6 couches par jour, son urine est pâle et n'a pas une odeur concentrée. Ses selles sont régulières (au moins une par jour) et molles. Il est vif, alerte, il a un bon tonus musculaire et un beau teint.

Causes possibles

- Il est possible que la production de lait de la mère soit trop faible;
- le bébé a reçu d'autres aliments ou boissons qui ont diminué son appétit et le temps qu'il passe à téter;
- le bébé présente une confusion sein/tétine;
- les tétées ne sont pas assez fréquentes;
- les tétées de nuit ont été arrêtées trop tôt;
- les tétées ne durent pas assez longtemps.

Conduite

- S'assurer que la mère sait reconnaître si la succion du bébé est efficace (p. 25);
- nourrir le bébé toutes les 2 à 3 heures durant les premières semaines, avec une seule période de sommeil par jour, n'excédant pas 5 heures; réveiller le bébé au besoin;
- laisser boire le bébé jusqu'à ce qu'il abandonne lui-même le sein : il est important que l'enfant reçoive le lait de fin de tétée, plus riche en matières grasses, pour favoriser une croissance adéquate;
- toujours offrir le deuxième sein.

Chez le bébé

GAIN DE POIDS INADÉQUAT

Un gain de poids inadéquat est signe que le bébé ne prend pas suffisamment de lait. Il peut s'agir d'une faible production de lait, d'un transfert inadéquat du lait de la mère au bébé ou encore d'une maladie chez le bébé. Dans ces cas, le bébé :

- semble léthargique, a un cri faible ou aigu quand il pleure;
- a peu de tonus musculaire et sa peau peut être plissée;
- dort beaucoup pour économiser son énergie;
- excrète une faible quantité d'urine de couleur foncée;
- fait peu ou pas de selles;
- n'a pas repris le poids qu'il avait à la naissance au bout de 2 à 3 semaines.

Conduite

- Encourager le bébé à téter plus fréquemment et plus longtemps, le jour et la nuit, au moins 10 à 12 fois par période de 24 heures;
- s'assurer que le bébé prend bien le sein et qu'il tète efficacement pendant le boire;
- offrir les deux seins à chaque tétée, suffisamment longtemps pour que l'enfant obtienne le lait de fin de tétée, plus riche en gras;
- comprimer le sein de façon à ce que du lait s'écoule dans la bouche du bébé, le stimulant ainsi à téter;
- si le bébé ne tète pas activement, s'il a une succion paresseuse ou non efficace, essayer le *switch nursing*, c'est-à-dire de changer de sein fréquemment durant la tétée (p. 49);
- au besoin, exprimer du lait entre les tétées afin d'augmenter la production lactée. Ce lait peut être donné au bébé en se servant d'une seringue, d'une tasse (annexe 4), d'un compte-goutte, d'une cuillère ou d'un dispositif d'aide à l'allaitement maternel (annexe 5);
- si le bébé a besoin d'un supplément, ne pas utiliser de biberons pour le lui donner;
- la mère doit prendre soin d'elle, bien s'alimenter et se reposer;
- consulter le médecin s'il n'y a pas d'amélioration.

Les renseignements contenus dans ce chapitre proviennent principalement des ouvrages qui suivent. Les autres références ont servi à compléter l'information.

Dionne, S. *Allaitement maternel et santé de l'enfant.* 81p., 1994. *Adaptation presque intégrale d'une partie du guide : Conduite pratique et encouragement de l'allaitement maternel dans un hôpital «Ami des bébés». Formation de 18 heures destinée au personnel des maternités.* UNICEF - OMS, 1993.

Melnikow, J. et J.M. Bedinghaus. Management of common breast-feeding problems. *J Fam Prac* 39(1):56-64, 1994.

Milligan, L. et al. *Lignes directrices sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants de soins de santé.* Ottawa: Institut canadien de la santé infantile, 137 p., 1993.

Morbacher, N. et J. Stock. *The breastfeeding answer book.* Franklin Park : La Leche League International, 455 p., 1993.

Chez la mère

MÉDICAMENTS ET DROGUES

Tous les médicaments peuvent être excrétés dans le lait maternel. Cependant, bien peu représentent une contre-indication à l'allaitement maternel[29].

Il est important que la mère qui allaite discute de cette question avec son médecin. Celui-ci pourra alors vérifier si le médicament pris est compatible ou non avec l'allaitement.

Tous les professionnels de la santé qui travaillent de près ou de loin avec les mères qui allaitent doivent avoir en main les références suivantes pour les conseiller adéquatement. Ces références sont constamment remises à jour.

- American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. The Transfer of Drugs and Other Chemicals Into Human Milk. *Pediatrics* 93:137-150, 1994 (annexe 6).
- Briggs, B., Freeman, R., and Yaffe, S. *Drugs in Pregnancy and Lactation*, 4th ed. Baltimore/London: William and Wilkins, 1994.

L'American Academy of Pediatrics considère que les **médicaments et drogues suivants sont contre-indiqués durant l'allaitement maternel** : amphétamine, cocaïne, héroïne, marijuana et phencyclidine. Non seulement représentent-ils un danger pour le bébé allaité, mais ils ont des effets néfastes sur la santé physique et émotive de la mère[2].

Il semble que les femmes qui font usage de drogues durant leur grossesse choisissent d'allaiter dans une proportion moindre que dans la population en général. Si elles désirent allaiter, elles doivent suivre une cure de désintoxication et faire l'objet d'une surveillance étroite en période postnatale (tests toxicologiques dans le lait et dans l'urine, counseling approprié)[50].

Voici une liste des conditions que la mère toxicomane s'engage à respecter lorsqu'elle prévoit allaiter son bébé.

- Avoir cessé de consommer des drogues durant les 3 mois précédant l'accouchement.
- Suivre une cure de désintoxication et être fidèle aux rendez-vous.
- Obtenir des résultats négatifs aux tests d'urine avant et après l'accouchement.
- Ne pas être séropositive.
- Suivre les recommandations médicales prénatales.
- Être suivie par une travailleuse sociale.
- Accepter un suivi postnatal serré pour elle-même et son bébé.

TABAC ET ALCOOL

Il y a généralement plus de bénéfices pour le bébé à être allaité, même si sa mère fume, qu'à ne pas être allaité sous prétexte que la mère n'est pas prête à cesser de fumer. Lorsque la mère grille **moins de 20 cigarettes par jour**, il semble y avoir bien peu de danger pour le bébé[28,35].

Un tabagisme important, **de plus de 20 cigarettes par jour**, peut entraîner une diminution de la production lactée et, en de rares occasions, des nausées, vomissements, crampes abdominales et de la diarrhée chez le bébé. Il a également été démontré que le réflexe d'éjection peut être diminué par la consommation de cigarettes. Un suivi postnatal plus serré doit donc être offert aux bébés de ces mères fumeuses. Il faut également persuader les mères de ne pas fumer immédiatement avant ou pendant les tétées[35].

Il est très important de souligner que l'exposition du nourrisson ou de l'enfant en bas âge à la fumée de cigarettes accroît le risque de faire de l'asthme, des otites, bronchites et pneumonies. De plus, le bébé exposé à la fumée du tabac, avant ou après la naissance, est plus susceptible d'être victime du syndrome de mort subite au berceau.

Les effets de l'alcool sur le bébé allaité sont reliés directement à la quantité ingérée par la mère. **Une consommation occasionnelle, légère à modérée d'alcool** (2 verres ou moins par jour), ne semble pas entraîner d'effet nuisible chez le nourrisson. Il faut tout de même se rappeler qu'il y a d'autres façons de se détendre que de prendre un verre de vin ou de bière.

En laboratoire, la **consommation modérée à sévère d'alcool** (plus de 2 verres par jour) interfère avec l'excrétion d'oxytocine qui stimule le réflexe d'éjection. Plus inquiétant encore, la capacité de la mère à s'occuper de son bébé sous l'effet de l'alcool est réduite[2,35].

La **consommation régulière d'alcool** peut entraîner un pauvre gain pondéral chez le bébé. Il se peut que la mère alcoolique n'allaite pas assez souvent[9]. Le bébé peut devenir très somnolent à cause de l'alcool qu'il reçoit du lait maternel. Sa succion s'en trouve affaiblie, et il ne réclame plus ses boires aussi souvent. Dans tous ces cas, un suivi postnatal serré est suggéré.

Certains auteurs rapportent un retard dans le développement psychomoteur chez les bébés allaités par des mères qui font un usage régulier ou modéré à sévère d'alcool[9]. De plus amples recherches sont nécessaires sur le sujet. *L'American Academy of Pediatrics* considère l'alcool compatible avec l'allaitement maternel même si des effets indésirables sont rapportés[2].

CÉSARIENNE[39]

Peu importe la façon dont le bébé est accouché, l'allaitement maternel précoce et fréquent présente de nombreux avantages pour l'enfant et sa mère.

Si la mère a une césarienne **sous anesthésie épidurale**, elle peut allaiter précocement, pendant que l'effet de l'anesthésie régionale se fait encore sentir. Elle est alors alerte, non souffrante et excitée de l'arrivée de son bébé. Il est même pensable que la première tétée soit donnée dans la salle d'opération. De retour à sa chambre, la mère peut allaiter en position latérale, aidée de son conjoint ou d'un membre du personnel.

Si la césarienne a eu lieu **sous anesthésie générale**, la mère peut être inconsciente pour un moment puis plutôt affaiblie, ce qui retarde le début de l'allaitement. Dès que la maman se sent prête, l'allaitement maternel devrait être encouragé et ne cause pas de problème au bébé. Dans de telles circonstances, la mère a généralement besoin d'aide.

Les analgésiques les plus couramment utilisés au cours de la période postopératoire sont en général compatibles avec l'allaitement maternel. Il convient de les prescrire avec discernement et de toujours vérifier leur innocuité dans les références mentionnées précédemment. Ils sont prescrits dans le but que la mère se sente bien et prenne du repos, favorisant ainsi un allaitement précoce et une meilleure production lactée.

NAISSANCES MULTIPLES[35]

La mère qui donne naissance à des jumeaux, des triplés ou même des quadruplés peut allaiter ses bébés uniquement au sein ou les supplémenter avec du lait artificiel pour nourrissons. Idéalement, l'allaitement devrait débuter précocement. On sait cependant que l'incidence de prématurité et de retard de croissance est plus élevée lors d'une grossesse multiple. Il n'est donc pas rare que les bébés ne puissent pas être mis au sein avant plusieurs jours ou plusieurs semaines. Si tel est le cas, l'expression du lait maternel doit être entreprise très tôt, et l'utilisation d'un tire-lait électrique double est à encourager.

La mère peut choisir d'allaiter un bébé à la fois. Au début, elle devra utiliser les deux seins pour chaque bébé, à chaque tétée. Il est suggéré d'allaiter le bébé A du côté droit pendant environ 10 minutes et de le laisser terminer son boire au sein gauche. Le bébé B commence le sien du côté gauche. Il tète pendant environ 10 minutes lui aussi et termine son boire au sein droit. Toutefois, ce système risque de gaver les bébés après l'établissement d'une bonne sécrétion lactée. Si tel est le cas, il suffit de leur donner un sein chacun par tétée, en s'assurant de ne pas toujours allaiter le même bébé au même sein pour favoriser un développement plus harmonieux des bébés.

Après un certain temps, si la mère le désire, les deux bébés peuvent être nourris en tandem. La décision d'allaiter les deux bébés à la fois relève autant de la mère que des bébés. Certains bébés refuseront de se prêter à l'allaitement simultané, alors que d'autres, tout au contraire, refuseront de téter s'ils n'entendent pas leur jumeau téter à l'autre sein! Diverses positions peuvent être adoptées pour faciliter l'allaitement en tandem (p. 31, 32).

Si les bébés sont uniquement allaités, il faut souligner l'importance des boires fréquents (8 à 12 par jour). Au besoin, le lait maternel peut être supplémenté. Si du lait artificiel est utilisé, il est préférable de le donner avec une seringue, une tasse (annexe 4), un compte-goutte, à la cuillière ou avec un dispositif d'aide à l'allaitement (annexe 5).

RÉDUCTION MAMMAIRE ET AUGMENTATION MAMMAIRE[33,35]

La **réduction mammaire** nécessite l'ablation de tissu du sein, habituellement au niveau de la partie inférieure du sein, et ensuite, le déplacement du mamelon afin de reconstituer des seins qui plaisent esthétiquement.

Cette intervention peut occasionner une perte des tissus glandulaires qui servent à la production du lait, une interruption des conduits lactifères, de l'approvisionnement vasculaire et de l'innervation du complexe mamelon et aréole.

La **transposition** du mamelon consiste à déplacer le mamelon sans l'enlever complètement du sein, ce qui est préférable à la **transplantation** qui nécessite l'ablation complète du mamelon. Ces deux techniques peuvent laisser le même genre de cicatrice.

Les chances d'allaiter uniquement au sein après une réduction mammaire sont minces. On peut cependant considérer l'allaitement maternel partiel.

Il est important que la mère ait des attentes réalistes face à l'allaitement maternel. Il faut l'encourager à allaiter, mais aussi la préparer au fait qu'elle aura probablement besoin de donner des compléments de formule commerciale à son nourrisson. Lors d'une deuxième grossesse, l'allaitement pourrait être plus facile, les grossesses et les cycles menstruels se traduisant parfois par une prolifération suffisante du tissu glandulaire.

Pendant la période postnatale, les changements au niveau des seins et le gain pondéral du nourrisson sont à surveiller. Si un mamelon semble plus doué de sensation que l'autre, il est utile de déclencher le réflexe d'éjection du lait de ce côté.

La technique chirurgicale utilisée pour **l'augmentation mammaire** ne gêne pas le développement glandulaire ou la lactation. Si la chirurgie a été pratiquée sur des seins hypoplasiques et immatures, il se peut qu'ils ne puissent pas produire beaucoup de lait. À noter qu'il n'y a pas d'évidence que les implants mammaires au silicone comportent des risques pour le bébé. Le gain de poids chez le bébé doit toujours être surveillé de près.

CANCER DU SEIN

L'allaitement maternel est contre-indiqué chez les mères atteintes de cancer du sein. La chimiothérapie et le recours aux composés radioactifs pour établir le diagnostic ou dans le cadre d'un traitement sont également des contre-indications à l'allaitement maternel[2,35].

CONTRACEPTIFS ORAUX ET ALLAITEMENT MATERNEL

Les contraceptifs oraux combinés contenant des estrogènes ont été associés, dans plusieurs études, à une diminution de la production de lait[33,35]. Ils ne sont pas recommandés, à moins qu'aucune autre méthode contraceptive ne puisse être envisagée. Dans ce cas, les contraceptifs combinés, même s'ils incluent de faibles doses d'estrogènes, ne devraient être utilisés qu'après la 6e semaine postpartum, de façon à ce que la production de lait soit suffisante et bien établie.

Par ailleurs, les contraceptifs qui ne contiennent que des progestatifs (minipill) n'ont pas été associés à une diminution du volume de lait, ni à une altération de la croissance des bébés allaités[35]. En clinique, ils sont toutefois moins utilisés en raison de leur pouvoir contraceptif moindre et aux taches de sang fréquentes (*spotting*) qui nuisent à la compliance médicamenteuse.

FISSURE LABIO-PALATINE[33,52]

La fissure labiale ou palatine représente la malformation congénitale la plus fréquente. Il y a de nombreux avantages à allaiter ces bébés : le sein est plus souple que la tétine de caoutchouc et s'adapte mieux à la malformation de la lèvre ou du palais. Le bébé a davantage de contrôle sur le flot de lait et sur la position du sein dans sa bouche. En positionnant le bébé en-dessous ou au-dessus du sein, la direction du flot du lait peut être changée pour mieux s'accommoder à ses besoins.

Le bébé avec fissure labiale seulement peut être allaité avec succès, même avant la chirurgie. Le sein tend à remplir la fente labiale permettant au bébé de boire avec presque autant de facilité qu'un bébé sans malformation.

Par contre, le bébé avec une fissure palatine le moindrement sévère peut être difficile à allaiter. Il faut cependant encourager la mère à entreprendre l'allaitement le plus rapidement possible après l'accouchement et à essayer différentes positions, pendant que ses seins sont encore souples, pour trouver celles ou le bébé tète le plus efficacement.

Plusieurs suggestions peuvent être faites pour rendre l'allaitement plus facile chez ces bébés: massage des seins, compresses d'eau chaude, tétées fréquentes au cours des 2 premières semaines (toutes les 2 ou 3 heures) et pression sur l'aréole pour permettre au mamelon de s'allonger et au bébé d'agripper le sein plus facilement. Il faut éviter d'attendre que le bébé soit affamé et en pleurs pour donner le boire. Après de nombreux essais, si le bébé est incapable de prendre le sein ou de le vider efficacement, la mère peut alors extraire son lait pour l'offrir au bébé.

Pour prévenir la fuite de lait dans le nez et l'étouffement secondaire, les positions idéales pour le bébé semblent être celles à califourchon (p. 29) et football modifiée (p. 29). Les régurgitations nasales sont fréquentes au début et ne devraient pas alarmer les parents outre mesure. Elles tendent à diminuer au fur et à mesure que le bébé grandit. Lorsqu'elles surviennent, il est mieux d'arrêter le boire pour permettre au bébé de tousser ou d'éternuer.

HYPOGLYCÉMIE

L'hypoglycémie peut se retrouver chez les bébés qui pèsent moins de 2 500 g (5½ livres) et chez ceux dont le poids est supérieur à 4 000 g (8½ livres). Elle peut également se manifester chez les bébés nés de mères diabétiques, chez ceux qui viennent au monde après un travail long et difficile ou qui sont malades à la naissance. Il est bien reconnu maintenant que les boires précoces et fréquents peuvent prévenir l'hypoglycémie[35].

Il est extrêmement important que le bébé à risque d'hypoglycémie soit mis au sein dans la première heure de vie et puisse ensuite boire 10 à 12 fois durant les premières 24 heures. Il faut éviter les biberons d'eau glucosée qui entraînent une confusion sein/tétine. Si un supplément est nécessaire, il faut plutôt songer à utiliser du lait maternel exprimé, donné avec un seringue, à la tasse ou au compte-gouttes, pour compléter les tétées.

COLIQUES[35]

Les coliques peuvent survenir autant chez les enfants nourris au biberon que chez les bébés allaités. La raison précise pour laquelle les bébés ont des coliques n'est pas connue.

Les bébés qui ont des coliques ne sont pas malades. Après la tétée, ils pleurent fort et replient leurs genoux contre leur abdomen qui peut devenir dur. Ils peuvent passer beaucoup de gaz. Ces épisodes peuvent durer jusqu'à 3 heures et se poursuivre pendant plusieurs semaines. Les coliques disparaissent souvent vers l'âge de 3 ou 4 mois.

Les parents se sentent souvent impuissants, frustrés et incompétents face à un bébé inconsolable qui a des coliques. Ils ont besoin de l'aide de personnes en qui ils ont confiance. Ils doivent établir leurs priorités et être réalistes relativement au temps consacré aux autres activités. Ils doivent enfin trouver des moyens pour répondre à leurs propres besoins.

ICTÈRE[18,35,41]

L'ictère chez le nouveau-né entraîne souvent **l'interruption inutile de l'allaitement maternel.** L'hyperbilirubinémie est plus répandue chez les nouveau-nés nourris au sein que chez ceux qui reçoivent un biberon.

Il faut distinguer deux types d'ictère associés à l'allaitement maternel. Il y a d'abord **l'ictère précoce** qui apparaît dans les 3 à 5 premiers jours de vie. Il est dû à une insuffisance d'apport calorique très souvent secondaire aux routines hospitalières (boires retardés ou peu fréquents, utilisation de biberons). Une fois que toutes les autres causes possibles d'ictère ont été éliminées, le traitement repose essentiellement sur l'augmentation de la fréquence et de l'efficacité des tétées. L'enfant devrait boire au sein au moins 8 fois par jour pour accroître son apport calorique et stimuler la production de lait. Les biberons d'eau glucosée entre les tétées sont à déconseiller.

L'ictère tardif est une condition plus rare qui apparaît vers la fin de la première semaine, atteint son pic entre le 10e et le 15e jour de vie et peut durer plusieurs semaines et même des mois. Il n'est pas nécessaire d'interrompre l'allaitement maternel puisque l'ictère tardif est bénin chez les nourrissons en santé.

Ces deux conditions doivent être distinguées de **l'ictère pathologique** qui atteint moins de 3 % des nouveau-nés à terme. Il se manifeste en général dans les 24 heures suivant la naissance, atteint rapidement un pic ou se prolonge plus longtemps que normalement. Les principaux facteurs qui contribuent à l'ictère pathologique sont l'infection, la prématurité, l'incompatibilité sanguine et l'hématome. L'ictère pathologique est considéré comme une maladie, nécessite une évaluation et une intervention médicales immédiates. Toutefois, ces conditions obligent rarement l'arrêt de l'allaitement maternel.

ALLERGIES[35,43]

Le risque d'allergies est inférieur à 20 % chez les enfants dont les parents ne sont pas allergiques. On estime que ce risque double lorsqu'un des parents est atteint, et il s'élève à presque 60 % lorsque les deux parents sont touchés par l'asthme ou l'eczéma.

À ce jour, la seule **stratégie prénatale** qui puisse être proposée pour diminuer le risque d'allergie est la cessation du tabagisme chez la mère enceinte. La question de diète spéciale au cours de la grossesse est en investigation. Cette diète viserait à diminuer le risque de sensibilisation du foetus et, secondairement, les allergies.

Quant aux **stratégies postnatales**, elles suscitent beaucoup d'intérêt chez les chercheurs. Il semble raisonnable de proposer certaines **mesures diététiques** pour l'enfant à haut risque de développer des allergies. Malheureusement, les critères pour évaluer ce risque sont encore mal définis. Dans les 6 premiers mois de vie, l'allaitement maternel est fortement recommandé. Si un lait artificiel est utilisé pour supplémenter le lait maternel, il faut suggérer un lait à base d'hydrolysat de caséine. Il faut retarder l'introduction d'aliments de table potentiellement allergisants. Le lait de vache, le blé, le maïs, le soja et les oranges devraient être évités jusqu'à 1 an; les oeufs et les arachides, jusqu'à 2 ans.

L'insistance doit également être placée sur certaines **précautions environnementales** empiriques non testées, mais qui s'appuient sur de nombreuses théories. Le tabagisme devrait être interdit chez les membres de la famille, les animaux à poils exclus, le niveau d'humidité maintenu à 35 %. La fréquentation en bas âge de la garderie devrait être retardée si possible pour éviter le contact avec les virus respiratoires.

SYNDROME DE DOWN (TRISOMIE 21)[35]

Une étude rapporte que plus de la moitié des bébés ayant le syndrome de Down n'ont aucun problème à téter. Cependant, pour certaines mamans, allaiter un bébé ayant une trisomie 21 représente un défi de taille et nécessite patience, détermination et soutien.

Tous ces bébés sont hypotoniques et peuvent avoir de la difficulté à s'alimenter au sein, particulièrement au début. Ils nécessitent souvent de l'aide supplémentaire pour trouver le sein, s'y agripper efficacement et y rester un bon moment. Avec le temps et la pratique, le tonus et la succion de ces bébés s'améliorent et l'allaitement devient plus facile.

Ces bébés sont souvent calmes entre les boires et endormis aux boires. Un positionnement adéquat, une stimulation cutanée fréquente et des boires rapprochés mais de courte durée rendent la tâche plus facile à ces enfants.

Certains bébés avec trisomie 21 ont des problèmes cardiaques ou des infections respiratoires fréquentes nécessitant une attention médicale particulière. Ils bénéficient cependant grandement du colostrum et du lait maternel donnés par tube à gavage, seringue ou compte-gouttes.

8 - Expression et conservation du lait maternel[35]

Expression du lait maternel

L'expression du lait maternel permet aux mères d'offrir leur lait à leur bébé, même lorsqu'elles en sont séparées temporairement (sorties, retour au travail) ou plus longuement (hospitalisation de la mère ou du bébé, par exemple). L'expression du lait permet également de soulager les seins engorgés ou de maintenir la production lactée, au besoin.

Le choix d'une méthode pour exprimer le lait maternel dépend des besoins. Pour une mère qui exprime son lait tous les jours, pour nourrir son bébé prématuré ou hospitalisé par exemple, un tire-lait électrique est sans aucun doute le meilleur choix. Pour une mère qui exprime son lait de façon occasionnelle, en prévision de sorties par exemple, l'expression manuelle est plus appropriée.

EXPRESSION MANUELLE

La technique décrite ici est celle proposée par la Ligue La Leche. Il s'agit de la technique Marmet, du nom de celle qui l'a mise au point, Chele Marmet. Elle peut être utilisée pour exprimer un peu de lait, pour soulager les seins, ou pour exprimer tout un boire. La technique consiste à alterner expression du lait et massage des seins, de façon à stimuler l'éjection du lait.

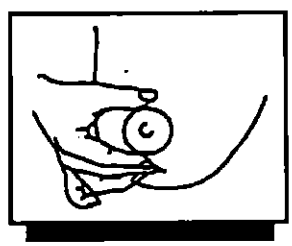
Pour faciliter la lecture du texte, la formulation la plus simple a été choisie. La technique est décrite comme si elle s'adressait directement à une mère allaitante.

Préparation

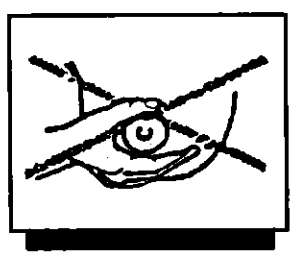
- Des compresses d'eau chaude ou une douche chaude peuvent aider à faire couler le lait.
- Trouver un endroit confortable où il est possible de découvrir les seins au complet.
- Bien laver les mains.
- Prendre un contenant propre, de préférence large et profond, pour recueillir le lait.

Expression du lait

1. Placer le pouce, l'index et le majeur à environ 1 ou 1 1/2 pouce du mamelon.

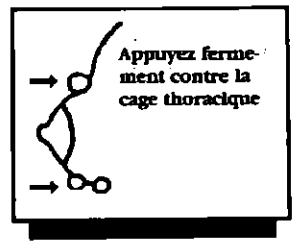


- Utiliser cette mesure comme guide seulement, car elle ne représente pas nécessairement le contour de l'aréole, le diamètre de celui-ci pouvant varier d'une femme à l'autre.
- Placer le pouce au-dessus de l'aréole et les deux autres doigts en-dessous.
- Éviter d'entourer tout le sein.



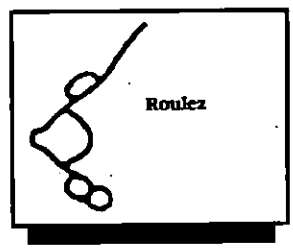
2. Appuyer fermement les doigts vers la cage thoracique.

- Éviter d'écarter les doigts.
- Si les seins sont gros et lourds, soulever le sein avant d'appuyer.

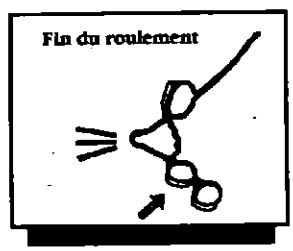


3. Rouler simultanément le pouce et les deux autres doigts vers l'avant, comme pour prendre des empreintes digitales.

- Ce mouvement de rotation du pouce et des doigts comprime et draine les réservoirs de lait, sans abîmer les tissus délicats du sein.



- Noter la position des ongles du pouce et des doigts dans l'illustration ci-contre.

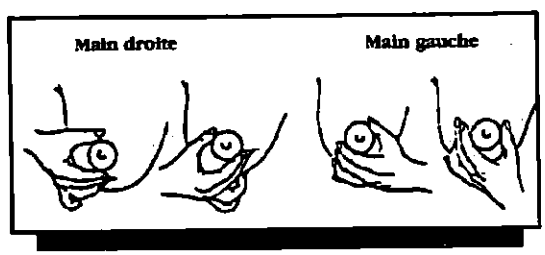


4. Répéter en cadence pour bien drainer les réservoirs.

- Placer les doigts, appuyer, rouler; placer les doigts, appuyer, rouler...
- Tenter de reproduire un rythme semblable à celui du bébé quand il tète. Le lait coule d'abord goutte à goutte, puis en jet avec le temps.

5. Déplacer le pouce et les doigts autour du sein, de manière à en faire le tour.

- Utiliser les deux mains sur chaque sein. Les illustrations ci-contre montrent la position des mains sur le sein droit.

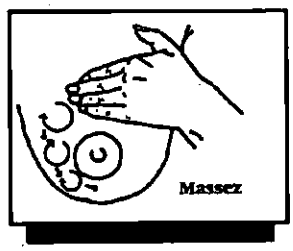


Massage

Il est recommandé de masser, caresser, secouer les seins pour stimuler l'éjection du lait

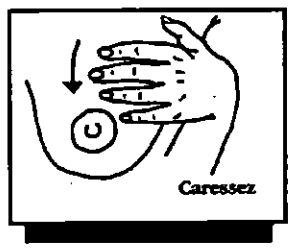
1. Masser les alvéoles et les canaux lactifères.

   - Commencer par le haut du sein. Appuyer fermement contre la cage thoracique. Du bout des doigts, tracer des cercles à un endroit précis du sein.
   - Après quelques secondes, déplacer les doigts vers un autre endroit.
   - Continuer de masser en spirales vers l'aréole.
   - Le mouvement est semblable à celui utilisé pour l'examen des seins.

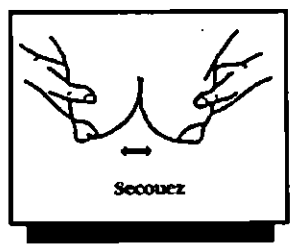


2. Caresser la surface du sein, à partir du haut vers l'aréole, en un mouvement semblable à un léger chatouillement.

   - Continuer ce mouvement de façon à faire le tour du sein.
   - Ce mouvement aide à la détente et stimule le réflexe d'éjection.



3. Secouer les seins en vous penchant vers l'avant de manière à ce que la gravité aide à l'éjection du lait.



Durée

L'expression du lait prend à peu près le même temps que nourrir le bébé.

Alterner l'expression du lait et le massage.

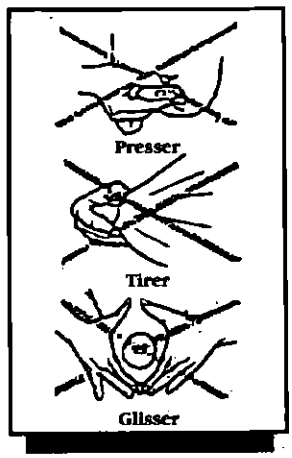
- Exprimer le lait de chaque sein pendant 5 à 7 minutes.
  Masser, caresser, secouer.
- Exprimer le lait de chaque sein pendant 3 à 5 minutes.
  Masser, caresser, secouer.
- Exprimer le lait de chaque sein pendant 2 à 3 minutes.

Certaines mères réussissent mieux à exprimer du lait si elles le font après l'allaitement, soit lorsque le bébé a déclenché le réflexe d'éjection du lait. D'autres trouvent que c'est plus facile d'exprimer le lait le matin ou après avoir pris une douche, parce que le volume du lait est plus grand.

Pour stimuler le réflexe d'éjection, on peut penser au bébé ou regarder une de ses photos.

À éviter

- **Éviter de presser le sein**, car cela risque de causer des ecchymoses.
- **Éviter de tirer** sur le sein et le mamelon, car cela risque d'abîmer les tissus.
- **Éviter de faire glisser** la main sur le sein, ce qui risque d'irriter la peau.



TIRE-LAIT

Pour exprimer le lait maternel, on peut également se servir d'un tire-lait. Il en existe plusieurs sortes : manuel, à piles ou électrique. Attention! Certaines marques de tire-lait, vendues en pharmacies ou dans les grands magasins, ne sont pas recommandées. Aussi, avant de se procurer un tire-lait, la mère devrait se renseigner auprès du personnel infirmier de son CLSC ou d'une monitrice de la Ligue La Leche.

Les tire-lait manuels sont simples à transporter et à nettoyer et sont les moins coûteux. On peut s'en procurer à la Ligue La Leche et dans la plupart des pharmacies.

Attention!

Il faut éviter les tire-lait en forme de klaxon de bicyclette. Il est difficile d'en régler la succion et ils peuvent blesser les mamelons. En plus, ces tire-lait sont difficiles à nettoyer.

Les tire-lait à piles peuvent se tenir d'une main, sont faciles à transporter et à nettoyer. Ils sont toutefois bruyants et dispendieux, d'autant plus que les piles doivent être remplacées souvent. Ils ne sont pas plus efficaces que les tire-lait manuels.

Les tire-lait électriques sont les plus efficaces et sont particulièrement utiles pour les mères qui expriment leur lait régulièrement (pour un bébé prématuré, par exemple). Certains permettent d'exprimer du lait des deux seins à la fois. Les tire-lait électriques sont les plus dispendieux, mais ils peuvent être loués.

Attention!

L'expression ne devrait pas être douloureuse. Certains tire-lait sont dotés d'adapteurs pour convenir aux différentes tailles de mamelons et d'aréoles. Les mamelons peuvent être blessés s'ils sont trop serrés dans la coupole.

QUANTITÉ ET COULEUR DU LAIT EXPRIMÉ

L'expression du lait maternel est un art et une habileté. Comme toute technique, elle exige de la pratique et les mères doivent en être avisées pour avoir des attentes réalistes. La quantité de lait exprimé au cours des premiers essais est généralement minime, mais elle augmente avec la pratique, au fur et à mesure que la mère se familiarise avec le massage et la manipulation des seins et qu'elle acquiert le rythme et la coordination appropriés. Il est important de rassurer les mères à ce sujet et de les encourager à consulter le personnel des soins de santé ou les bénévoles de la Ligue La Leche lorsqu'elles décident d'exprimer leur lait.

Le lait humain prend différentes teintes de blanc (bleuté, jaunâtre ou brunâtre). Il ne faut pas s'en inquiéter, c'est tout à fait naturel. De même, comme il n'est pas homogénéisé, le gras se sépare du reste. Il suffit de l'agiter avant de le donner au bébé.

Conservation du lait maternel

Tout ce qui entre en contact avec le lait maternel exprimé doit être le plus propre possible. Ceci comprend les mains, le tire-lait, le récipient ou le sac dans lequel le lait est versé. Afin d'éviter toute contamination, bien se laver les mains et nettoyer le ou les récipients avec un détergent et de l'eau chaude, puis rincer à l'eau claire. Le lait maternel exprimé peut ensuite être réfrigéré ou congelé.

CHOIX DES CONTENANTS

Lorsque le lait maternel est réfrigéré, les contenants de plastique sont préférables. Les leucocytes présents dans le lait maternel tendent en effet à adhérer aux contenants de verre et ne sont plus, par le fait même, disponibles pour le bébé (ceci est particulièrement important pour les bébés prématurés ou malades). Si le lait est congelé, le plastique ou le verre sont acceptables puisque les leucocytes sont détruits lors de la congélation. Pour ce qui est du plastique, on peut se servir de contenants rigides ou de sacs pour congélation. Si des sacs de plastique pour biberons sont utilisés, il faut les doubler car ils sont fragiles.

CONGÉLATION

- Verser le lait recueilli dans un sac de plastique pour congélation.
- Laisser un bon espace vide; en congelant, le lait prend de l'expansion.
- Inscrire la date, placer le sac debout dans un contenant de plastique rigide doté d'un couvercle, bien fermer, faire refroidir au réfrigérateur, puis congeler.

CONSERVATION

Les études récentes indiquent que le lait maternel contient des éléments qui le protègent de la contamination bactérienne et qu'il se conserve plus longtemps que l'on ne croyait[35].

- À la température de la pièce, le lait maternel se conserve de 6 à 10 heures.

- Au réfrigérateur, il se conserve jusqu'à 5 jours.
- Au congélateur, le lait maternel se conserve :
  - de 3 à 4 mois dans le congélateur du réfrigérateur (seulement 2 semaines si le congélateur n'a pas de porte séparée, c'est-à-dire s'il est situé à **l'intérieur** du réfrigérateur);
  - 6 mois dans un congélateur-coffre.

Le lait décongelé se conserve jusqu'à 24 heures au réfrigérateur. Il ne doit jamais être recongelé.

Attention!

Les durées de conservation indiquées ci-haut s'appliquent aux mères :

- *qui ont un bébé né à terme et en santé;*
- *qui conservent leur lait pour l'utiliser à la maison (à l'opposé d'une utilisation pour l'hôpital);*
- *qui lavent bien leurs mains avant d'exprimer leur lait;*
- *qui utilisent des contenants propres, bien lavés et bien rincés.*

Les durées de conservation ne sont pas cumulatives. Par exemple, le lait maternel ne doit pas être conservé 5 jours au réfrigérateur si on l'a déjà laissé 8 heures à la température de la pièce.

RÉCHAUFFER LE LAIT MATERNEL

S'il sort du réfrigérateur, il faut faire couler l'eau chaude du robinet sur le sac ou le tremper dans un contenant d'eau chaude jusqu'à ce qu'il soit tiède. On le mélange bien, puis on vérifie la température. Le lait devrait être servi à la température du corps : au toucher, le lait ne doit être ni chaud ni froid.

S'il sort du congélateur, il faut d'abord laisser couler l'eau froide sur le sac de lait congelé, puis ajouter graduellement l'eau chaude courante jusqu'à ce qu'il soit tiède.

Certains composants du lait maternel sont détruits si la température du lait dépasse 130 °F. Pour cette raison, il faut éviter de réchauffer le lait maternel dans un four à micro-ondes, puisque la température du liquide qui chauffe n'y est pas uniforme. De même, il est préférable de ne pas réchauffer le lait maternel en plongeant son contenant dans une casserole d'eau qu'on fait bouillir. Si l'eau est réchauffée sur la cuisinière, il est préférable de retirer la casserole du feu avant d'y faire tremper le contenant de lait maternel.

Important: Il faut encourager la mère qui exprime son lait à partager l'information sur la conservation et la manipulation du lait avec son conjoint, avec la gardienne ou avec toute personne susceptible de donner le lait au bébé.

Les illustrations contenues dans ce chapitre sont une traduction et une adaptation de celles de *Marmet Technique of Manual Expression*, qui paraissent dans le livre *The breastfeeding answer book*, p. 80 et 81 (réf. 35).

9 - LE SEVRAGE[35]

Le sevrage est l'étape où l'on cesse d'allaiter un bébé ou un jeune enfant. L'allaitement est remplacé complètement ou en partie par un autre lait, donné au biberon ou au gobelet, ou encore par d'autres liquides et aliments. Cette étape fait partie du développement normal du bébé ou du jeune enfant et devrait être vécue harmonieusement par la mère et l'enfant. Il n'y a pas d'âge idéal pour sevrer, mais il est recommandé d'encourager la mère à allaiter le plus longtemps possible.

Il existe diverses formes de sevrage :

- le sevrage progressif, complet ou partiel;
- le sevrage brusque, rapide;
- le sevrage naturel.

Sevrage progressif

- Le sevrage se fait plus facilement, pour la mère et le bébé, s'il est fait graduellement et avec amour.
- Le sevrage progressif donne le temps à la mère et au bébé de s'habituer au changement. Il permet également à la production de lait de diminuer lentement.
- Le sevrage d'un bébé de moins de 9 mois implique que l'on doive remplacer les tétées par du lait artificiel pour nourrisson. Celui-ci peut être offert au biberon ou au gobelet, selon l'âge de l'enfant.
- On doit encourager la mère à donner à son bébé plein d'attention, de caresses et de contacts physiques durant la période du sevrage pour compenser la perte de l'allaitement. Certains bébés ont un grand besoin de succion et peuvent trouver un autre moyen de sucer, comme leur pouce. On peut aussi offrir une sucette pour combler les besoins de succion.
- Il ne faut jamais forcer le bébé à prendre le biberon. Il existe plusieurs façons d'encourager le bébé à accepter le biberon (annexe 7).
- Il est mieux de reporter à plus tard le sevrage d'un bébé malade, car il a besoin des anticorps du lait maternel et un changement n'est pas propice en de telles circonstances.

SEVRAGE COMPLET

- On commence par remplacer une tétée, par exemple la tétée de l'avant-midi, par du lait artificiel pour au moins 4 ou 5 jours. Ensuite, on remplace une deuxième tétée pour encore quelques jours et ainsi de suite, jusqu'au sevrage complet. Si les seins deviennent engorgés et inconfortables, il vaut mieux espacer davantage le remplacement des tétées.
- La mère doit essayer de garder les tétées du soir et du matin le plus longtemps possible.

SEVRAGE PARTIEL

- Certaines mères choisissent de ne pas sevrer complètement. Elles continuent d'allaiter tout en offrant quelques boires de lait artificiel. Pour ne pas provoquer de confusion sein/tétine et pour ne pas nuire à la production de lait, le sevrage partiel ne devrait pas débuter trop tôt, jamais avant 4 semaines d'allaitement.
- Selon les besoins de la mère, il est possible de remplacer une ou des tétées par des biberons de lait artificiel. Comme pour le sevrage complet, il est recommandé de le faire graduellement et avec amour.
- Le sevrage partiel peut être temporaire. Si la mère le désire, elle peut revenir à l'allaitement complet.

Sevrage brusque

- Même s'il est quelquefois inévitable, le sevrage brusque est le plus difficile, autant pour la mère que pour le bébé.
- Le sevrage brusque n'est pas recommandé à cause de l'inconfort, de la douleur et des risques de complications possibles chez la mère, dont l'engorgement, le blocage des canaux lactifères et les mastites.
- À cause des changements hormonaux que le sevrage brusque amène, il peut provoquer des sentiments de tristesse et de dépression chez la mère.
- Il peut causer des traumatismes émotionnels chez le bébé qui est privé de l'allaitement et aussi de cette source de rapprochement et de réconfort.
- Si la mère et l'enfant sont séparés momentanément (à la suite d'un accident, par exemple) la mère peut choisir de sevrer. Les moyens suivants peuvent diminuer l'inconfort : exprimer assez de lait pour être confortable et diminuer graduellement le nombre d'extractions à chaque jour (pendant environ 1 semaine), appliquer des compresses glacées sur les seins, boire de l'eau citronnée (diurétique).

Sevrage naturel

- C'est l'enfant lui-même qui délaisse graduellement l'allaitement. La grève de la tétée, c'est-à-dire le bébé qui refuse le sein après avoir reçu plusieurs biberons, n'est pas un sevrage naturel.
- L'enfant abandonne graduellement chacune des tétées en gardant généralement celle du coucher et du lever. La sécrétion lactée de la mère diminue en fonction du nombre de tétées qui restent.
- Le sevrage naturel commence souvent lors de l'introduction des aliments solides et se poursuit graduellement, au fur et à mesure que l'enfant boit d'autres liquides au verre.
- L'âge où le sevrage est complété varie beaucoup d'un enfant à l'autre, comme tout autre aspect du développement. Il peut survenir entre l'âge de 9 ou 10 mois et 4 ans.

Il y a de nombreux bienfaits pour la mère et le bébé à continuer l'allaitement et à choisir le sevrage naturel.

Introduction des aliments solides

Les bébés peuvent être nourris uniquement au sein jusque vers le milieu de leur première année[35]. Les bébés allaités n'ont donc pas besoin de céréales, de fruits, de jus de fruits ou d'autres aliments avant l'âge de 4 à 6 mois.

Certains parents croient à tort que le lait maternel n'est pas produit en qualité ou en quantité suffisante pour satisfaire les besoins du bébé et qu'il faut lui donner des aliments solides. Avant l'âge de 4 à 6 mois, ce n'est pas le cas. Même lors des poussées de croissance, où le bébé paraît plus affamé pendant 1 à 3 jours, il est recommandé d'allaiter plus souvent afin de permettre à la mère d'augmenter sa production lactée et de répondre aux besoins croissants du bébé (p. 38).

- Avant l'âge de 4 à 6 mois, l'enfant n'est pas prêt à avaler des aliments solides : sa production de salive est insuffisante et sa coordination neuromusculaire est peu développée. Son réflexe de succion est bien développé, mais celui de déglutition, qui consiste à pousser les aliments vers l'arrière de sa bouche, n'est pas au point[28,35];
- En raison de leur fragilité, l'appareil digestif et l'appareil immunitaire du nourrisson ne peuvent supporter de surcharge. Ils atteindront une certaine maturité vers l'âge de 6 mois, maturité que favorise le lait maternel qui se digère facilement et protège l'enfant d'une façon toute spéciale[28,35].
- Plus on introduit tôt les aliments solides, plus on risque d'irriter le système digestif du bébé et de provoquer des réactions d'intolérance ou des allergies.

Une enquête pancanadienne sur les soins de routine dans les unités de maternité a révélé des différences importantes entre l'ouest et l'est du pays pour ce qui est du taux d'allaitement maternel. Réalisée en 1993 par Cheryl Levitt et Louise Hanvey, cette étude montre en effet qu'à la sortie de l'hôpital, la proportion des mères qui allaitent leur bébé est de 80 % dans les provinces de l'Ouest (de l'Ontario à la Colombie-Britannique), alors qu'elle atteint à peine 50 % dans les provinces de l'Est (du Québec à Terre-Neuve). Selon les auteurs, il y a un lien entre les politiques hospitalières et le taux d'allaitement[16].

Distribution d'échantillons gratuits de lait artificiel

Prenons, à titre d'exemple, la distribution d'échantillons gratuits de lait artificiel pour nourrissons. L'enquête citée plus haut révèle ainsi que 99 % des 523 hôpitaux répondants distribuent des échantillons de lait artificiel à l'ensemble des femmes qui viennent de donner naissance à leur bébé. Pour ce qui est des femmes allaitantes, tout particulièrement, les hôpitaux déclarent ne pas offrir de paquet-cadeau dans 58 % des cas, 18 % le distribuent sur demande seulement et le quart des établissements (24 %) leur offrent de routine un échantillon de lait artificiel. Cette dernière proportion cache d'importantes différences provinciales. Ainsi, au Québec et au Nouveau-Brunswick, 50 % des hôpitaux distribuent de routine des échantillons gratuits aux mères allaitantes, contre 10 % en Colombie Britannique et 8 % en Ontario[16].

Diverses enquêtes menées partout au monde ont pourtant démontré l'influence négative de la distribution d'échantillons de lait artificiel sur le succès de l'allaitement[8,27,35,40]. Les femmes qui en reçoivent sont proportionnellement plus nombreuses à arrêter d'allaiter tôt ou à opter précocement pour l'allaitement mixte. Malgré cela, les professionnelles et professionnels de la santé continuent de distribuer des échantillons gratuits de lait artificiel, non seulement aux mères qui viennent d'accoucher, mais également aux femmes enceintes, dans le cadre du suivi de grossesse ou des rencontres prénatales[22].

Or, plusieurs gouvernements partout au monde, dont celui du Canada, et diverses organisations professionnelles, incluant l'Association médicale canadienne[45], l'Association des hôpitaux du Canada[4] et l'Association canadienne des diététistes[3], ont endossé le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* qui, entre autres, condamne l'usage d'échantillons gratuits de formule lactée pour nourrissons à l'intention des familles[38].

CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL

L'adoption d'un code international visant à contrer les pratiques de commercialisation inappropriées de laits artificiels a été recommandée à Genève, en 1979, lors d'une réunion internationale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, organisée par l'OMS et l'UNICEF. Le code a été adopté à l'Assemblée mondiale de la santé en 1981[1].

Ce code cherche à encourager et à protéger l'allaitement maternel en réglementant des pratiques commerciales utilisées pour vendre les produits d'alimentation artificielle[1,31].

Il s'applique aux laits industriels et aux autres produits d'alimentation infantile, notamment lorsqu'ils sont présentés comme pouvant être donnés au biberon à des nourrissons de moins de 6 mois. Le code s'applique aussi aux biberons et aux tétines[1].

Le code comprend un ensemble de règles à l'intention des fabricants, du personnel des soins de santé et des gouvernements. La commercialisation ne se limite pas à la publicité. Elle englobe toutes les activités de promotion commerciale, de l'étiquetage à la disposition des étalages dans les magasins, aux relations avec le personnel de santé et avec leurs associations.

Le code contient les dix dispositions importantes suivantes[38]:

- Interdiction de la promotion des substituts du lait maternel auprès du grand public.
- Interdiction de donner des **échantillons**.
- Interdiction de toute promotion de ces produits dans le système de soins de santé.
- Interdiction d'utiliser du personnel payé par les fabricants pour conseiller les mères et les futures mères.
- Interdiction de distribuer cadeaux et échantillons au personnel de santé.
- Interdiction d'utiliser texte ou images qui idéalisent l'utilisation des substituts du lait maternel sur l'étiquette des produits.
- Les informations fournies par les fabricants et les distributeurs aux professionnels de la santé doivent être scientifiques et se borner aux faits.
- Chaque emballage ou étiquette doit clairement mentionner la supériorité de l'allaitement et comporter une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.
- Pas de promotion du lait condensé sucré ou d'autres produits inappropriés comme aliment pour nourrissons.
- Tous les produits doivent être de bonne qualité; la date limite doit être indiquée; des termes comme « humanisé » ou « maternisé » ne sont pas admis.

RESPONSABILITÉ PARTICULIÈRE DU PERSONNEL DES SOINS DE SANTÉ

Les médecins, sages-femmes, diététistes et le personnel infirmier ont certes une responsabilité particulière dans le succès ou l'échec de l'application du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.*

Les fabricants de lait artificiel pour nourrissons utilisent les services de santé comme créneau idéal pour encourager l'utilisation de leurs produits[1]. Ainsi, en les fournissant gratuitement aux hôpitaux, aux cliniques privées ou aux institutions chargées des cours prénatals, les fabricants s'assurent que les mères recevront leurs produits et qu'elles continueront de les acheter. C'est une façon de fidéliser la clientèle[7].

Or, c'est le personnel des soins de santé qui agit comme intermédiaire. C'est lui qui agit comme agent de commercialisation des laits artificiels auprès des parents et des futurs parents. Des études ont effectivement montré que la distribution d'échantillons de lait artificiel est perçue par les parents comme un encouragement, de celui ou de celle qui le donne, à l'utiliser. Les fabricants ont donc tout

avantage à s'adresser au personnel des soins de santé comme cible de leur promotion commerciale. Ils ont ainsi accès à des personnes spécialisées qui jouissent d'une autorité et d'une influence certaines sur les mères.

Si le personnel des soins de santé qui mieux que tout autre connaît les avantages du lait maternel, ne fait pas la promotion de l'allaitement auprès des parents et pose même des gestes reconnus pour nuire à son succès, certains parlent de **négligence** sur le plan de l'éthique professionnelle[51]. Le personnel des soins de santé, en se faisant le distributeur et le promoteur du lait artificiel, décourage, par le fait même, l'allaitement maternel. Ce n'est pas nécessairement intentionnel, mais le résultat est le même[23].

Dans sa politique de périnatalité, le ministère de la Santé et des Services sociaux recommande que :

> « les soins et les services centrés sur la famille lors de la grossesse et de l'accouchement et du séjour postnatal en centre hospitalier intègrent l'application du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* adopté par les États membres de l'Organisation mondiale de la santé (dont le Canada) »[34].

Autres pratiques hospitalières

D'autres différences concernant les pratiques hospitalières dans les unités de maternité ont été identifiées dans l'étude canadienne citée plus haut: temps de cohabitation par période de 24 heures, utilisation d'eau, de glucosé ou de lait artificiel auprès des bébés allaités, politique écrite d'allaitement. Les auteurs concluent : « Si les centres hospitaliers adhéraient au concept des hôpitaux «amis des bébés », la situation pourrait être améliorée »[16].

La norme mondiale pour les services de maternité définis comme « amis des bébés » a été établie par l'Organisation mondiale de la santé et l'UNICEF en 1989 dans une déclaration conjointe intitulée *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel: Le rôle spécial des services liés à la maternité*[2]. Le label « amis des bébés » est décerné aux hôpitaux qui appliquent la totalité des *Dix conditions pour la réussite de l'allaitement au sein*. Une telle reconnaissance constitue un but, encourageant les hôpitaux à revoir leur politique et leurs pratiques en matière d'allaitement.

PROTECTION, ENCOURAGEMENT ET SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

> « Imaginez que l'on ait inventé un nouveau "produit miracle" capable de nourrir et d'immuniser tous les bébés de la terre. Imaginez que l'on puisse se le procurer partout, qu'il n'ait besoin ni d'être conservé ni d'être livré et que, de plus, il aide les mères à planifier leur famille tout en réduisant les risques de cancer. Imaginez ensuite que l'on se refuse à l'utiliser. Vers la fin d'un siècle inégalé pour ses découvertes et ses inventions, alors même que les chercheurs sont en train de découvrir les origines de la vie, ce scénario n'est malheureusement pas une fiction. Ce "produit miracle", c'est le lait maternel, qui est offert à tous à la naissance et que, pourtant, nous dédaignons. »

Ce paragraphe-choc commence le dépliant de l'UNICEF qui fait la promotion des hôpitaux «amis des bébés », une initiative conjointe de l'UNICEF et de l'Organisation mondiale de la santé visant à ce que les hôpitaux protègent, encouragent et

soutiennent l'allaitement maternel[12]. Pour qu'un hôpital puisse être déclaré « ami des bébés », il doit respecter ces dix conditions essentielles.

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant.
2. Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement 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 au sein 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.

Attitude du personnel des soins de santé

L'attitude et le soutien du personnel des soins de santé sont également déterminants quant à la décision d'allaiter et à la poursuite de l'allaitement[43]. Ainsi, les attitudes des intervenants qui donnent des soins prénatals peuvent influencer directement la décision d'allaiter. En accordant un soutien, de l'encouragement et en donnant de l'information à la femme enceinte, les personnes intervenantes peuvent contribuer à l'augmentation du taux d'allaitement[33,40]. À titre d'exemple, citons André Lévesque, omnipraticien à l'Hôtel-Dieu de Lévis, qui fait une promotion très dynamique de l'allaitement maternel. Au total, 83 % de ses patientes allaitent, contre 54,6 % de l'ensemble des mères qui accouchent à cet hôpital[6]. De même, dans les unités de maternité où le personnel encourage et facilite l'allaitement maternel, la proportion de mères qui allaitent est plus élevée que dans les centres où le personnel manifeste peu d'intérêt pour le sujet[10,40].

La crainte de culpabiliser les parents est souvent invoquée par le personnel des soins de santé pour ne pas parler d'allaitement maternel aux parents ou aux futurs parents[10,49]. Selon l'avis de certaines autorités en matière d'allaitement, la crainte de culpabiliser les parents n'est pas une raison de les priver d'un choix éclairé[33,36,49]. En matière d'allaitement, c'est certainement aux parents qu'appartient le choix, mais ils doivent le faire en connaissance de cause.

Étant donné que le personnel des soins de santé entretient des contacts étroits avec les familles durant la période périnatale et la petite enfance, il est en mesure de contribuer aux efforts déployés en vue de faire la promotion de l'allaitement maternel.

ÊTRE À L'ÉCOUTE DES MÈRES

Si la réussite de l'allaitement maternel dépend en partie du niveau de connaissances et de motivation des parents, elle est également influencée par le climat émotionnel entourant les tétées, particulièrement les premières, et par la confiance qu'a la mère de réussir à allaiter et d'être capable de surmonter les problèmes éventuels. Or, l'une des choses les plus importantes que le personnel des soins de santé peut faire pour favoriser l'allaitement est de promouvoir la confiance des parents.

Le personnel des soins de santé peut y parvenir de la façon suivante:

- En félicitant les parents d'avoir choisi l'allaitement.
- En donnant une information juste, simple, sans aucun message négatif, même subtil.
- En mettant l'accent sur les points positifs, en parlant d'expériences réussies.
- En observant et en encourageant la mère dans ce qu'elle fait de bien.
- En encourageant la mère à parler, à exprimer ses craintes ou ses doutes :
  - écouter de façon active;
  - démontrer de l'empathie;
  - être attentif et éviter de faire autre chose quand la mère parle;
  - reconnaître et accepter ses sentiments;
  - éviter les mots qui suggèrent un jugement (bien, pas bien, correct, normal, insuffisant...);
  - garder la tête à la même hauteur que la sienne;
  - ne pas discuter ou critiquer.

En offrant du soutien à la naissance :

- créer autour de la mère une atmosphère chaleureuse et rassurante;
- maintenir une continuité de soins et de présence tout en préservant l'intimité des parents;
- protéger la relation immédiate entre la mère et son bébé;
- faciliter le démarrage précoce de l'allaitement.

- En offrant du soutien après la naissance :
  - proposer de l'aide à toutes les mères pour la mise en route de l'allaitement;
  - se soucier du bien-être de la mère et du bébé;
  - respecter leur intimité;
  - observer discrètement la mère et le bébé pendant la tétée, s'assurer que tout se passe bien, donner les conseils appropriés, au besoin;
  - aider la mère à rester positive lorsque l'adaptation n'est pas immédiate;
  - encourager la mère à trouver dans son entourage des personnes aidantes et à demander conseil surtout auprès des femmes qui ont vécu des allaitements réussis;
  - suggérer des livres, dépliants ou vidéos qui traitent positivement de l'allaitement;
  - donner les coordonnées des personnes-ressources en allaitement.

LISTE DES OUVRAGES CONSULTÉS

1. Alliance mondiale pour l'allaitement maternel (WABA). *Faire appliquer le code pour protéger l'allaitement maternel.* 1994.

2. American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 93 (1): 137-150, 1994.

3. Association canadienne des diététistes. Promouvoir l'allaitement : Rôle du diététiste et du nutritionniste. Position officielle de l'Association canadienne des diététistes. *J Can Diet Assoc* 50(4): 215-218, 1989.

4. Association des hôpitaux du Canada. *Énoncé de politique sur l'allaitement maternel.* Toronto : AHC, 1994.

5. Beaudry, M. et al. Relation between infant feeding and infections during the first six months of life. *J Pediatr* 126: 191-197, 1995.

6. Blanchet, S. Le lait maternel...franchement meilleur. *L'Omnipraticien*, p.18, 5 avril 1995.

7. Blanchet, S. Des techniques de fidélisation douteuses. *L'Omnipraticien*, p.21-22, 5 avril 1995.

8. Blomquist, H.K. et al. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. *Acta Paediatr Scand* 83: 1122-1126, 1994.

9. Briggs, B., R. Freeman et S. Yaffe. *Drugs in pregnancy and lactation* 4th ed. Baltimore/London: Williams and Wilkins, 1994.

10. Bruce, N.G. et al. Hospital and other influences on the uptake and maintenance of breast feeding : the development of infant feeding policy in a district. *Public Health* 105: 357-368, 1991.

11. Cunningham, A.S., D.B. Jelliffe et E.F.P. Jelliffe. Breast-feeding and health in the 1980s : A global épidemiologic review. *J Pediatr* 118(5):659-666, 1991.

12. Déclaration conjointe OMS/UNICEF. *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : Le rôle spécial des services liés à la maternité.* Genève : Organisation mondiale de la santé, 1989.

13. Dionne, S. *Allaitement maternel et santé de l'enfant.* 81p., 1994. Adaptation presque intégrale d'une partie du guide : *Conduite pratique et encouragement de l'allaitement maternel dans un hôpital « Ami des bébés ». Formation de 18 heures destinée au personnel des maternités.* UNICEF - OMS, 1993.

14. Direction des soins infirmiers Hôpital Saint-Luc. *Formation allaitement maternel. Module I : Principe de base.* 31 p., 1993.

15. Duncan, B. et al. Exclusive breastfeeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics* 91(5):867-872, 1993.

16. Dunlop, M. Few canadian hospitals qualify for "Baby friendly" designation by promoting breast-feeding : survey. *Can Med Assoc J* 152(1): 87-89, 1995.

17. Freed, G.L. et al. Attitudes of expectant fathers regarding breastfeeding. *Pediatrics* 90(2):224-227, 1992.

18. Gartner, L.M. et K.G. Auerbach. Breast milk and breast feeding jaundice. *Adv Pediatr* 34:249-275, 1987.

19. Gerstein, H.C. Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. *Diabetes Care* 17(1):1319, 1994.

20. Giugliani, E.R.J. et al. Are fathers prepared to encourage their partners to breast feed? A study about fathers' knowledge of breastfeeding. *Acta Paediatr Scand* 83: 1127-1131, 1994.

21. Hanson, L.A. et al. Breast feeding is a natural contraceptive and prevents disease and death in infants, linking infant mortality and birth rates. *Acta Paediatr Scand* 83: 3-6, 1994.

22. Howard, C.R. et al. Antenatal formula advertising : Another potential threat to breast-feeding. *Pediatrics* 94(1):102-104, 1994.

23. Howard, F.M. et al. The physician as advertiser : The unintentional discouragement of breast-feeding. *Obstet Gynecol* 81(6):1048-1051, 1993.

24. Howie, P.W. et al. Protective effect of breastfeeding against infection. *Br Med J* 300:11-16, 1990.

25. Kostraba, J.N. What can epidemiology tell us about the role of infant diet in the etiology of IDDM? *Diabetes Care* 17(1):87-91, 1994.

26. Lanting, C.I. et al. Neurological differences between 9-year-old children fed breast-milk or formula-milk as babies. *Lancet* 344(8933):1319-1322, 1994.

27. Lawrence, R.A. *Breastfeeding : A guide for the medical profession.* 3rd ed. St-Louis : Mosby, 652 p., 1989.

28. Ligue internationale La Leche. *L'art de l'allaitement maternel.* 4e ed. Bibliothèque nationale du Québec, 463 p., 1995.

29. Littman, H. et al. The decision to breastfeed : The importance of fathers' approval. *Clin Pediatr* April: 214-219, 1994.

30. Maccagno-Smith, R. et M. Young. Breastfeeding the sleepy infant. *L'infirmière canadienne* (2):20-22, 1993.

31. Marmet, C. Summary of institutional actions affecting breasfeeding. *J Hum Lact 9* (2):109-113, 1993.

32. Melnikow, J. et J.M. Bedinghaus. Management of common breast-feeding problems. *J Fam Prac* 39(1):56-64, 1994.

33. Milligan, L. et al. *Lignes directrices sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants de soins de santé.* Ottawa : Institut canadien de la santé infantile, 137 p., 1993.

34. Ministère de la santé et des services sociaux. *Politique de périnatalité.* Bibliothèque nationale du Québec, 100 p., 1993.

35. Mohrbacher, N. et J. Stock. *The breastfeeding answer book.* Franklin Park : La Leche League International, 455 p., 1993.

36. Moxley, S. et M. Kennedy. Strategies to support breastfeeding. Discarding myths and outdated advice. *Can Fam Physician* 40:1775-1781, 1994.

37. Newcomb, P.A. et al. Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. *New Eng J Med* 330(2):81-87, 1994.

38. Organisation mondiale de la santé. *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.* 1981. Genève : OMS, 1981.

39. Parenteau-Carreau, S. *Méthode de l'allaitement maternel et de l'amenorrhée (mama).* Matériel remis au symposium La Leche, 1994.

40. Perez-Escamilla, R. et al. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success : an analytical overview. *Am J Public Health* 84(1): 89-97, 1994.

41. Powers, N.G. et al. Breast milk jaundice. *Pediatrics in Review* 12 (3):67, 1990.

42. Solomon, W.R. Prevention of allergic disorders. *Pediatrics in Review* 15 (8):301-309, 1994.

43. Spisak, S. et S. Shapiro Gross. *Second follow-up report : The surgeon general's workshop on breastfeeding and human lactation.* Washington : National center for education in maternal and child health, 119 p., 1991.

44. Subcommittee on lactation from the National Academy of Sciences Committee on nutritional status during pregnancy and lactation. Nutrition during lactation. *Nutrition Today* 26(3):28-31, 1991.

45. Sullivan, P. CMA supports breast-feeding, "condems" contracts between formula makers, hospitals. *Can Med Assoc J* 146(9):1610-1613, 1992.

46. Thirion, M. L'allaitement maternel. Des données nouvelles pour tordre le cou aux idées reçues. *La revue du praticien-Médecine générale.* Tome 7(226): 29-36, 1993.

47. Varendi, H. et al. Does the newborn baby find the nipple by smell? *Lancet* 344: 989-990, 1994.

48. Victora, C.G. et al. Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet* 341: 404-406, 1993.

49. Walker, M. A fresh look at the risks of artificial infant feeding. *J Human Lact* 9(2): 97-107, 1993.

50. Wilton, J.M. Breastfeeding and the chemically dependant women. *Naagog's Clinical Issues in Perinatal and Womens Health Nursing* 4 (3) : 667-672, 1992.

51. Code Action Essential. *Infact Canada Newsletter* p. 3, Summer 1994.

52. Feeding an infant with a cleft palate, Cleft Palate Foundation, 1992.

ANNEXE 1

Liste du matériel pour les parents et pour le personnel des soins de santé

LISTE DU MATÉRIEL POUR LES PARENTS

La liste ci-après n'est pas exhaustive. Nous y avons regroupé le matériel le plus pertinent, le plus utile, le moins dispendieux ou le plus à jour possible.

Mieux vivre avec son enfant
From tiny tot to toddler

La majorité des parents le reçoivent à la naissance de leur enfant. Dans l'édition 1995, l'information au sujet de l'allaitement est très juste et à jour. Encourager les parents à y référer.

Mieux vivre avec son enfant
From tiny tot to toddler
Direction de la santé publique de Québec
1050, chemin Sainte-Foy, Québec (Québec) G1S 4L8
Tél.: (418) 682-7999
Fax : (418) 682-7925

Donné **gratuitement** à la mère lors de l'accouchement à l'hôpital ou à la maison de naissance; 4,00 $ l'exemplaire pour les autres personnes. Le chèque doit être fait à l'ordre de : Centre hospitalier de l'Université Laval

DÉPLIANT ET GUIDE

L'alimentation de la maman qui allaite. Se nourrir pour deux : bébé et vous
Un guide quotidien pour les mamans qui allaitent

Brochure accompagnée d'un guide aimanté qu'on peut afficher sur le réfrigérateur et qui indique le nombre de portions recommandé chaque jour. Matériel pour parents sensibilisés - **Gratuit**

Bureau laitier du Canada
1981, avenue McGill, bureau 1330, Montréal (Québec) H3A 2X9
Tél.: (514) 284-1092

DÉPLIANTS

Mythes et réalités de l'allaitement maternel
L'allaitement sein-pathique

Matériel très illustré - **Gratuit**

CLSC de la Haute-Yamaska,
294, Dérагon, Granby (Québec) J2G 5J5
Tél.: (514) 375-1442

10 précieux conseils pour allaiter avec succès
10 bonnes raisons pour allaiter

(en anglais et en français) - **Gratuit**

Santé et Bien-être social Canada
Unité des publications
Direction générale des services et de la promotion de la santé
5e étage - Immeuble Jeanne-Mance
Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 1B4

Matériel pour les femmes allaitantes

- Tire-lait manuel
- Location de tire-lait électrique
- Compresses d'allaitement
- Sacs de congélation pour lait maternel
- Dispositif d'aide à l'allaitement

Ligue La Leche Tél. : 823-7344 OU
Marielle Larocque
432, boul. Queen Nord
Sherbrooke (Québec) J1H 3R3
Tél. : 562-4107

Pour les parents qui veulent en savoir plus

LIVRES

L'art de l'allaitement maternel
4e éd., 463 p., 1995

Ce livre constitue une excellente ressource pour les femmes qui désirent allaiter. Il est rempli d'informations récentes, de témoignages, de trucs et de conseils pratiques. Il couvre tous les aspects de l'allaitement. Également disponible en anglais et en espagnol.

15,95 $

Ligue La Leche
Tél. : 823-7344

Le bambin et l'allaitement
208 p., 1989.

Un des seuls livres disponibles en français traitant de l'allaitement des enfants de plus d'un an. Également disponible en anglais.

13,00 $

Ligue La Leche
Tél. : 823-7344

AUTRES LIVRES, DÉPLIANTS, REVUES

La Ligue La Leche offre aux parents une foule de livres et de dépliants touchant divers aspects de l'allaitement, de même qu'une revue bimestrielle, La Voie Lactée, disponible en abonnement ou en exemplaire unique.

Ligue La Leche
Tél. : 823-7344

Matériel pour l'enseignement

VIDÉO

L'art de l'allaitement

Série de 3 vidéos VHS, d'environ 20 minutes chacun, qui apporte une information pratique aux parents.

- « La nature fait bien les choses » vise la période prénatale et la décision d'allaiter.
- « Un art qui s'apprend » donne des conseils pour aider à la réussite de l'allaitement dans les premiers jours.
- « Au jour le jour » porte sur l'adaptation parentale des premières semaines.

Achat : 30 $
Location (une semaine) : 2 $

Ligue La Leche
Tél. : 823-7344

AFFICHES

Affiches sur l'allaitement maternel

Gratuites

Santé Canada
Promotion de la santé
Édifice Jeanne-Mance, Ottawa (Ontario) K1A 1B4
Tél. : (613) 957-7193

MATÉRIEL VISUEL

Breastfeeding Chart Set (Childbirth Graphics)

Illustrations sur l'anatomie et la physiologie de la lactation et sur les positions pour allaiter. Très grand format. Utile pour enseignement prénatal ou postnatal.

92,95 $

Directional Learning
480, Washington St., Elora (Ontario) N0B 1S0
Tél. : (519) 846-5397

Matériel pour le personnel

LIVRES

The breastfeeding answer book

455 p., 1993.

S'adresse aux intervenants. Conçu pour les aider à répondre aux questions qui leur sont adressées par les femmes allaitantes. Très complet, détaillé et à jour. Très utile. En anglais seulement pour l'instant.

40 $

Ligue La Leche
Tél. : 823-7344

La version française du livre « The breastfeeding answer book » est en préparation.

Pour le personnel qui désire en savoir plus

LIVRES

Breastfeeding : a guide for the medical profession *

4th ed., 878 p., 1994.

Écrit par Ruth A. Lawrence, une sommité dans le domaine de l'allaitement maternel. Livre de référence de base pour les professionnels de la santé.

71 $

Times Mirror Professional Publishing
Mosby
130, Flaska Dr, Markham (Ontario) L6G 1B8
Tél. :(905) 470-6739
1-800-268-4178

Breastfeeding and human Lactation *

695 p., 1993.

Livre de référence pour les professionnels de la santé. Écrit par J. Riordan et K.G. Auerbach.

112 $

Jones and Bartlett, Publishers
Copp Clark Pitman
2775, Matheson Bd East, Mississauga (Ontario) L4W 4P7
Tél. :1-800-263-4374

Succesfull Breastfeeding *

2nd ed., 88 p., 1991.

Une publication du Royal College of Midwives. Livre de référence de base, concis, à jour, avec des références précises sur les dernières recherches disponibles au moment où le livre a été écrit.

11,95 $

Churchill Livingstone inc.
Copp Clark Pitman
2775, Matheson Bd East, Mississauga (Ontario) L4W 4P7
Tél. : 1-800-263-4374

PUBLICATIONS

Breastfeeding Abstracts

Publié 4 fois par année par la Ligue La Leche. Rassemble les résumés d'articles scientifiques récents portant sur l'allaitement maternel.

Abonnement annuel : 15,50 $ US
La publication est également vendue à l'unité : 3,50 $ US

Breastfeeding Abstracts
La Leche League International
Post Office Box 4079, Schaumburg, USA
IL 60168-4079

Allaitement Actualité

Rassemble les résumés d'articles scientifiques portant sur l'allaitement maternel. Traduction française de Breastfeeding Briefs. La version française arrive toujours quelques mois après la version anglaise.

Contribution minime acceptée

Association genévoise pour l'alimentation infantile - GIFA
C.P. 157
1211, Genève 19, Suisse

INFACT Canada Newsletter

Publié 4 fois par année par Infant Feeding Action Coalition (INFACT), organisme à but non lucratif voué à la protection de l'allaitement. Anglais seulement.

Abonnement annuel : 35 $

La publication est également vendue à l'unité.

INFACT vend également du matériel pour les parents et pour les professionnels : livres, affiches, dépliants.

INFACT Canada
10, Trinity Square, Toronto (Ontario) M5G 1B1

Tél. : (416) 595-9819

Matériel spécialisé

LIVRES

Nutrition in pregnancy and lactation *

5th ed., 544 p., 1993.

Écrit par B.S. Worthington-Robers et S.R. Williams pour le personnel des soins de santé qui fournit de l'information en nutrition aux femmes enceintes et allaitantes.

42,75 $

Times Mirror Professional Publishing
Mosby
130, Flaska Dr, Markham (Ontario) L6G 1B8
Tél.: (905) 470-6739
1-800-268-4178

Drugs in pregnancy and lactation *

4th ed.

Par B. Briggs, R. Freeman et S. Yaffe.
Williams and Wilkins, 1994.

126,50 $

Times Mirror Professional Publishing
Mosby
130, Flaska Dr, Markham (Ontario) L6G 1B8
Tél. :(905) 470-6739
1-800-268-4178

***Ces livres peuvent être commandés à :**

Biblairie GGC
Faculté de médecine
CUSE, Site Fleurimont
3001, 12e avenue Nord
Fleurimont (Québec) J1H 5N4
Tél. : (819) 346-3066

ANNEXE 2

Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)

Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)

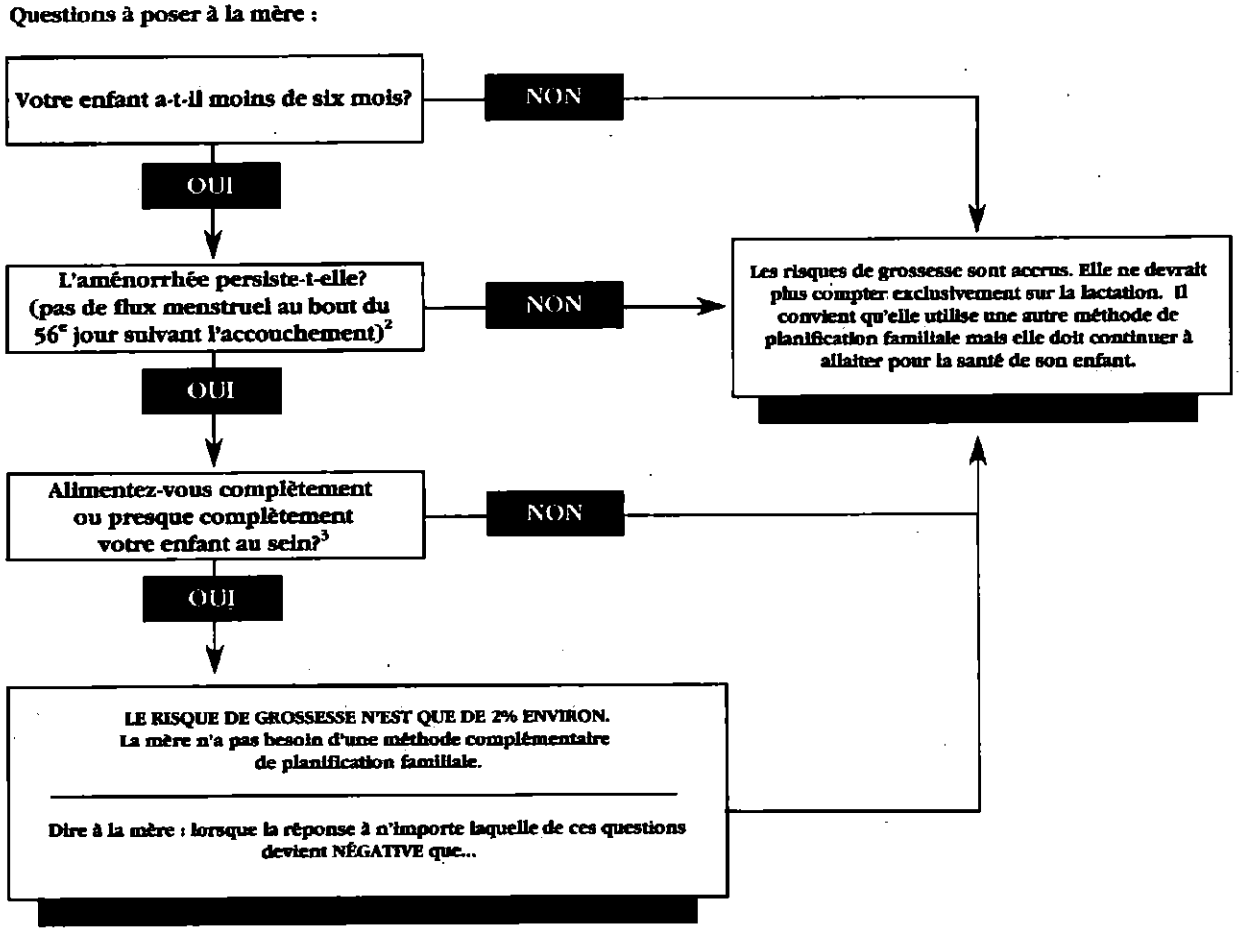
Suzanne Parenteau-Carreau, m.d.
Conseillère médicale de SERENA CANADA

À la suite d'une réunion d'experts en Italie en 1988 sur l'infertilité de l'allaitement, une affirmation a été publiée à savoir que le risque de conception n'excède pas 2% avant six mois,

- si l'allaitement est complet (ou presque)
- et si la femme n'a pas saigné après le 56e jour.

Voici une illustration graphique de la façon dont cette règle peut s'appliquer :

Utilisation de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) pour l'espacement des naissances durant les six mois suivant l'accouchement[1]



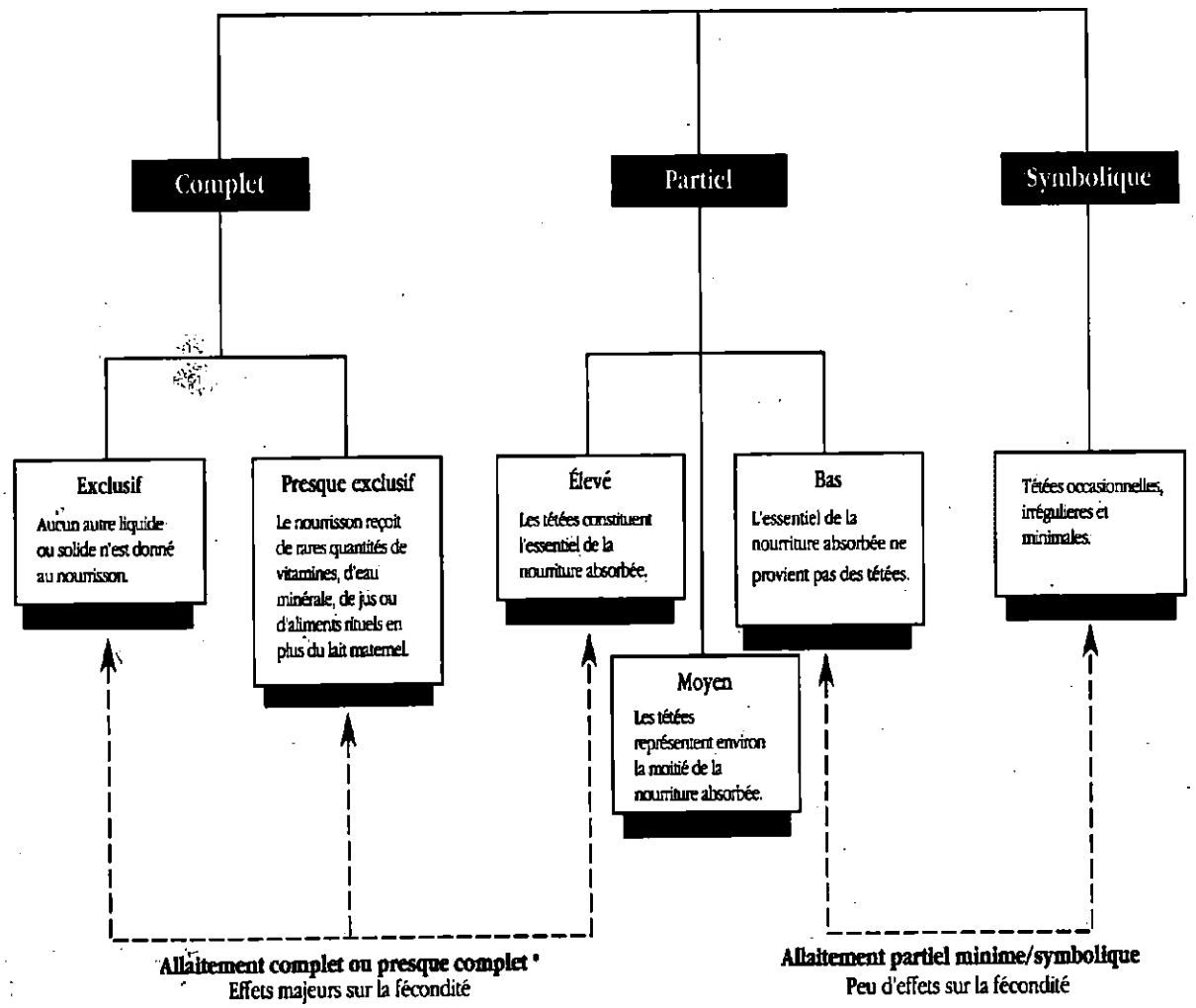
(1) Il convient de noter que ces lignes directrices sont prudentes. Les femmes qui y adhèrent après les six mois qui suivent la grossesse ou qui n'ont connu qu'un seul saignement vaginal peuvent toujours se trouver en état de faible fécondité lorsque l'allaitement est complet ou presque complet (voir page suivante). En outre, dans de nombreuses régions du monde, les femmes peuvent allaiter pendant 18-24 mois et ne pas avoir de menstruation pendant au moins 12 mois. Ces femmes peuvent rester infécondes pendant 12 à 15 mois après l'accouchement.

(2) Les légers saignements qui se produisent durant les 56 premiers jours ne sont pas considérés comme une menstruation.

(3) « Complètement » se rapporte à l'allaitement exclusif ou presque exclusif jour et nuit (avec à l'occasion d'infimes quantités d'aliments rituels et d'eau). « Presque complètement » signifie que de temps à autre, l'enfant reçoit des aliments autres que le lait maternel (voir page suivante).

Schéma de définition de l'allaitement maternel

Les pratiques d'allaitement maternel sont très variables. Dans le diagramme ci-dessous, les différentes pratiques sont définies, ainsi que leurs effets sur la physiologie de la fécondité et de la production de lait.



*Les intervalles entre les tétées ne doivent pas dépasser quatre heures le jour, six heures la nuit. La proportion des suppléments donnés ne doit pas dépasser de 5 à 15% de tous les aliments absorbés (de préférence encore moins). Quoique l'allaitement partiel élevé soit suffisant pour maintenir l'infécondité, il y a lieu d'informer la mère que toute alimentation supplémentaire et toute modification des pratiques d'allaitement risquent d'accroître ses risques de grossesse.

Source : Labbok, M., Cooney, K., Coly, S. Institute for Reproductive Health, 1994.

ANNEXE 3

Recettes de lait fortifié

Lait fortifié Pep-up

- 1 oeuf
- 2 tasses (500 ml) de lait 2 %
- 1/2 tasse (125 ml) de poudre de lait écrémé
- 1 c. à soupe (15 ml) de levure de bière
- 1 c. à thé (5 ml) de vanille
- 1 c. à soupe (15 ml) d'huile végétale
- 1/2 tasse (125 ml) de fruits (fraises ou framboises)
- 1 c. à soupe (15 ml) de lécithine
- 2 c. à soupe (30 ml) de cassonade

Passer le tout au mélangeur électrique.

Recette adaptée de :
Clark, Colette. *Allaitement maternel,*
Éditions Guy St-Jean 1982, p. 106.

Lait protéiné énergique

- 1 1/2 tasse (375 ml) de lait 2%
- 1 c. à soupe (15 ml) de poudre de lait
- 1 c. à soupe (15 ml) de poudre de protéines*
- 1 c. à thé (5 ml) de lécithine en granules*
- 1 c. à thé (5 ml) de germe de blé
- 1 c. à thé (5 ml) d'huile de tournesol
- 1 c. à thé (5 ml) de poudre de lactate de calcium*
- 1 fruit frais : banane, poire ou fraises **OU**

2 fruits séchés : pruneaux, figues ou dattes **ET/OU**

essence naturelle : vanille, érable **OU**

poudre de caroube

Mixer le tout au mélangeur.

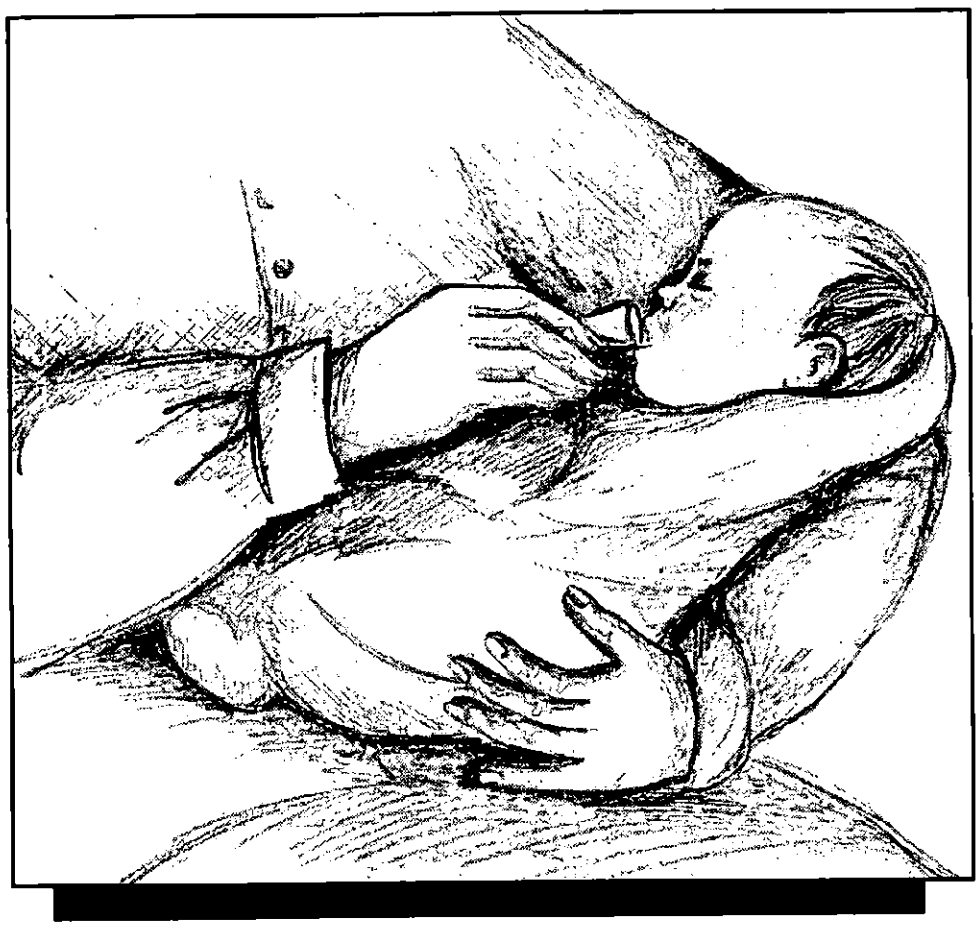
*On peut trouver ces ingrédients dans les magasins d'aliments naturels

Tiré des *Recettes saines et naturelles*
de Johanne Lemire, naturopathe-homéopathe

ANNEXE 4

Faire boire un bébé à la tasse

Faire boire un bébé à la tasse

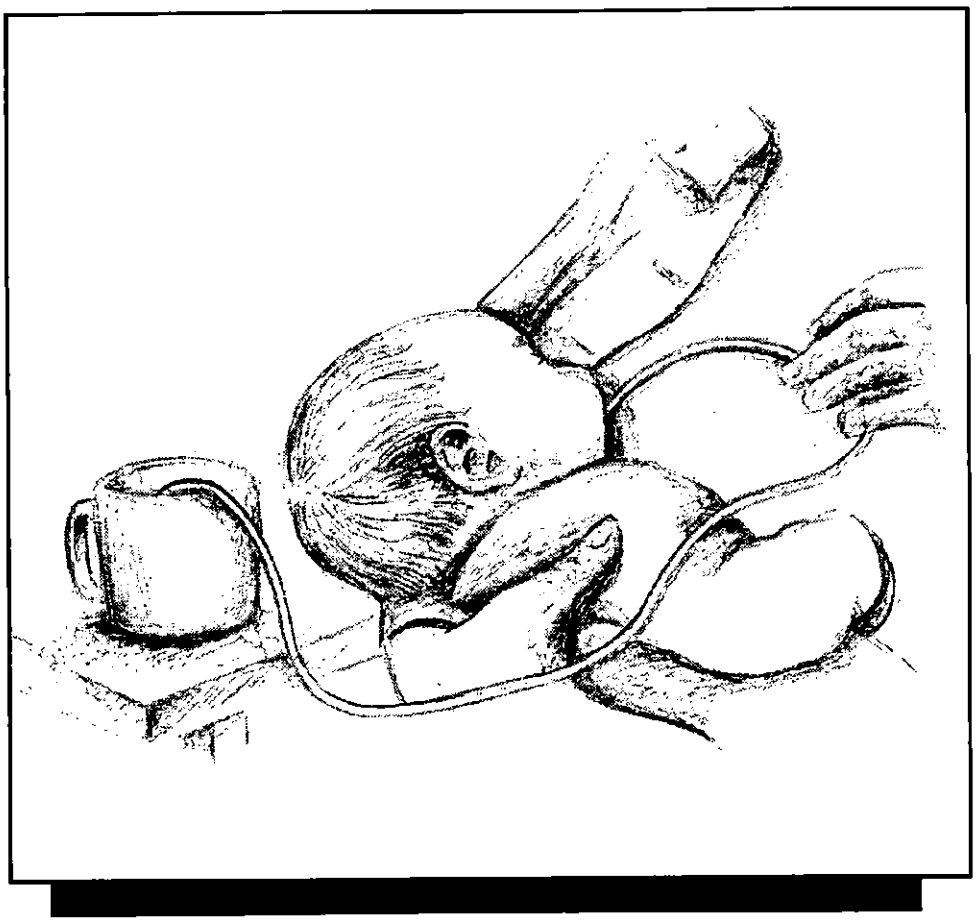


Tenir le bébé serré contre vous, en position semi-assise. Porter la tasse à ses lèvres (ou un gobelet à médicament). Verser un peu de lait à la fois, lentement. Laisser au bébé le temps d'avaler. Entre les gorgées, laisser le bébé se reposer.

ANNEXE 5

Alimenter un bébé avec un dispositif d'aide à l'allaitement

Alimenter un bébé avec un dispositif d'aide à l'allaitement



Lorsqu'un supplément est nécessaire, un dispositif d'aide à l'allaitement peut être utilisé. Il permet au bébé de recevoir un supplément (lait maternel exprimé ou lait artificiel) tout en tétant au sein. Cette façon de faire évite la confusion sein/tétine et permet de maintenir une bonne production de lait.

Une fine sonde naso-gastrique, dont une extrémité trempe dans une tasse de lait, maternel ou artificiel, est fixée au sein de la mère. Lorsque le bébé tète, il reçoit le lait de la tasse et celui du sein.

ANNEXE 6

The transfer of drugs and other chemicals into human milk

The Transfer of Drugs and Other Chemicals Into Human Milk

Committee on Drugs

This statement was first published in 1983,[1] with a revision published in 1989.[2] Information about the transfer of drugs and chemicals into human milk continues to become available. This current statement is intended to revise the lists of agents transferred into human milk and describe their possible effects on the infant or on lactation, if known (Tables 1 through 7). The fact that a pharmacologic or chemical agent does not appear on the lists is not meant to imply that it is not transferred into human milk or that it does not have an effect on the infant; it only indicates that there were no reports found in the literature. These tables should assist the physician in counseling a nursing mother regarding breast-feeding when the mother has a condition for which a drug is medically indicated.

The following question and options should be considered when prescribing drug therapy to lactating women. (1) Is the drug therapy really necessary? Consultation between the pediatrician and the mother's physician can be most useful. (2) Use the safest drug, for example, acetaminophen rather than aspirin for analgesia. (3) If there is a possibility that a drug may present a risk to the infant, consideration should be given to measurement of blood concentrations in the nursing infant. (4) Drug exposure to the nursing infant may be minimized by having the mother take the medication just after she has breast-fed the infant and/or just before the infant is due to have a lengthy sleep period.

Data have been obtained from a search of the medical literature. Because methodologies used to quantitate drugs in milk continue to improve, this current information will require continuous updating. Drugs cited in Tables 1 through 7 are listed in alphabetical order by generic name; brand names are listed in Tables 8 and 9 in accordance with the current *Physicians Desk Reference, AMA Drug Evaluation,* and the *USAN and the USP Dictionary of Drug Names.* The reference list is not inclusive of all articles published.

Physicians who encounter adverse effects in infants fed drug-contaminated human milk are urged to document these effects in a communication to the American Academy of Pediatrics Committee on Drugs and to the Food and Drug Administration. This communication should include the generic and brand name of the drug, the maternal dose and mode of administration, the concentration of the drug in milk and maternal and infant blood in relation to the time of ingestion, the method used for laboratory identification, the age of the infant, and the adverse effect. Such reports may significantly increase the pediatric community's fund of knowledge regarding drug transfer into human milk and the potential or actual risk to the infant.

The recommendations in this policy statement do not indicate an exclusive course of treatment or serve as a standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate.
PEDIATRICS (ISSN 0031 4005). Copyright © 1994 by the American Academy of Pediatrics.

ACKNOWLEDGMENT

The Committee would like to thank Linda Watson for her work in reference identification, document retrieval, and manuscript preparation.

COMMITTEE ON DRUGS, 1992 to 1993
Ralph E. Kauffman, MD, PhD, Chairperson
William Banner, Jr, MD, PhD
Cheston M. Berlin, Jr, MD
Jeffrey L. Blumer, MD, PhD
Richard L. Gorman, MD
George H. Lambert, MD
Geraldine S. Wilson, MD

LIAISON REPRESENTATIVES
Donald R. Bennett, MD, PhD,
American Medical Association
Jose F. Cordero, MD, MPH,
Centers for Disease Control and Prevention
Paul Kaufman, MD,
Pharmaceutical Manufacturers' Association
Sam A. Licata, MD,
National Health and Welfare, Health Protection Branch, Canada
Paul Tomich, MD,
American College of Obstetricians and Gynecologists
Gloria Troendle, MD,
Food and Drug Administration
Sumner J. Yaffe, MD,
National Institute of Child Health and Human Development, National Institutes of Health

AAP SECTION LIAISON
Charles J. Coté, MD,
Section on Anesthesiology

CONSULTANT
Anthony R. Temple, MD

TABLE 1. Drugs That Are Contraindicated During Breast-Feeding

Drug	Reason for Concern, Reported Sign or Symptom in Infant, or Effect on Lactation	Reference No.
Bromocriptine	Suppresses lactation; may be hazardous to the mother	3, 4
Cocaine	Cocaine intoxication	5
Cyclophosphamide	Possible immune suppression; unknown effect on growth or association with carcinogenesis; neutropenia	6, 7
Cyclosporine	Possible immune suppression; unknown effect on growth or association with carcinogenesis	8
Doxorubicin*	Possible immune suppression; unknown effect on growth or association with carcinogenesis	9
Ergotamine	Vomiting, diarrhea, convulsions (doses used in migraine medications)	10
Lithium	One-third to one-half therapeutic blood concentration in infants	11–13
Methotrexate	Possible immune suppression; unknown effect on growth or association with carcinogenesis; neutropenia	14
Phencyclidine (PCP)	Potent hallucinogen	15
Phenindione	Anticoagulant: increased prothrombin and partial thromboplastin time in one infant; not used in United States	16

* Drug is concentrated in human milk.

TABLE 2. Drugs of Abuse: Contraindicated During Breast-Feeding*

Drug Reference	Reported Effect or Reasons for Concern	Reference No.
Amphetaminet	Irritability, poor sleeping pattern	17
Cocaine	Cocaine intoxication	5
Heroin	Tremors, restlessness, vomiting, poor feeding	18
Marijuana	Only one report in literature; no effect mentioned	19
Nicotine (smoking)	Shock, vomiting, diarrhea, rapid heart rate, restlessness; decreased milk production	20–26
Phencyclidine	Potent hallucinogen	15

* The Committee on Drugs strongly believes that nursing mothers should not ingest any compounds listed in Table 2. Not only are they hazardous to the nursing infant, but they are also detrimental to the physical and emotional health of the mother. This list is obviously not complete; no drug of abuse should be ingested by nursing mothers even though adverse reports are not in the literature.
† Drug is concentrated in human milk.

TABLE 3. Radioactive Compounds That Require Temporary Cessation of Breast-Feeding*

Drug	Recommended Time for Cessation of Breast-Feeding	Reference No.
Copper 64 (^{64}Cu)	Radioactivity in milk present at 50 h	27
Gallium 67 (^{67}Ga)	Radioactivity in milk present for 2 wk	28
Indium 111 (^{111}In)	Very small amount present at 20 h	29
Iodine 123 (^{123}I)	Radioactivity in milk present up to 36 h	30
Iodine 125 (^{125}I)	Radioactivity in milk present for 12 d	31
Iodine 131 (^{131}I)	Radioactivity in milk present 2–14 d, depending on study	32–35
Radioactive sodium	Radioactivity in milk present 96 h	36
Technetium-99m (^{99m}Tc), ^{99m}Rc macroaggregates, ^{99m}Tc O4	Radioactivity in milk present 15 h to 3 d	37–42

* Consult nuclear medicine physician before performing diagnostic study so that radionuclide that has shortest excretion time in breast milk can be used. Before study, the mother should pump her breast and store enough milk in freezer for feeding the infant; after study, the mother should pump her breast to maintain milk production but discard all milk pumped for the required time that radioactivity is present in milk. Milk samples can be screened by radiology departments for radioactivity before resumption of nursing.

TABLE 4. Drugs Whose Effect on Nursing Infants Is Unknown But May Be of Concern

Psychotropic drugs, the compounds listed under antianxiety, antidepressant, and antipsychotic categories, are of special concern when given to nursing mothers for long periods. Although there are no case reports of adverse effects in breast-feeding infants, these drugs do appear in human milk and thus could conceivably alter short-term and long-term central nervous system function.[43]

Drug	Reported or Possible Effect	Reference No.
Antianxiety		
Diazepam	None	44–46
Lorazepam	None	47
Midazolam	. . .	48
Perphenazine	None	49
Prazepam*	None	50
Quazepam	None	51
Temazepam	. . .	52
Antidepressants		
Amitriptyline	None	53, 54
Amoxapine	None	55
Desipramine	None	56, 57
Dothiepin	None	58, 59
Doxepin	None	60
Fluoxetine	. . .	61
Fluvoxamine	. . .	62
Imipramine	None	56
Trazodone	None	63
Antipsychotic		
Chlorpromazine	Galactorrhea in adult; drowsiness and lethargy in infant	64, 65
Chlorprothixene	None	66
Haloperidol	None	67, 68
Mesoridazine	None	69
Chloramphenicol	Possible idiosyncratic bone marrow suppression	70, 71
Metoclopramide*	None described; dopaminergic blocking agent	72, 73
Metronidazole	In vitro mutagen; may discontinue breast-feeding 12–24 h to allow excretion of dose when single-dose therapy given to mother	74, 75
Tinidazole	See metronidazole	76

* Drug is concentrated in human milk.

TABLE 5. Drugs That Have Been Associated With Significant Effects on Some Nursing Infants and Should Be Given to Nursing Mothers With Caution*

Drug	Reported Effect	Reference No.
5-Aminosalicylic acid	Diarrhea (1 case)	77, 78
Aspirin (salicylates)	Metabolic acidosis (1 case)	79–81
Clemastine	Drowsiness, irritability, refusal to feed, high-pitched cry; neck stiffness (1 case)	82
Phenobarbital	Sedation; infantile spasms after weaning from milk containing phenobarbital, methemoglobinemia (1 case)	83–87
Primidone	Sedation, feeding problems	83, 84
Sulfasalazine (salicylazosulfapyridine)	Bloody diarrhea (1 case)	88

* Measure blood concentration in the infant when possible.

TABLE 6. Maternal Medication Usually Compatible With Breast-Feeding*

Drug	Reported Sign or Symptom in Infant or Effect on Lactation	Reference No.
Acebutolol	None	89
Acetaminophen	None	90–92
Acetazolamide	None	93
Acitretin	. . .	94
Acyclovir†	None	95, 96
Alcohol (ethanol)	With large amounts drowsiness, diaphoresis, deep sleep, weakness, decrease in linear growth, abnormal weight gain; maternal ingestion of 1 g/kg daily decreases milk ejection reflex	20, 97–100
Allopurinol	. . .	101
Amoxicillin	None	102
Antimony	. . .	103
Atenolol	None	104–106
Atropine	None	107
Azapropazone (apazone)	. . .	108
Aztreonam	None	109
B_1 (thiamin)	None	110
B_6 (pyridoxine)	None	111–113
B_{12}	None	114
Baclofen	None	115
Barbiturate	See Table 5	
Bendroflumethiazide	Suppresses lactation	116
Bishydroxycoumarin (dicumarol)	None	117
Bromide	Rash, weakness, absence of cry with maternal intake of 5.4 g/d	118
Butorphanol	None	119
Caffeine	Irritability, poor sleeping pattern, excreted slowly; no effect with usual amount of caffeine beverages	120–125
Captopril	None	126
Carbamazepine	None	127, 128
Carbimazole	Goiter	129, 130
Cascara	None	131
Cefadroxil	None	102
Cefazolin	None	132
Cefotaxime	None	133
Cefoxitin	None	133
Cefprozil	. . .	134
Ceftazidime	None	135
Ceftriaxone	None	136
Chloral hydrate	Sleepiness	137
Chloroform	None	138
Chloroquine	None	139–141
Chlorothiazide	None	142–143
Chlorthalidone	Excreted slowly	144
Cimetidine†	None	145
Cisapride	None	146
Cisplatin	Not found in milk	9
Clindamycin	None	147
Clogestone	None	148
Clomipramine	. . .	149
Codeine	None	92, 107
Colchicine	. . .	15
Contraceptive pill with estrogen/progesterone	Rare breast enlargement; decrease in milk production and protein content (not confirmed in several studies)	151–158
Cycloserine	None	159
D (Vitamin)	None; follow up infant's serum calcium level if mother receives pharmacological doses	160–162
Danthron	Increased bowel activity	163
Dapsone	None; sulfonamide detected in infant's urine	141, 164
Dexbrompheniramine maleate with *d*-isoephedrine	Crying, poor sleeping patterns, irritability	165
Digoxin	None	166, 167
Diltiazem	None	168
Dipyrone	None	169
Disopyramide	None	170–171
Domperidone	None	172
Dyphyllinet	None	173
Enalapril	. . .	174
Erythromycin†	None	175
Estradiol	Withdrawal, vaginal bleeding	176

TABLE 6. *Continued*

Drug	Reported Sign or Symptom in Infant or Effect on Lactation	Reference No.
Ethambutol	None	159
Ethanol (cf. alcohol)	...	
Ethosuximide	None, drug appears in infant serum	127, 177
Fentanyl	...	178
Flecainide	...	179, 180
Flufenamic acid	None	181
Fluorescein	...	182
Folic acid	None	183
Gold salts	None	184–188
Halothane	None	189
Hydralazine	None	190
Hydrochlorothiazide	...	142, 143
Hydroxychloroquine†	None	191, 192
Ibuprofen	None	193, 194
Indomethacin	Seizure (1 case)	195–197
Iodides	May affect thyroid activity; see miscellaneous iodine	198
Iodine (providone-iodine/vaginal douche)	Elevated iodine levels in breast milk, odor of iodine on infant's skin	198
Iodine	Goiter; see miscellaneous, iodine	198
Iopanoic acid	None	199
Isoniazid	None; acetyl metabolite also secreted; ? hepatotoxic	159, 200
K_1 (vitamin)	None	201, 202
Kanamycin	None	159
Ketorolac	...	203
Labetalol	None	204, 205
Levonorgestrel	...	206–209
Lidocaine	None	210
Loperamide	...	211
Magnesium sulfate	None	212
Medroxyprogesterone	None	148
Mefenamic acid	None	213
Methadone	None if mother receiving ≤20 mg/24 h	214, 215
Methimazole (active metabolite of carbimazole)	None	216
Methocarbamol	None	217
Methyldopa	None	218
Methyprylon	Drowsiness	219
Metoprolol†	None	104
Metrizamide	None	220
Mexiletine	None	221
Minoxidil	None	222
Morphine	None; infant may have significant blood concentration	223, 224
Moxalactam	None	225
Nadolol†	None	226
Nalidixic acid	Hemolysis in infant with glucose-6-phosphate dehydrogenase (G-6-PD) deficiency	227
Naproxen	...	228
Nefopam	None	229
Nifedipine	...	230
Nitrofurantoin	Hemolysis in infant with G-6-PD deficiency	231
Norethynodrel	None	232
Norsteroids	None	233
Noscapine	None	234
Oxprenolol	None	235, 236
Phenylbutazone	None	237
Phenytoin	Methemoglobinemia (1 case)	85, 127, 238
Piroxicam	None	239
Prednisone	None	241
Procainamide	None	242
Progesterone	None	243
Propoxyphene	None	244
Propranolol	None	245–247
Propylthiouracil	None	248
Pseudoephedrine†	None	249
Pyridostigmine	None	250
Pyrimethamine	None	141, 251
Quinidine	None	252
Quinine	None	223
Riboflavin	None	110

TABLE 6. *Continued*

Drug	Reported Sign or Symptom in Infant or Effect on Lactation	Reference No.
Rifampin	None	159
Scopolamine	. . .	107
Secobarbital	None	253
Senna	None	254
Sotalol	. . .	180, 255
Spironolactone	None	256
Streptomycin	None	159
Sulbactam	None	257
Sulfapyridine	Caution in infant with jaundice or G-6-PD deficiency, and ill, stressed, or premature infant; appears in infant's milk	258, 259
Sulfisoxazole	Caution in infant with jaundice or G-6-PD deficiency, and ill, stressed, or premature infant; appears in infant's milk	260
Suprofen	None	261
Terbutaline	None	262
Tetracycline	None; negligible absorption by infant	263, 264
Theophylline	Irritability	120, 265
Thiopental	None	86, 266
Thiouracil	None mentioned; drug not used in United States	267
Ticarcillin	None	268
Timolol	None	236
Tolbutamide	Possible jaundice	269
Tolmetin	None	270
Trimethoprim/sulfamethoxazole	None	271, 272
Triprolidine	None	249
Valproic acid	None	127, 273, 274
Verapamil	None	275
Warfarin	None	276
Zolpidem	None	277

* Drugs listed have been reported in the literature as having the effects listed or no effect. The word "none" means that no observable change was seen in the nursing infant while the mother was ingesting the compound. It is emphasized that most of the literature citations concern single case reports or small series of infants.
† Drug is concentrated in human milk.

TABLE 7. Food and Environmental Agents: Effect on Breast-Feeding

Agent	Reported Sign or Symptom in Infant or Effect on Lactation	Reference No.
Aflatoxin	None	278–280
Aspartame	Caution if mother or infant has phenylketonuria	281
Bromide (photographic laboratory)	Potential absorption and bromide transfer into milk; see Table 6	282
Cadmium	None reported	283
Chlordane	None reported	284
Chocolate (theobromine)	Irritability or increased bowel activity if excess amounts (16 oz/d) consumed by mother	120, 285
DDT, benzenehexachlorides, dieldrin, aldrin, hepatachlorepoxide	None	286–293
Fava beans	Hemolysis in patient with glucose-6-phosphate dehydrogenase (G-6-PD) deficiency	294
Fluorides	None	295, 296
Hexachlorobenzene	Skin rash, diarrhea, vomiting, dark urine, neurotoxicity, death	297, 298
Hexachlorophene	None; possible contamination of milk from nipple washing	299
Lead	Possible neurotoxicity	300–301
Methyl mercury, mercury	May affect neurodevelopment	302–304
Monosodium glutamate	None	305
Polychlorinated biphenyls and polybrominated biphenyls	Lack of endurance, hypotonia, sullen expressionless facies	306–310
Tetrachlorethylene-cleaning fluid (perchloroethylene)	Obstructive jaundice, dark urine	311
Vegetarian diet	Signs of B_{12} deficiency	312

TABLE 8. Generic Drugs and Corresponding Trade Names*†

Generic	Trade
acebutolol	Sectral
acetaminophen	Tylenol, Anacin-3, Panadol, Tempra, Phenaphen
acetazolamide	Diamox
acitretin	Soriatane
acyclovir	Zovirax
allopurinol	Zyloprim
aminosalicylic acid	Rowasa
amitriptyline	Elavil, Endep
amoxapine	Asendin
amoxicillin	Amoxil
amphetamine (dextroamphetamine)	Dexedrine
aspartame	NutraSweet
atenolol	Tenormin
azapropazone (apazone)	Not available in United States
aztreonam	Azactam
baclofen	Lioresal
bendroflumethiazide	Naturetin
bishydroxycoumarin	Dicumarol
bromocriptine	Parlodel
butorphanol	Stadol
captopril	Capoten
carbamazepine	Tegretol
carbimazole	Neo-mercazole (foreign)
cefadroxil	Duricef
cefazolin	Ancef, Kefzol
cefotaxime	Claforan
cefprozil	Cefzil
ceftazidime	Fortaz
ceftriaxone	Rocephin
chloramphenicol	Chloromycetin
chloroquine	Aralen
chlorothiazide	Diuril, Chlotride (foreign)
chlorpromazine	Thorazine
chlorprothixene	Taractan
chlorthalidone	Hygroton, as Combipres
cimetidine	Tagamet
cisapride	Benzamide (foreign)
cisplatin	Platinol
clemastine	Tavegil (foreign), Tavist
clindamycin	Cleocin
clomipramine	Anafranil
colchicine	(Generic only)
cyclophosphamide	Cytoxan
cycloserine	Seromycin
danthron	Dorbane, Istizin
dapsone	(Generic only)
desipramine	Norpramin, Pertofrane
dexbrompheniramine maleate with *d*-isoephedrine	as Disophrol, as Drixoral
dextroamphetamine	Dexedrine
diazepam	Valium
digoxin	Lanoxin, Lanoxicaps
diltiazem	Cardizem
dipyrone	Diprofam, Novaldin (unavailable in United States)
disopyramide	Norpace
domperidone	Motilium (unavailable in United States)
dothiepin	Prothiaden (unavailable in United States)
doxepin	Sinequan
doxorubicin	Adriamycin
dyphylline	Dilor
enalapril	Vasotec
ergotamine tartrate with caffeine	as Cafergot
estradiol	Estrace
ethambutol	Myambutol
ethosuximide	Zarontin
fentanyl	Sublimaze
flecainide	Tambocor
flufenamic acid	Arlef (foreign)
fluoxetine	Prozac
fluvoxamine	...
gold sodium thiomalate	Myochrysine
haloperidol	Haldol
hydralazine	Apresoline
hydrochlorothiazide	HydroDIURIL
hydroxychloroquine	Plaquenil
ibuprofen	Advil, Motrin
imipramine	Tofranil, Janimine
indomethacin	Indocin
iopanoic acid	Telepaque
isoniazid	INH
kanamycin	Kantrex
ketorolac	Toradol
labetalol	Normodyne, Trandate
levonorgestrel	as Levlen, as Nordette, as Norplant, as Tri-Levlen, as Triphasil
lidocaine	Xylocaine
loperamide	Imodium
lorazepam	Ativan
medroxyprogesterone	Provera, Depo-Provera
mefenamic acid	Ponstel
mesoridazine	Serentil
methadone	Dolophine
methimazole	Tapazole
methocarbamol	Robaxin
methotrexate (amethopterin)	Folex, Rheumatrex
methyprylon	Noludar
metoclopramide	Reglan
metoprolol	Lopressor
metrizamide	Amipaque
metronidazole	Flagyl, Protostat
mexiletine	Mexitil
midazolam	Versed
minoxidil	Loniten, Rogaine
monosodium glutamate	MSG, Accent
moxalactam	Moxam
nadolol	Corgard
nalidixic acid	NegGram
naproxen	Naprosyn
nefopam	Acupan (unavailable in United States)
nifedipine	Procardia
nitrofurantoin	Furadantin, Macrodantin
[^{3}H]Norethynodrel	as Enovid
noscapine	Tusscapine
oxprenolol	Trasicor (foreign)
perphenazine	Trilafon, as Etrafon, as Triavil
phenindione	Hedulin, Indon (unavailable in United States)
phenylbutazone	Azolid, Butazolidin
phenytoin	Dilantin
piroxicam	Feldene
prazepam	Centrax
prednisolone	Delta-Cortef, Meti-Derm, Prelone
prednisone	Deltasone, Meticorten, Sterapred
primidone	Mysoline
procainamide	Pronestyl
propoxyphene	Darvon, Dolene, SK65
propranolol	Inderal
propylthiouracil	(Generic only)
pseudoephedrine	as Actified, Novafed, as Sudafed

TABLE 8. *Continued*

Generic	Trade
pyridostigmin	Mestinon
pyrimethamine	Daraprim
quazepam	Dormalin
quinine	as Quinamm
rifampin	Rifadin, Rimactane
secobarbital	Seconal
senna	Senokot
sotalol	(Investigational)
spironolactone	Aldactone
sulbactam	as Unasyn
sulfasalazine (salicylazosulfapyridine)	Azulfidine
sulfisoxazole	Gantrisin
suprofen	Suprol
temazepam	Restoril
terbutaline	Bricanyl, Brethine
tetracycline	Achromycin
theophylline	Bronkodyl, Elixophyllin, Slo-Phyllin, Theo-Dur
thiopental	Pentothal
thiouracil	Thiouracil (no longer marketed in United States)
ticarcillin	as Timentin
timolol	Blocadren, Timoptic
tinidazole	Fasigyn, Simplotan (unavailable in United States)
tolbutamide	Orinase
tolmetin	Tolectin
trazodone	Desyrel
trimethoprim with sulfamethoxazole	Bactrim, Septra
triprolidine	Actidil, as Actifed
valproic acid	Depakene
verapamil	Calan
warfarin	Coumadin, Panwarfin
zolpidem	Ambien

* For convenience, one or more examples of the trade name are given.
† Inclusion of drug names in Table 8 does not constitute an endorsement by the American Academy of Pediatrics of the products listed. Names are included for informational purposes only.

TABLE 9. Trade Names and Generic Equivalents*

Trade	Generic
Accent	monosodium glutamate
Achromycin	tetracycline
Actidil	triprolidine
as Actifed	triprolidine
as Actifed	pseudoephedrine
Acupan (unavailable in US)	nefopam
Adriamycin	doxorubicin
Advil	ibuprofen
Aldactone	spironolactone
Ambien	zolpidem
Amipaque	metrizamide
Amoxil	amoxicillin
Anacin-3	acetamethophan
Anafranil	clomipramine
Ancef	cefazolin
Apresoline	hydralazine
Aralen	chloroquine
Arlef (foreign)	flufenamic acid
Asendin	amoxapine
Ativan	lorazepam
Azactam	aztreonam
Azolid	phenylbutazone
Azulfidine	sulfasalazine
Bactrim	trimethoprim with sulfamethoxazole
Benzamide (foreign)	cisapride
Blocadren	timolol
Brethine	terbutaline
Bricanyl	terbutaline
Bronkodyl	theophylline
Butazolidin	phenylbutazone
as Cafergot	ergotamine tartrate with caffeine
Calan	verapamil
Capoten	captopril
Cardizem	dilitiazem
Cefzil	cefprozil
Centrax	prazepam
Chloromycetin	chloramphenicol
Chlotride (foreign)	cholothiazide
Claforan	cefotaxime
Cleocin	clindamycin
as Combipres	chlorthalidone
Corgard	nadolol
Coumadin	warfarin
Cytoxan	cyclophosphamide
Daraprim	pyrimethamine
Darvon	propoxyphene
Delta-Cortef	prednisolone
Deltasone	prednisone
Depakene	valproic acid
Depo-Provera	medroxyprogesterone
Desyrel	trazodone
Dexedrine	dextroamphetamine
Diamox	acetazolamide
Dicumarol	bishydroxycoumarin
Dilantin	phenytoin
Dilor	dyphylline
Diprofarm (foreign)	dipyrone
as Disophrol	dexbrompheniramine maleate
Diuril	chlorothiazide
Dolene	propoxyphene
Dolophine	methadone
Dorbane	danthron
Dormalin	quazepam
as Drixoral	dexbrompheniramine maleate
Duricef	cefadroxil
Elavil	amitriptyline
Elixophyllin	theophylline
Endep	amitriptyline
Enovid	[^{3}H]Norethynodrel
Estrace	estradiol
as Etrafon	perphenazine
Fasigyn	tinidazole
Feldene	piroxicam
Flagyl	metronidazole
Folex	methotrexate (amethopterin)
Fortaz	ceftazidime
Furadantin	nitrofurantoin
Gantrisin	sulfisoxazole
Haldol	haloperidol
Hedulin	phenindione
HydroDIURIL	hydrochlorothiazide
Hygroton	chlorthalidone
Imodium	loperamide
Inderal	propranolol

TABLE 9. *Continued*

Trade	Generic
Indocin	indomethacin
Indon	phenindione
INH	isoniazid
Istizin	danthron
Janimine	imipramine
Kantrex	kanamycin
Kefzol	cefazolin
Lanoxicaps	digoxin
Lanoxin	digoxin
as Levlen	levonorgestrel
Lioresal	baclofen
Loniten	minoxidil
Lopressor	metoprolol
Macrodantin	nitrofurantoin
Mestinon	pyridostigmine
Meticorten	prednisone
Meti-Derm	prednisolone
Mexitil	mexiletine
Motilium	domperidone
Motrin	Ibuprofen
Moxam	moxalactam
MSG	monosodium glutamate
Myambutol	ethambutol
Myochrysine	gold sodium thiomalate
Mysoline	primidone
Naprosyn	naproxen
Naturetin	bendroflumethiazide
NegGram	nalidixic acid
Neo-mercazole (foreign)	carbimazole
Noludar	methyprylon
as Nordette	levonorgestrel
Normodyne	labetalol
Norpace	disopyramide
as Norplant	levonorgestrel
Norpramin	desipramine
Novafed	pseudoephedrine
Novaldin (unavailable in US)	dipyrone
Nutrasweet	aspartame
Orinase	tolbutamide
Parlodel	bromocriptine
Panadol	acetomethophan
Panwarfin	warfarin
Pentothal	thiopental
Pertofrane	desipramine
Phenaphen	acetomethophan
Plaquenil	hydroxychloroquine
Platinol	cisplatin
Ponstel	mefenamic acid
Prelone	prednisolone
Procardia	nifedipine
Pronestyl	procainamide
Propacil	propylthiouracil
Prothiaden (unavailable in US)	dothiepin
Protostat	metronidazole
Provera	medroxyprogesterone
Prozac	fluoxetine
as Quinamm	quinine
Quine	quinine
Reglan	metoclopramide
Restoril	temazepam
Rheumatrex	methotrexate
Rifadin	rifampin
Rifamycin	rifampin
Rimactane	rifampin
Robaxin	methocarbamal
Rocephin	ceftriaxone
Rogaine	minoxidil
Rowasa	mesalamine
Seconal	secobarbital
Sectral	acebutolol
Senokot	senna
Septra	trimethoprim with sulfamethoxazole
Serentil	mesoridazine
Seromycin	cycloserine
Simplotan (unavailable in US)	tinidazole
Sinequan	doxepin
SK65	propoxyphene
Slo-Phyllin	theophylline
Soriatane	acitretin
Sotalol	sotalol
Stadol	butorphanol
Sterapred	prednisone
Sublimaze	fentanyl
as Sudafed	pseudoephidrine
Suprol	suprofen
Tagamet	cimetidine
Tambocor	flecainide
Tapazole	methimazole
Taractan	chlorprothixene
Tavegil (foreign)	clemastine
Tavist	clemastine
Tegretol	carbamazepine
Telepaque	iopanoic acid
Tempra	acetomethophan
Tenormin	atenolol
Theo-Dur	theophylline
Thiouracil (no longer marketed in US)	thiouracil
Thorazine	chlorpromazine
as Timentin	ticarcillin
Timoptic	timolol
Tofranil	imipramine
Tolectin	tolmetin
Toradol	ketorolac
Trandate	labetalol
Trasicor (foreign)	oxprenolol
Triavil	perphenazine
Trilafon	perphenazine
as Tri-Levlen	levonorgestrel
as Triphasil	levonorgestrel
Tusscapine (foreign)	noscapine
Tylenol	acetaminophen
as Unasyn	sulbactam
Valium	diazepam
Vasotec	enalapril
Versed	midazolam
Xylocaine	lidocaine
Zarontin	ethosuximide
Zovirax	acyclovir
Zyloprim	allopurinol

* Inclusion of drug names in Table 9 does not constitute an endorsement by the American Academy of Pediatrics of the products listed. Names are included for informational purposes only.

REFERENCES

1. American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human breast milk. *Pediatrics*. 1983;72: 375–383
2. American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. Transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*. 1989;84: 924–936
3. Kulski JK, Hartmann PE, Martin JD, et al. Effects of bromocriptine mesylate on the composition of the mammary secretion in non-breast-feeding women. *Obstet Gynecol*. 1978;52:38
4. Katz M, Kroll D, Pak I, et al. Puerperal hypertension, stroke, and seizures after suppression of lactation with bromocriptine. *Obstet Gynecol*. 1985;66:822–824
5. Chasnoff IJ, Lewis DE, Squires L. Cocaine intoxication in a breast-fed infant. *Pediatrics*. 1987;80:836–838
6. Wiernik PH, Duncan JH. Cyclophosphamide in human milk. *Lancet*. 1971;1:912
7. Amato D, Niblett JS. Neutropenia from cyclophosphamide in breast milk. *Med J Aust*. 1977;1:383
8. Fletcher SM, Katz AR, Rogers AJ, et al. The presence of cyclosporine in body tissue and fluids during pregnancy. *Am J Kidney Dis*. 1985;5:60
9. Egan PC, Costanza ME, Dodion P, et al. Doxorubicin and cisplatin excretion into human milk. *Cancer Treat Rep*. 1985;69:1387
10. Fomina PI. Untersuchungen uber den Ubergang des aktiven agens des Mutterkorns in die milch stillender Mutter. *Arch Gynecol*. 1934;157:275
11. Schou M, Amdisen A. Lithium and pregnancy, III: lithium ingestion by children breast-fed by women on lithium treatment. *Br Med J*. 1973;2:138
12. Tunnessen WW Jr, Hertz C. Toxic effects of lithium in newborn infants: a commentary. *J Pediatr*. 1972;81:804
13. Sykes PA, Quarrie J, Alexander FW. Lithium carbonate and breast-feeding. *Br Med J*. 1976;2:1299
14. Johns DG, Rutherford LD, Leighton PC, et al. Secretion of methotrexate into human milk. *Am J Obstet Gynecol*. 1972;112:978
15. Kaufman, KR, Petrucha RA, Pitts Jr FN, et al. PCP in amniotic fluid breast milk: case report. *J Clin Psychiatry*. 1983;44:269
16. Eckstein HB, Jack B. Breast-feeding anticoagulant therapy. *Lancet*. 1970; 1:672
17. Steiner E, Villen T, Hallberg M, et al. Amphetamine secretion in breast milk. *Eur J Clin Pharmacol*. 1984;27:123
18. Cobrinik RW, Hood RT Jr, Chusid E. The effect of maternal narcotic addiction on the newborn infant: review of literature and report of 22 cases. *Pediatrics*. 1959;24:288
19. Perez-Reyes M, Wall ME. Presence of tetrahydrocannabinol in human milk. *N Engl J Med*. 1982;307:819
20. Bisdom W. Alcohol and nicotine poisoning in nurslings. *JAMA*. 1937; 109:178
21. Ferguson BB, Wilson DJ, Schaffner W. Determination of nicotine concentrations in human milk. *AJDC*. 1976;130:837
22. Luck W, Nau H. Nicotine and cotinine concentrations in the milk of smoking mothers: influence of cigarette consumption and diurnal variation. *Eur J Pediatr*. 1987;146:21–26
23. Luck W, Nau H. Nicotine and cotinine concentrations in serum and milk of nursing mothers. *Br J Clin Pharmacol*. 1984;18:9–15
24. Luck W, Nau H. Nicotine and cotinine concentrations in serum and urine of infants exposed via passive smoking or milk from smoking mothers. *J Pediatr*. 1985;107:816–820
25. Labrecque M, Marcoux S, Weber J-P, et al. Feeding and urine cotinine values in babies whose mothers smoke. *Pediatrics*. 1989;83:93–97
26. Schwartz-Bickenbach D, Schulte-Hobein B, Abt S, et al. Smoking and passive smoking during pregnancy and early infancy: effects on birth weight, lactation period, and cotinine concentrations in mother's milk and infant's urine. *Toxicol Lett*. 1987;35:73–81
27. McArdle HJ, Danks DM. Secretion of copper 64 into breast milk following intravenous injection in a human subject. *J Trace Elem Exp Med*. 1991;4:81–84
28. Tobin RE, Schneider PB. Uptake of ^{67}Ga in the lactating breast and its persistence in milk: case report. *J Nucl Med*. 1976;17:1055
29. Butt D, Szaz KF. Indium-111 radioactivity in breast milk. *Br J Radiol*. 1986;59:80
30. Hedrick WR, Di Simone RN, Keen RL. Radiation dosimetry from breast milk excretion of radioiodine and pertechnetate. *J Nucl Med*. 1986;27: 1569–1571
31. Palmer KE. Excretion of ^{125}I in breast milk following administration of labelled fibrinogen. *Br J Radiol*. 1979;52:672
32. Honour AJ, Myant NB, Rowlands EN. Secretion of radioiodine in digestive juices and milk in man. *Clin Sci*. 1952;11:447
33. Karjalainen P, Penttila IM, Pystynen P. The amount and form of radioactivity in human milk after lung scanning, renography and placental localization by ^{131}I labelled tracers. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1971;50:357
34. Bland EP, Crawford JS, Docker MF, et al. Radioactive iodine uptake by thyroid of breast-fed infants after maternal blood-volume measurements. *Lancet*. 1969;2:1039
35. Nurnberger CE, Lipscomb A. Transmission of radioiodine (I^{131}) to infants through human maternal milk. *JAMA*. 1952;150:1398
36. Pommerenke WT, Hahn PF. Secretion of radioactive sodium in human milk. *Proc Soc Exp Biol Med*. 1943;52:223
37. O'Connell MEA, Sutton H. Excretion of radioactivity in breast milk following ^{99m}Tcm-Sn polyphosphate. *Br J Radiol*. 1976;49:377
38. Berke RA, Hoops EC, Kereiakes JC, et al. Radiation dose to breast-feeding child after mother has ^{99m}Tc-MAA lung scan. *J Nucl Med*. 1973; 14:51
39. Vagenakis AG, Abreau CM, Braverman LE. Duration of radioactivity in the milk of a nursing mother following ^{99m}Tc administration. *J Nucl Med*. 1971;12:188
40. Wyburn JR. Human breast milk excretion of radionuclides following administration of radiopharmaceuticals. *J Nucl Med*. 1973;14:115
41. Pittard WB III, Merkatz R, Fletcher BD. Radioactive excretion in human milk following administration of technetium Tc 99 m macroaggregated albumin. *Pediatrics*. 1982;70:231
42. Maisels MJ, Gilcher RO. Excretion of technetium in human milk. *Pediatrics*. 1983;71:841
43. American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. Psychotropic drugs in pregnancy and lactation. *Pediatrics*. 1982;69:241–244
44. Patrick MJ, Tilstone WJH, Reavey P. Diazepam and breast-feeding. *Lancet*. 1972;1:542
45. Cole AP, Hailey DM. Diazepam and active metabolite in breast milk and their transfer to the neonate. *Arch Dis Child*. 1975;50:741
46. Dusci LJ, Goods M, Hall RW, et al. Excretion of diazepam and its metabolites in human milk during withdrawal from combination high dose diazepam and oxazepam. *Br J Clin Pharmacol*. 1990;29:123–126
47. Summerfield RJ, Nielson MS. Excretion of lorazepam into breast milk. *Br J Anaesth*. 1985;57:1042
48. Matheson I, Lunde PK, Bredesen JE. Midazolam and nitrazepam in the maternity ward: milk concentrations and clinical effects. *Br J Clin Pharmacol*. 1990;30:787–793
49. Olesen OV, Bartels U, Poulsen JH. Perphenazine in breast milk and serum. *Am J Psychiatry*. 1990;147:1378–1379
50. Brodie RR, Chasseaud LF, Taylor T. Concentrations of N-descyclopropylmethylprazepam in whole-blood, plasma, and milk after administration of prazepam to humans. *Biopharm Drug Dispos*. 1981;2:59
51. Hilbert JM, Gural RP, Symchowicz S, et al. Excretion of quazepam into human breast milk. *J Clin Pharmacol*. 1984;24:457
52. Lebedevs TH, Wojnar-Horton RE, Yapp P, et al. Excretion of temazepam in breast milk. *Br J Clin Pharmacol*. 1992;33:204–206
53. Bader TF, Newman K. Amitriptyline in human breast milk and the nursing infant's serum. *Am J Psychiatry*. 1980;137:855
54. Erickson SH, Smith GH, Heidrich T. Tricyclics and breast feeding. *Am J Psychiatry*. 1979;136:1483
55. Gelenberg AJ. Amoxapine: a new antidepressant appears in human milk. *J Nerv Ment Dis*. 1979;167:635
56. Sovner R, Orsulak PJ. Excretion of imipramine and desipramine in human breast milk. *Am J Psychiatry*. 1979;136:451
57. Stancer HC, Reed KL. Desipramine and 2-hydroxydesipramine in human breast milk and the nursery infant's serum. *Am J Psychiatry*. 1986; 143:1597
58. Rees JA, Glass RC, Sporne GA. Serum and breast milk concentrations of dothiepin. *Practitioner*. 1976;217:686
59. Ilett KF, Lebedevs TH, Wojnar-Horton RE, et al. The excretion of dothiepin and its primary metabolites in breast milk. *Br J Clin Pharmacol*. 1992;33:635–639
60. Kemp J, Ilett KF, Booth J, et al. Excretion of doxepin and N-desmethyldoxepin in human milk. *Br J Clin Pharmacol*. 1985;20:497
61. Burch KJ, Wells BG. Fluoxetine/norfluoxetine concentrations in human milk. *Pediatrics*. 1992;89:676–677
62. Wright S, Dawling S, Ashford JJ. Excretion of fluvoxamine in breast milk. *Br J Clin Pharmacol*. 1991;31:209
63. Verbeeck RK, Ross SG, McKenna EA. Excretion of trazodone in breast milk. *Br J Clin Pharmacol*. 1986;22:367
64. Polishuk WZ, Kulcsar SA. Effects of chlorpromazine on pituitary function. *J Clin Endocrinol Metab*. 1956;16:292
65. Wiles DH, Orr MW, Kolakowska T. Chlorpromazine levels in plasma and milk of nursing mothers. *Br J Clin Pharmacol*. 1978;5:272
66. Matheson I, Evang A, Fredricson Overo K, et al. Presence of chlorprothixene and its metabolites in breast milk. *Eur J Clin Pharmacol*. 1984;27: 611

67. Stewart RB, Karas B, Springer PK. Haloperidol excretion in human milk. *Am J Psychiatry*. 1980;137:849
68. Whalley LJ, Blain PG, Prime JK. Haloperidol secreted in breast milk. *Br Med J*. 1981;282:1746
69. Ananth J. Side effects in the neonate from psychotropic agents excreted through breast-feeding. *Am J Psychiatry*. 1978;135:801
70. Havelka J, Hejzlar M, Popov V. Excretion of chloramphenicol in human milk. *Chemotherapy*. 1968;13:204
71. Smadel JE, Woodward TE, Ley HL Jr. et al. Chloramphenicol (Chloromycetin) in the treatment of tsutsugamushi disease (scrub typhus). *J Clin Invest*. 1949;28:1196
72. Gupta AP, Gupta PK. Metaclopramide as a lactogogue. *Clin Pediatr*. 1985;24:269
73. Kauppela A, Arvela P, Koivisto M, et al. Metaclopramide and breast-feeding: transfer into milk and the newborn. *Eur J Clin Pharmacol*. 1983; 25:819
74. Erickson SH, Oppenheim GL, Smith GH. Metronidazole in breast milk. *Obstet Gynecol*. 1981;57:48
75. Heisterberg L, Branebjerg PE. Blood and milk concentrations of metronidazole in mothers and infants. *J Perinat Med*. 1983;11:114
76. Evaldson GR, Lindgren S, Nord CE, et al. Tinidazole milk excretion and pharmacokinetics in lactating women. *Br J Clin Pharmacol*. 1985;19:503
77. Nelis GF. Diarrhoea due to 5-aminosalicylic acid in breast milk. *Lancet*. 1989;383
78. Jenss H, Weber P, Hartmann F. 5-Aminosalicylic acid its metabolite in breast milk during lactation. *Am J Gastroenterol*. 1990;85:331
79. Clark JH, Wilson WG. A 16-day-old breast-fed infant with metabolic acidosis caused by salicylate. *Clin Pediatr*. 1981;20:53
80. Levy G. Salicylate pharmacokinetics in the human neonate. In: Marselli PL, ed. *Basic and Therapeutic Aspects of Perinatal Pharmacology*. New York, NY: Raven Press; 1975:319
81. Fakhredding J, Keshavarz E. Salicylate excretion in breast milk. *Int J Pharm*. 1981;8:285
82. Kok THHG, Taitz LS, Bennett MJ. Drowsiness due to clemastine transmitted in breast milk. *Lancet*. 1982;1:914
83. Nau H, Rating D, Hauser I, et al. Placental transfer and pharmacokinetics of primidone and its metabolites phenobarbital, PEMA and hydroxyphenobarbital in neonates and infants of epileptic mothers. *Eur J Clin Pharmacol*. 1980;18:31
84. Kuhnz W, Koch S, Helge H, et al. Primidone and phenobarbital during lactation period in epileptic women: total and free drug serum levels in the nursed infants and their effects on neonatal behavior. *Dev Pharmacol Ther*. 1988;11:147
85. Finch E, Lorber J. Methaemoglobinaemia in the newborn: probably due to phenytoin excreted in human milk. *J Obstet Gynaecol Br Emp*. 1954; 61:833
86. Tyson RM, Shrader EA, Perlman HH. Drugs transmitted through breast milk, II: barbiturates. *J Pediatr*. 1938;13:86
87. Knott C, Reynolds F, Clayden G. Infantile spasms on weaning from breast milk containing anticonvulsants. *Lancet*. 1987;2:272
88. Branski D, Kerem E, Gross-Kieselstein E, et al. Bloody diarrhea–a possible complication of sulfasalazine transferred through human breast milk. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1986;5:316
89. Boutroy MJ, Bianchetti G, Dubruc C, et al. To nurse when receiving acebutolol: is it dangerous for the neonate? *Eur J Clin Pharmacol*. 1986; 30:737
90. Berlin CM Jr, Yaffe SJ, Ragni M. Disposition of acetaminophen in milk, saliva, and plasma of lactating women. *Pediatr Pharmacol*. 1980;1:135
91. Bitzen PO, Gustafsson B, Jostell KG, et al. Excretion of paracetamol in human breast milk. *Eur J Clin Pharmacol*. 1981;20:123
92. Findlay JWA, DeAngelis RL, Kearney MF, et al. Analgesic drugs in breast milk and plasma. *Clin Pharmacol Ther*. 1981;29:625
93. Soderman P, Hartvig P, Fagerlund C. Acetazolamide excretion into human breast milk. *Br J Clin Pharmacol*. 1984;17:599
94. Rollman O, Pihl-Lundin I. Acitretin excretion into human breast milk. *Acta Derm Venereol (Stockh)*. 1990;70:487–490
95. Lau RJ, Emery MG, Galinsky RE. Unexpected accumulation of acyclovir in breast milk with estimation of infant exposure. *Obstet Gynecol*. 1987; 69:468
96. Meyer LJ, de Miranda P, Sheth N, et al. Acyclovir in human breast milk. *Am J Obstet Gynecol*. 1988;158:586–588
97. Binkiewicz A, Robinson MJ, Senior B. Pseudo-cushing syndrome caused by alcohol in breast milk. *J Pediatr*. 1978;93:965
98. Cobo E. Effect of different dose of ethanol on the milk-ejecting reflex in lactating women. *Am J Obstet Gynecol*. 1973;115:817
99. Kesaniemi YA. Ethanol and acetaldehyde in the milk and peripheral blood of lactating women after ethanol administration. *J Obstet Gynaecol Br Commonw*. 1974;81:84
100. Little RE, Anderson KW, Ervin CH, et al. Maternal alcohol use during breast-feeding and infant mental and motor development at one year. *N Engl J Med*. 1989;321:425–430
101. Kamilli I, Gresser U, Schaefer C, et al. Allopurinol in breast milk. *Adv Exp Med Biol*. 1991;309A:143–145
102. Kafetzis DA, Siafas CA, Georgakopoulos PA, et al. Passage of cephalosporins and amoxicillin into the breast milk. *Acta Paediatr Scand*. 1981;70:285
103. Berman JD, Melby PC, Neva FA. Concentration of Pentosam in human breast milk. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1989;83:784–785
104. Liedholm H, Melander A, Bitzen P-O, et al. Accumulation of atenolol and metoprolol in human breast milk. *Eur J Clin Pharmacol*. 1981;20:229
105. Schimmel MS, Edelman AI, Wilschanski MA, et al. Toxic effects of atenolol consumed during breast feeding. *J Pediatr*. 1989;114:476–478
106. Thorley KJ, McAinsh J. Levels of the beta-blockers atenolol and propanolol in the breast milk of women treated for hypertension in pregnancy. *Biopharm Drug Dispos*. 1983;4:299–301
107. Sapeika N. The excretion of drugs in human milk—a review. *J Obstet Gynaecol Br Commonw*. 1947;54:426
108. Bald R, Bernbeck-Betthauser E-M, Spahn H, et al. Excretion of azpropazone in human breast milk. *Eur J Clin Pharmacol*. 1990;39:271–273
109. Fleiss PM, Richwald GA, Gordon J, et al. Aztreonam in human serum and breast milk. *Br J Clin Pharmacol*. 1985;19:509
110. Nail PA, Thomas MR, Eakin R. The effect of thiamin and riboflavin supplementation on the level of those vitamins in human breast milk and urine. *Am J Clin Nutr*. 1980;33:198
111. Roepke JLB, Kirksey A. Vitamin B6 nutrature during pregnancy lactation: I. vitamin B_6 intake, levels of the vitamin in biological fluids, condition of the infant at birth. *Am J Clin Nutr*. 1979;32:2249
112. West KD, Kirksey A. Influence of vitamin B_6 intake on the content of the vitamin in human milk. *Am J Clin Nutr*. 1976;29:961
113. Greentree LB. Dangers of vitamin B_6 in nursing mothers. *N Engl J Med*. 1979;300:141
114. Samson RR, McClelland DBL. Vitamin B_{12} in human colostrum milk: quantitation of the vitamin its binder the uptake of bound vitamin B_{12} by intestinal bacteria. *Acta Paediatr Scand*. 1980;69:93
115. Eriksson G, Swahn CG. Concentrations of baclofen in serum and breast milk from a lactating woman. *Scand J Clin Lab Invest*. 1981;41:185
116. Healy M. Suppressing lactaton with oral diuretics. *Lancet*. 1961;1:1353
117. Brambel CE, Hunter RE. Effect of dicumarol on the nursing infant. *Am J Obstet Gynecol*. 1950;59:1153
118. Tyson RM, Shrader EA, Perlman HH. Drugs transmitted through breast milk, III: bromides. *J Pediatr*. 1938;13:91
119. Pittman KA, Smyth RD, Losada M, et al. Human perinatal distribution of butorphanol. *Am J Obstet Gynecol*. 1980;138:797
120. Berlin CM Jr. Excretion of the methylxanthines in human milk. *Semin Perinatol*. 1981;5:389
121. Tyrala EE, Dodson WE. Caffeine secretion into breast milk. *Arch Dis Child*. 1979;54:787
122. Hildebrandt R, Gundert-Remy V. Lack of pharmacological active saliva levels of caffeine in breast-fed infants. *Pediatr Pharmacol*. 1983;3:237
123. Berlin CM Jr, Denson HM, Daniel CH, Ward RM. Disposition of dietary caffeine in milk, saliva and plasma of lactating women. *Pediatrics*. 1984;73:59–63
124. Ryu JE. Caffeine in human milk and in serum of breast-fed infants. *Dev Pharmacol Ther*. 1985;8:329
125. Ryu JE. Effect of maternal caffeine consumption on heart rate and sleep time of breast-fed infants. *Dev Pharmacol Ther*. 1985;8:355
126. Devlin RG, Fleiss PM. Captopril in human blood and breast milk. *J Clin Pharmacol*. 1981;21:110
127. Nau H, Kuhnz W, Egger JH, et al. Anticonvulsants during pregnancy and lactation. *Clin Pharmacokinet*. 1982;7:508
128. Pynnonen S, Kanto J, Sillanpaa M, et al. Carbamazepine: placental transport, tissue concentrations in foetus newborn, level in milk. *Acta Pharmacol Toxicol*. 1977;41:244
129. Cooper DS. Antithyroid drugs: to breast-feed or not to breast-feed. *Am J Obstet Gynecol*. 1987;157:234
130. Lamberg B-A, Ikonen E, Österlund K, et al. Antithyroid treatment of maternal hyperthyroidism during lactation. *Clin Endocrinol*. 1984;21: 81–87
131. Tyson RM, Shrader EA, Perlman HH. Drugs transmitted through breast milk, I: laxatives. *J Pediatr*. 1937;11:824
132. Yoshioka H, Cho K, Takimoto M, et al. Transfer of cefazolin into human milk. *J Pediatr*. 1979;94:151
133. Dresse A, Lambotte R, Dubois M, et al. Transmammary passage of cefoxitin: additional results. *J Clin Pharmacol*. 1983;23:438
134. Shyu WC, Shah VR, Campbell DA, et al. Excretion of cefprozil into human breast milk. *Antimicrob Agents Chemother*. 1992;36:938–941

135. Bianco JD, Jorgensen JH, Castaneda YS, et al. Ceftazidine levels in human breast milk. *Antimicrob Agents Chemother.* 1983;23:479
136. Kafetzis DA, Brater DC, Fanourgakis JE, et al. Ceftriaxone distribution between maternal blood and fetal blood and tissues at parturition and between blood and milk postpartum. *Antimicrob Agents Chemother.* 1983;23:870
137. Lacey JH. Dichloralphenazone breast milk. *Br Med J.* 1971;4:684
138. Reed CB. A study of the conditions that require the removal of the child from the breast. *Surg Gynecol Obstet.* 1908;6:514
139. Soares R, Paulini E, Pereira JP. Da concentracao e eliminacao da cloroquina atraves da circulacao placentaria e do leite materno, de pacientes sob regime do sal loroquinado. *Rev Bras Malariol Doencas Trop.* 1957;9:19
140. Ogunbona FA, Onyizi CO, Bolaji OO, et al. Excretion of chloroquine and desethylchloroquin in human milk. *Br J Clin Pharmacol.* 1987;23:476
141. Edstein MD, Veenendaal JR, Newman K, et al. Excretion of chlorquine, dapsone and pyrimethamine in human milk. *Br J Clin Pharmacol.* 1986; 22:733
142. Werthmann MW Jr, Krees SV. Excretion of chlorothiazide in human breast milk. *J Pediatr.* 1972;81:781
143. Miller EM, Cohn RD, Burghart PH. Hydrochlorothiazide disposition in a mother her breast-fed infant. *J Pediatr.* 1982:101:789
144. Mulley BA, Parr GD, Pau WK, et al. Placental transfer of chlorthalidone and its elimination in maternal milk. *Eur J Clin Pharmacol.* 1978; 13:129
145. Somogyi A, Gugler R. Cimetidine excretion into breast milk. *Br J Clin Pharmacol.* 1979;7:627
146. Hofmeyr GJ, Sonnendecker EWW. Secretion of the gastrokinetic agent cisapride in human milk. *Eur J Clin Pharmacol.* 1986;30:735
147. Smith JA, Morgan JR, Rachlis AR, et al. Clindamycin in human breast milk. *Can Med Assoc J.* 1975;112:806
148. Zacharias S, Aguillem E, Assenzo JR, et al. Effects of hormonal and nonhormonal contraceptives on lactation and incidence of pregnancy. *Contraception.* 1986;33:203
149. Schimmell MS, Katz EZ, Shaag Y, et al. Toxic neonatal effects following maternal clomipramine therapy. *J Toxicol Clin Toxicol.* 1991;29:479–484
150. Milunsky JM. Breast-feeding during colchicine therapy for familial Mediterranean fever. *J Pediatr.* 1991;119:164
151. Nilsson S, Mellbin T, Hofvander Y, et al. Long-term followup of children breast-fed by mothers using oral contraceptives. *Contraception.* 1986;34:443
152. Nilsson S, Nygren KG. Transfer of contraceptive steroids to human milk. *Res Reprod.* 1979;11:1
153. American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. Breast-feeding and contraception. *Pediatrics.* 1981;68:138–140
154. Barsivala VM, Virkar KD. The effect of oral contraceptives on concentration of various components of human milk. *Contraception.* 1973;7:307
155. Borglin NE, Sandholm LE. Effect of oral contraceptives on lactation. *Fertil Steril.* 1971;22:39
156. Curtis EM. Oral-contraceptive feminization of a normal male infant: report of a case. *Obstet Gynecol.* 1964;23:295
157. Kora SJ. Effect of oral contraceptives on lactation. *Fertil Steril.* 1969;20: 419
158. Toaff R, Ashkenazi H, Schwartz A, et al. Effects of oestrogen and progestagen on the composition of human milk. *J Reprod Fertil.* 1969; 19:475
159. Snyder DR Jr, Powell KE. Should women taking antituberculosis drugs breast-feed? *Arch Intern Med.* 1984;144:589
160. Cancela L, LeBoulch N, Miravet L. Relationship between the vitamin D content of maternal milk and the vitamin D status of nursing women and breast-fed infants. *J Endocrinol.* 1986;110:43
161. Rothberg AD, Pettifor JM, Cohen DF, et al. Maternal-infant vitamin D relationships during breast-feeding. *J Pediatr.* 1982;101:500
162. Greer FR, Hollis BW, Napoli JL. High concentrations of vitamin D2 in human milk associated with pharmacologic doses of vitamin D_2. *J Pediatr.* 1984;105:61
163. Greenhalf JO, Leonard HSD. Laxatives in the treatment of constipation in pregnant and breast-feeding mothers. *Practitioner.* 1973;210:259
164. Dreisbach JA. Sulphone levels in breast milk of mothers on sulphone therapy. *Lepr Rev.* 1952;23:101
165. Mortimer EA Jr. Drug toxicity from breast milk? *Pediatrics.* 1977;60:780
166. Loughnan PM. Digoxin excretion in human breast milk. *J Pediatr.* 1978;92:1019
167. Levy M, Granit L, Laufer N. Excretion of drugs in human milk. *N Engl J Med.* 1977;297:789
168. Okada M, Inoue H, Nakamura Y, et al. Excretion of diltiazem in human milk. *N Engl J Med.* 1985;312:992
169. Zylber-Katz E, Linder N, Granit L, et al. Excretion of dipyrone metabolites in human breast milk. *Eur J Clin Pharmacol.* 1986;30:359
170. MacKintosh D, Buchanan N. Excretion of disopyramide in human breast milk. *Br J Clin Pharmacol.* 1985;19:856
171. Hoppu K, Neuvonen PJ, Korte T. Disopyramide and breast feeding. *Br J Clin Pharmacol.* 1986;21:553
172. Hofmeyr GJ, van Idlekinge B. Domperidone and lactation. *Lancet.* 1983; 1:647
173. Jorboe CH, Cook LN, Malesic I, et al. Dyphylline elimination kinetics in lactating women: blood to milk transfer. *J Clin Pharmacol.* 1981;21: 405
174. Redman CW, Kelly JG, Cooper WD. The excretion of enalapril and enalaprilat in human breast milk. *Eur J Clin Pharmacol.* 1990;38:99
175. Matsuda S. Transfer of antibiotics into maternal milk. *Biol Res Pregnancy.* 1984;5:57
176. Nilsson S, Nygren KG, Johansson EDB. Transfer of estradiol to human milk. *Am J Obstet Gynecol.* 1978;132:653
177. Koup JR, Rose JQ, Cohen ME. Ethosuximide pharmacokinetics in a pregnant patient and her newborn. *Epilepsia.* 1978;19:535
178. Steer PL, Biddle CJ, Marley WS, et al. Concentration of fentanyl in colostrum after an analgesic dose. *Can J Anaesth.* 1992;39:231–235
179. McQuinn RL, Pisani A, Wafa S, et al. Flecainide excretion in human breast milk. *Clin Pharmacol Ther.* 1990;48:262–267
180. Wagner X, Jouglard J, Moulin M, et al. Coadministration of flecainide acetate and sotalol during pregnancy: lack of teratogenic effects, passage across the placenta, and excretion in human breast milk. *Am Heart J.* 1990;119:700–702
181. Buchanan RA, Eaton CJ, Koeff ST, et al. The breast milk excretion of flufenamic acid. *Curr Ther Res.* 1969;11:533
182. Mattern J, Mayer PR. Excretion of fluorescein into breast milk. *Am J Ophthalmol.* 1990;109:598–599
183. Retief EF, Heyns ADuP, Oosthuizen M, et al. Aspects of folate metabolism in lactating women studied after ingestion of ^{14}C-methylfolate. *Am J Med Sci.* 1979;277:281
184. Bell RAF, Dale IM. Gold secretion in maternal milk. *Arthritis Rheum.* 1976;19:1374
185. Blau SP. Metabolism of gold during lactation. *Arthritis Rheum.* 1973; 16:777
186. Gottlieb NL. Suggested errata. *Arthritis Rheum.* 1974;17:1057
187. Ostensen M, Skavdal K, Myklebust G, et al. Excretion of gold into human breast milk. *Eur J Clin Pharmacol.* 1986;31:251
188. Bennett PN, Humphries SJ, Osborne JP, et al. Use of sodium aurothiomalate during lactation. *Br J Clin Pharmacol.* 1990;29:777–779
189. Cote CJ, Kenepp NB, Reed SB, et al. Trace concentrations of halothane in human breast milk. *Br J Anaesth.* 1976;48:541
190. Liedholm H, Wahlin-Boll E, Hanson A, et al. Transplacental passage and breast milk concentrations of hydralazine. *Eur J Clin Pharmacol.* 1982;21:417
191. Ostensen M, Brown ND, Chiang PK, et al. Hydroxychoroquine in human breast milk. *Eur J Clin Pharmacol.* 1985;28:357
192. Nation RL, Hackett LP, Dusci LJ, et al. Excretion of hydroxychloroquine in human milk. *Br J Clin Pharmacol.* 1984;17:368
193. Townsend RJ, Benedetti T, Erickson SH, et al. A study to evaluate the passage of ibuprofen into breast milk. *Drug Intell Clin Pharm.* 1982:16: 482
194. Townsend RJ, Benedetti TJ, Erickson SH, et al. Excretion of ibuprofen into breast milk. *Am J Obstet Gynecol.* 1984;149:184
195. Eeg-Olofsson O, Malmros I, Elwin CE, et al. Convulsions in a breast-fed infant after maternal indomethacin. *Lancet.* 1978;2:215
196. Fairhead FW. Convulsions in a breast-fed infant after maternal indomethacin. *Lancet.* 1978;2:576
197. Lebedevs TH, Wojnar-Horton RE, Yapp P, et al. Excretion of indomethacin in breast milk. *Br J Clin Pharmacol.* 1991;32:751–754
198. Postellon DC, Aronow R. Iodine in mother's milk. *JAMA.* 1982;247:463
199. Holmdahl KH. Cholecystography during lactation. *Acta Radiol.* 1955; 45:305
200. Berlin CM Jr, Lee C. Isoniazid and acetylisoniazid disposition in human milk, saliva and plasma. *Fed Proc.* 1979;38:426
201. Dyggve HV, Dam H, Sondergaard E. Influence on the prothrombin time of breast-fed newborn babies of one single dose of vitamin K_1, or synkavit given to the mother within 2 hours after birth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1956;35:440
202. Kries RV, Shearer M, McCarthy PT, et al. Vitamin K_1 content of maternal milk: Influence of the stage of lactation, lipid composition, vitamin K_1 supplements given to the mother. *Pediatr Res.* 1987;22:513
203. Wischnik A, Manth SM, Lloyd J, et al. The excretion of ketorolac tromethamine into breast milk after multiple oral dosing. *Eur J Clin Pharmacol.* 1989;36:521–524
204. Lunell HO, Kulas J, Rane A. Transfer of labetalol into amniotic fluid

and breast milk in lactating women. *Eur J Clin Pharmacol*. 1985;28:597
205. Atkinson H, Begg EJ. Concentration of beta-blocking drugs in human milk. *J Pediatr*. 1990;116:156
206. Díaz S, Herreros C, Juez G, et al. Fertility regulation in nursing women, VII: influence of Norplant levonorgestrel implants upon lactation and infant growth. *Contraception*. 1985;32:53–74
207. Shaaban MM, Odlind V, Salem HT, et al. Levonorgestrel concentrations in maternal and infant serum during use of subdermal levonorgestrel contraceptive implants, Norplant by nursing mothers. *Contraception*. 1986;33:357–363
208. Shikary ZK, Betrabet SS, Patel ZM, et al. Transfer of levonorgestrel (LNG) administered through different drug delivery systems from the maternal circulation into the newborn infant's circulation via breast milk. *Contraception*. 1987;35:477–486
209. McCann MF, Moggia AV, Higgins JE, et al. The effects of a progestin-only oral contraceptive (levonorgestrel 0.03 mg) on breast-feeding. *Contraception*. 1989;40:635–648
210. Zeisler JA, Gaarder TD, DeMesquita SA. Lidocaine excretion in breast milk. *Drug Intell Clin Pharm*. 1986;20:691
211. Nikodem VC, Hofmeyr GJ. Secretion of the antidiarrhoeal agent loperamide oxide in breast milk. *Eur J Clin Pharmacol*. 1992;42:695–696
212. Cruikshank DP, Varner MW, Pitkin RM. Breast milk magnesium and calcium concentrations following magnesium sulfate treatment. *Am J Obstet Gynecol*. 1982;143:685
213. Buchanan RA, Eaton CJ, Koeff ST, et al. The breast milk excretion of mefenamic acid. *Curr Ther Res Clin Exp*. 1968;10:592
214. Blinick G, Inturrisi CE, Jerez E, et al. Methadone assays in pregnant women and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1975;121:617
215. Blinick G, Wallach RC, Jerez E, et al. Drug addiction in pregnancy and the neonate. *Am J Obstet Gynecol*. 1976;125:135
216. Cooper DS, Bode HH, Nath B, et al. Methimazole pharmacology in man: studies using or newly developed radioimmunoassay for methimazole. *J Clin Endocrinol Metab*. 1984;58:473
217. Campbell AD, Coles FK, Eubank LLK, et al. Distribution and metabolism of methocarbamol. *J Pharmacol Exp Ther*. 1961;131:18
218. White WB, Andreoli JW, Cohn RD. Alpha-methyldopa disposition in mothers with hypertension in their breast-fed infants. *Clin Pharmacol Ther*. 1985;37:387
219. Shore MF. Drugs can be dangerous during pregnancy and lactations. *Can Pharm J*. 1970;103:358
220. Ilett KF, Hackett LP, Paterson JW. Excretion of metrizamide in milk. *Br J Radiol*. 1981;54:537
221. Lownes HE, Ives TJ. Mexiletine use in pregnancy and lactation. *Am J Obstet Gynecol*. 1987;157:446
222. Valdivieso A, Valdes G, Spiro TE, et al. Minoxidil in breast milk. *Ann Intern Med*. 1985;102:135
223. Terwilliger WG, Hatcher RA. The elimination of morphine and quinine in human milk. *Surg Gynecol Obstet*. 1934;58:823
224. Robieux I, Koren G, Vandenbergh H, et al. Morphine excretion in breast milk and resultant exposure of a nursing infant. *J Toxicol Clin Toxicol*. 1990;28:365–370
225. Miller RD, Keegan KA, Thrupp LD, et al. Human breast milk concentration of moxalactam. *Am J Obstet Gynecol*. 1984;148:348
226. Devlin RG, Duchin KL, Fleiss PM. Nadolol in human serum and breast milk. *Br J Clin Pharmacol*. 1981;12:393
227. Belton EM, Jones RV. Haemolytic anaemia due to nalidixic acid. *Lancet*. 1965;2:691
228. Jamali F, Tam YK, Stevens RD. Naproxen excretion in breast milk and its uptake by suckling infant. *Drug Intell Clin Pharm*. 1982;16
229. Liu DTY, Savage JM, Donnell D. Nefopam excretion in human milk. *Br J Clin Pharmacol*. 1987;23:99
230. Ehrenkranz RA, Ackerman BA, Hulse JD. Nifedipine transfer into human milk. *J Pediatr*. 1989;114:478–480
231. Varsano I, Fischl J, Tikvah P, et al. The excretion of orally ingested nitrofurantoin in human milk. *J Pediatr*. 1973;82:886
232. Laumas KR, Malkani PK, Bhatnagar S, et al. Radioactivity in the breast milk of lactating women after oral administration of ^{3}H-norethynodrel. *Am J Obstet Gynecol*. 1967;98:411
233. Pincus G, Bialy G, Layne DS, et al. Radioactivity in the milk of subjects receiving radioactive 19-norsteroids. *Nature*. 1966;212:924
234. Olsson B, Bolme P, Dahlstrom B, et al. Excretion of noscapine in human breast milk. *Eur J Clin Pharmacol*. 1986;30:213
235. Sioufi A, Hillion D, Lumbroso P, et al. Oxprenolol placental transfer plasma concentrations in newborns and passage into breast milk. *Br J Clin Pharmacol*. 1984;18:453
236. Fidler J, Smith V, DeSwiet M. Excretion of oxprenolol and timolol in breast milk. *Br J Obstet Gynaecol*. 1983;90:961
237. Leuxner E, Pulver R. Verabreichung von irgapyrin bei Schwangeren und Wochnerinnen. *MMW*. 1956;98:84
238. Mirkin B. Diphenylhydantoin: placental transport, fetal localization, neonatal metabolism, possible teratogenic effects. *J Pediatr*. 1971;78:329
239. Ostensen M. Piroxicam in human breast milk. *Eur J Clin Pharmacol*. 1983;25:829
240. McKenzie SA, Selley JA, Agnew JE. Secretion of prednisolone into breast milk. *Arch Dis Child*. 1975;50:894
241. Katz FH, Duncan BR. Entry of prednisone into human milk. *N Engl J Med*. 1975;293:1154
242. Pittard WB III, Glazier H. Procainamide excretion in human milk. *J Pediatr*. 1983;102:631
243. Diaz S, Jackanicz TM, Herreros C, et al. Fertility regulation in nursing women, VIII: progesterone plasma levels and contraceptive efficacy of a progesterone-releasing vaginal ring. *Contraception*. 1985;32:603
244. Kunka RL, Venkataramanan R, Stern RM, et al. Excretion of propoxyphene and norpropoxyphene in breast milk. *Clin Pharmacol Ther*. 1984; 35:675
245. Levitan AA, Manion JC. Propranolol therapy during pregnancy and lactation. *Am J Cardiol*. 1973;32:247
246. Karlberg B, Lundberg D, Aberg H. Excretion of propranolol in human breast milk. *Acta Pharmacol Toxicol*. 1974;34:222
247. Bauer JH, Pape B, Zajicek J, et al. Propranolol in human plasma and breast milk. *Am J Cardiol*. 1979;43:860
248. Kampmann JP, Johansen K, Hansen JM, et al. Propylthiouracil in human milk: revision of a dogma. *Lancet*. 1980;1:736
249. Findlay JWA, Butz RF, Sailstad JM, et al. Pseudoephedrine and triprolidine in plasma and breast milk of nursing mothers. *Br J Clin Pharmacol*. 1984;18:901
250. Hardell L-I, Lindstrom B, Lonnerholm G, et al. Pyridostigmine in human breast milk. *Br J Clin Pharmacol*. 1982;14:656
251. Clyde DF, Shute GT, Press J. Transfer of pyrimethamine in human milk. *J Trop Med Hyg*. 1956;59:277
252. Hill LM, Malkasian GD Jr. The use of quinidine sulfate throughout pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1979;54:366
253. Horning MG, Stillwell WG, Nowlin J, et al. Identification and quantification of drugs and drug metabolites in human breast milk using GC-MS-COM methods. *Mod Probl Paediatr*. 1975;15:73
254. Werthmann MW, Krees SV. Quantitative excretion of senokot in human breast milk. *Med Ann DC*. 1973;42:4
255. Hackett LP, Wojnar-Horton RE, Dusci LJ, et al. Excretion of sotalol in breast milk. *Br J Clin Pharmacol*. 1990;29:277–278
256. Phelps DL, Karim A. Spironolactone: relationship between concentrations of dethioacetylated metabolite in human serum milk. *J Pharm Sci*. 1977;66:1203
257. Foulds G, Miller RD, Knirsch AK, et al. Sulbactam kinetics and excretion into breast milk in postpartum women. *Clin Pharmacol Ther*. 1985; 38:692
258. Jarnerot G, Into-Malmberg MB. Sulphasalazine treatment during breast feeding. *Scand J Gastroenterol*. 1979;14:869
259. Berlin CM Jr, Yaffe SJ. Disposition of salicylazosufapyridine (Axulfidine) and metabolites in human breast milk. *Dev Pharmacol Ther*. 1980; 1:31
260. Kauffman RE, O'Brien C, Gilford P. Sulfisoxazole secretion into human milk. *J Pediatr*. 1980;97:839
261. Chaiken P, Chasin M, Kennedy B, et al. Suprafen concentrations in human breast milk. *J Clin Pharmacol*. 1983;23:385
262. Lindberberg C, Boreus LO, DeChateau P, et al. Transfer of terbutaline into breast milk. *Eur J Respir Dis*. 1984;65:87
263. Tetracycline in breast milk. *Br Med J*. 1969;4:791
264. Posner AC, Prigot A, Konicoff NG. Further observations on the use of tetracycline hydrochloride in prophylaxis and treatment of obstetric infections. In: Welch H, Marti-Ibanez F, eds. *Antibiotics Annual 1954–1955*. New York, NY: Medical Encyclopedia Inc; 1955:594
265. Yurchak AM, Jusko WJ. Theophylline secretion into breast milk. *Pediatrics*. 1976;57:518
266. Anderson LW, Qvist T, Hertz J, et al. Concentrations of thiopentone in mature breast milk and colostrum following an induction dose. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1987;31:30
267. Williams RH, Kay GA, Jandorf BJ. Thiouracil: its absorption, distribution, excretion. *J Clin Invest*. 1944;23:613
268. Von Kobyletzki D, Dalhoff A, Lindemeyer H, et al. Ticarcillin serum and tissue concentrations in gynecology and obstetrics. *Infection*. 1983; 11:144
269. Moiel RH, Ryan JR. Tolbutamide (Orinase) in human breast milk. *Clin Pediatr*. 1967;6:480
270. Sagranes R, Waller ES, Goehrs HR. Tolmetin in breast milk. *Drug Intell Clin Pharm*. 1985;19:55

271. Arnauld R. Etude du passage de la trimethoprime dans le lait maternel. *Ouest Med.* 1972;25:959
272. Miller RD, Salter AJ. The passage of trimethoprim/sulpha-methoxazole into breast milk and its significance. Proceedings of the 8th International Congress of Chemotherapy, Athens. *Hellenic Soc Chemother.* 1974;1:687
273. Alexander FW. Sodium valproate and pregnancy. *Arch Dis Child.* 1979; 54:240
274. Von Unruh GE, Froescher W, Hoffman F, et al. Valproic acid in breast milk: how much is really there? *Ther Drug Monit.* 1984;6:272
275. Anderson P, Bondesson U, Mattiasson I, et al. Verapamil and norverapamil in plasma and breast milk during breast feeding. *Eur J Clin Pharmacol.* 1987;31:625
276. Orme ML'E, Lewis PJ, deSwiet M, et al. May mothers given warfarin breast-feed their infant? *Br Med J.* 1977;1:1564
277. Pons G, Francoual C, Guillet P, et al. Zolpidem excretion in breast milk. *Eur J Clin Pharmacol.* 1989;37:245–248
278. Wild CP, Pionneau FA, Montesano R, et al. Aflatoxin detected in human breast milk by immunoassay. *Int J Cancer.* 1987;40:328
279. Maxwell SM, Apeagyei F, de Vries HR, et al. Aflatoxins in breast milk, neonatal cord blood and sera of pregnant women. *J Toxicol Toxin Rev.* 1989;8:19–29
280. Zarba A, Wild CP, Hall AJ, et al. Aflatoxin M_1 in human breast milk from The Gambia, West Africa, quantified by combined monoclonal antibody immunoaffinity chromatography HPLC. *Carcinogenesis.* 1992; 13:891–894
281. Stegink LD, Filer LJ Jr, Baker BL. Plasma, erythrocyte human milk levels of free amino acids in lactating women administered aspartame or lactose. *J Nutr.* 1979;109:2173
282. Mangurten HH, Kaye CI. Neonatal bromism secondary to maternal exposure to a photographic laboratory. *J Pediatr.* 1982;100:596
283. Radisch B, Luck W, Nau H. Cadmium concentrations in milk and blood of smoking mothers. *Toxicol Lett.* 1987;36:147
284. Miyazaki T, Akiyama K, Kaneko S, et al. Chlordane residues in human milk. *Bull Environ Contam Toxicol.* 1980;25:518
285. Resman BH, Blumenthal HP, Jusko WJ. Breast milk distribution of theobromine from chocolate. *J Pediatr.* 1977;91:477
286. Wolff MS. Occupationally derived chemicals in breast milk. *Am J Ind Med.* 1983;4:259
287. Egan H, Goulding R, Roburn J, et al. Organo-chlorine pesticide residues in human fat human milk. *Br Med J.* 1965;2:66
288. Quinby GE, Armstrong JF, Durham WF. DDT in human milk. *Nature.* 1965;207:726
289. Bakken AF, Seip M. Insecticides in human breast milk. *Acta Paediatr Scand.* 1976;65:535
290. Adamovic VM, Sokic B, Smiljanski MJ. Some observations concerning the ratio of the intake of organochlorine insecticides through food and amounts excreted in the milk of breast-feeding mothers. *Bull Environ Contam Toxicol.* 1978;20:280
291. Savage EP, Keefe TJ, Tessari JD, et al. National study of chlorinated hydrocarbon insecticide residues in human milk, USA. *Am J Epidemiol.* 1981;113:413
292. Wilson DJ, Locker DJ, Ritzen CA, et al. DDT concentrations in human milk. *AJDC.* 1973;125:814
293. Bouwman H, Becker PJ, Cooppan RM, et al. Transfer of DDT used in malaria control to infants via breast milk. *Bull World Health Organ.* 1992;70:241–250
294. Emanuel B, Schoenfeld A. Favism in a nursing infant. *J Pediatr.* 1961; 58:263
295. Simpson WJ, Tuba J. An investigation of fluoride concentration in the milk of nursing mothers. *J Oral Med.* 1968;23:104
296. Esala S, Vuori E, Helle A. Effect of maternal fluorine intake on breast milk fluorine content. *Br J Nutr.* 1982;48:201
297. Dreyfus-See G. Le passage dans le lait des aliments ou medicaments absorbes par denourrices. *Rev Med Interne.* 1934;51:198
298. Ando M, Hirano S, Itoh Y. Transfer of hexachlorobenzene from mother to newborn baby through placenta and milk. *Arch Toxicol.* 1985;56:195
299. West RW, Wilson DJ, Schaffner W. Hexachlorophene concentrations in human milk. *Bull Environ Contam Toxicol.* 1975;13:167
300. Rabinowitz M, Leviton A, Needelman H. Lead in milk and infant blood: a dose-response model. *Arch Environ Health.* 1985;40:283
301. Sternowsky JH, Wessolowski R. Lead and cadmium in breast milk. *Arch Toxicol.* 1985;57:41
302. Koos BJ, Longo LD. Mercury toxicity in the pregnant woman, fetus, and newborn infant: a review. *Am J Obstet Gynecol.* 1976;126:390
303. Amin-Zaki L, Elhassani S, Majeed MA, et al. Studies of infants postnatally exposed to methylmercury. *J Pediatr.* 1974;85:81
304. Pitkin RM, Bahns JA, Filer LA Jr, et al. Mercury in human maternal and cord blood, placenta, and milk. *Proc Soc Exp Biol Med.* 1976;151:565
305. Stegink LD, Filer LJ Jr, Baker GL. Monosodium glutamate: effect on plasma and breast milk amino acid levels in lactating women. *Proc Soc Exp Biol Med.* 1972;140:836
306. Miller RW. Pollutants in breast milk. *J Pediatr.* 1977;90:510
307. Rogan WJ, Bagniewska A, Damstra T. Pollutants in breast milk. *N Engl J Med.* 1980;302:1450
308. Wickizer TM, Brilliant LB, Copeland R, et al. Polychlorinated biphenyl contamination of nursing mothers in Michigan. *Am J Public Health.* 1981;71:132
309. Brilliant LB, Van Amburg G, Isbister J, et al. Breast milk monitoring to measure Michigan's contamination with polybrominated biphenyls. *Lancet.* 1978;2:643
310. Wickizer TM, Brilliant LB. Testing for polychlorinated biphenyls in human milk. *Pediatrics.* 1981;68:411–415
311. Bagnell PC, Ellenberg HA. Obstructive jaundice due to a chlorinated hydrocarbon in breast milk. *Can Med Assoc J.* 1977;117:1047
312. Higginbottom MC, Sweetman L, Nyhan WL. A syndrome of methylmalonic aciduria, homocystinuria, megaloblastic anemia neurologic abnormalities in a vitamin B_{12}-deficient breast-fed infant of a strict vegetarian. *N Engl J Med.* 1978;299:317

ANNEXE 7

Sevrage : L'enfant qui refuse le biberon

L'ENFANT QUI REFUSE LE BIBERON

Si la mère veut commencer le sevrage et que le bébé refuse de prendre le biberon, voici quelques trucs que des femmes ont essayés et qui les ont aidées.

- Quand c'est possible, faire en sorte qu'une autre personne que la mère donne le biberon au bébé.
- Proposer le biberon au bébé avant qu'il n'ait trop faim.
- Réchauffer le lait à la température du corps avant de l'offrir au bébé.
- Mettre un vêtement de la mère (*t-shirt* ou chemise de nuit par exemple) autour du bébé en lui donnant le biberon.
- Au lieu de pousser la tétine dans la bouche du bébé, la poser près de sa bouche et le laisser la prendre tout seul.
- Mettre la tétine sous l'eau chaude du robinet pour la réchauffer jusqu'à la température du corps.
- Essayer différentes sortes de tétines pour trouver la forme, la texture et l'ouverture qui conviendront au bébé.
- Si le bébé a tendance à s'étouffer, choisir une tétine ayant moins de trous ou à trous plus petits pour que le lait s'écoule moins vite.
- Choisir un endroit et une position qui diffèrent de la routine habituelle de l'allaitement.
- Essayer de nourrir le bébé tout en faisant des mouvements rythmiques, comme marcher, se balancer ou se bercer, pour le calmer.
- Persévérer : même si le bébé refuse le biberon aujourd'hui, il l'acceptera peut-être demain. S'il refuse catégoriquement de prendre le biberon, le bébé pourra toujours recevoir le lait de sa mère ou le lait artificiel avec une tasse, une seringue ou une tasse à bec.

Adapté du dépliant no 83. La Leche Leaque France

Clinique Périnatale de l'Estrie
Enseignement pré et postnatal

HÉLÈNE P. CLOUTIER
Infirmière. B. Sc. Inf..

Bureau
72, rue Murray
Sherbrooke J1G 2K3

Tél. Bur: (819) 565-2349

Martine Picard

DIÉTÉTISTE PROFESSIONNELLE

CONSULTATION EN NUTRITION ET ALIMENTATION

TÉL.: (819) 864-4796

MEMBRE DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE
DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC

MATERNITÉ
CENTRE DE
DE L'ESTRIE

205, rue Murray, Sherbrooke (Québec) J1G 2K2
Téléphone (819) 564-0588 Télécopieur (819) 564-6092

CLSC ALFRED-DESROCHERS

1750, rue Sherbrooke
MAGOG (Québec)
J1X 2T3
(819) 843-2572
Télécopieur:
(819) 843-2940 ☐

100, rue Principale
ROCK ISLAND (Québec)
J0B 2K0
(819) 876-7521 ☐

314, rue Principale
C.P. 399
MANSONVILLE (Québec)
J0E 1X0
(514) 292-3376 ☐

H 10,842 E-4237
Ex.2 Cyr, Renée
Durocher, Sylvie et al.
Allaitement maternel : guide pratique à l'intention des intervenants ~~et intervenantes~~ —

DATE	NOM
01-04-17	Ghenard

H 10,842
Ex.2