

les mères veilleuses

Automne 2019



www.nroutaouais.ca
115, Boul. Sacré-Cœur – local 5
Gatineau Québec J8X 1C5

Mot de la direction

Chères bénévoles,

Suite aux réponses du sondage, nous avons décidé de publier des éditions moins volumineuses pour l'avenir. D'autres changements seront probablement faits dans un avenir rapproché.

Cette édition contient toujours quelques des informations de notre organisme, des articles provenant des médias, de la formation continue et des témoignages et est garni de vos magnifiques photos.

Nous sommes toujours ravies de recevoir vos photos d'allaitement, d'accouchement ou de vos familles, des liens de textes que vous voulez partager avec nous et des témoignages.

Si vous n'avez pas encore répondu au sondage (41 réponses reçues sur 105 potentielles), vous pouvez encore le faire par le lien suivant :

<https://fr.surveymonkey.com/r/GQXJFBG>

Bonne lecture !

Sophie Richard
Coordonnatrice de Nourri-Lait

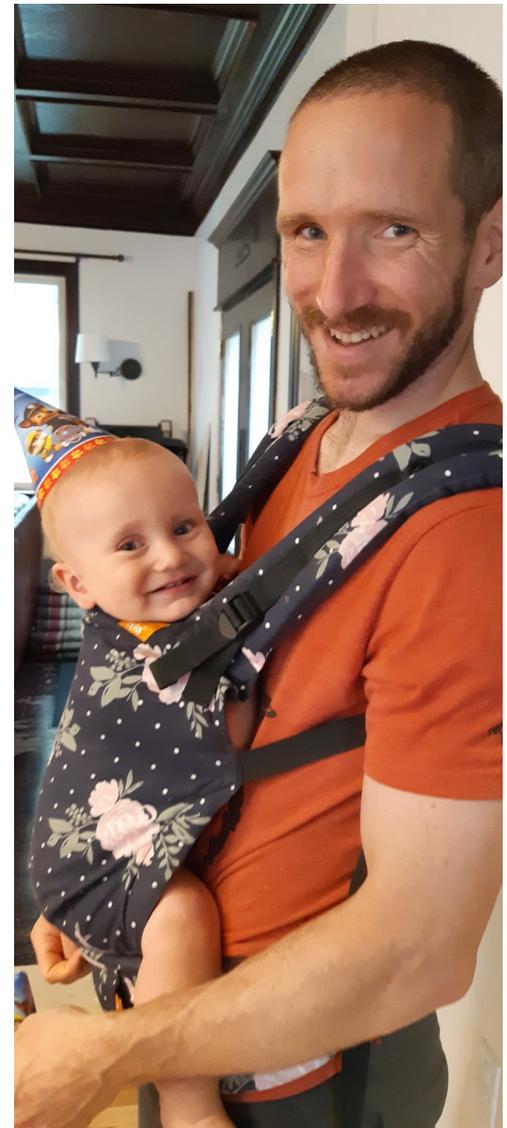
Sommaire

Mot de la direction.....	2
Lait-z-infos	3
Clin d'oeil.....	6
Témoignages	9
Formations continues allaitement.....	11

Collaboration au journal

Véronique Hatterer et Sophie Richard.

Graphisme et mise en page : Gabrielle Bégin



Lait-z-info

Formation de base de marraines

La prochaine formation de marraines a eu lieu le 20 et 27 octobre et 3 novembre. Douze nouvelles marraines se sont ajoutées à notre liste. Nous leur souhaitons la bienvenue!

Formation continue de marraines

C'est dimanche le 24 novembre qu'aura lieu notre prochaine journée de formation continue. Quatre sujets vous seront présentés :

- Médicaments et allaitement, donné par Marie-Ève Héту, pharmacienne et marraine.
- Peau-à-peau, essentiel et sécuritaire, donné par Louise Dumas, enseignante et chercheuse.
- Ne pas allaiter risques pour la mère et le bébé, donné par Louise Dumas, enseignante et chercheuse
- Médicaments et allaitement, complément à la formation de base, donné par Nathalie Gagnon, pharmacienne et ancienne marraine et accompagnante.

Nous vous rappelons que ces formations complètent votre formation de marraines et vous aident à être à jour pour mieux aider vos filleules.

Formation des accompagnantes à la naissance

La prochaine formation d'accompagnantes à la naissance, d'une durée d'environ 80 heures, aura lieu du 1er février au 3 mai 2020.

Le coût de la formation est de 700,00 \$ (un rabais de 50,00 \$ est accordé pour tout paiement effectué avant le 1er janvier 2020).

Pour plus de détails, communiquez avec Véronique Hatterer au 819-561-4499.

Reconnaissance des bénévoles :

Nous remercions toutes nos marraines, mais nous aimerions souligner les années d'ancienneté des bénévoles suivantes :

- Depuis 5 ans : Hanako Cardinal, Marie-Hélène Desrosiers, Aurée Meilleur-Trudeau, Marie-Renée Sirois, Véronik Lavigne, Karine Lemyre, Cindy Lesage-Pelletier et Sophie Wauquier.
- Depuis 10 ans : Sarah Beaudin

Nous voulons également souligner que les marraines suivantes ont effectué le plus grand nombre de jumelages depuis le 1er avril 2019 :

- Marie-Pier Duchesne : 8
- Esther Beaudry : 5
- Véronik Poirier : 4
- Aline Morrissette : 4
- Rachel Lacasse : 4
- Marie-Pier Jalbert : 4
- Marie-Ève Chouinard : 4
- Gracia Bolduc : 4

Nous tenons également à remercier toutes nos accompagnantes à la naissance et nos aides-mamans, et souligner le plus grand nombre de jumelages offerts depuis le 1er avril 2019 :

- Antoinette Aide-Akhibi : 5 accompagnements
- Maude Duchemin : 5 accompagnements
- Huguette Vermette : 5 accompagnements
- Elaine Landy : 12 relevailles
- Myriam Charbonneau : 7 relevailles
- Brigitte Bonneau : 7 relevailles
- Ariane Sénécal : 6 relevailles



Semaine mondiale de l'allaitement maternel :

Lors de la semaine mondiale de l'allaitement maternel, l'organisme avait organisé deux activités : un café-causerie sur les mythes de l'allaitement et une clinique porte-ouverte d'une journée. Ces deux activités ont été très populaires et fort appréciées par les mamans.

Nous avons également offert à toutes les mamans présentes et lors de nos cliniques communautaires d'allaitement un magnifique vêtement (pantalon, chandail et tuque) fabriqué au Québec en coton bio avec un logo imprimé.

Coloris au choix : pistache, caramel ou lilas.

Tailles : 0/6 mois et 6-12 mois.

Ceux-ci sont également en vente au coût de 20\$ à l'organisme. Passez-nous voir pour acheter le vôtre ! Une belle idée de cadeau, non ?

N'hésitez pas à en parler à vos filleules et à votre entourage.



La grande semaine des Tout-Petits

2 activités seront organisées à NRO :

- Danse/portage avec Esther Caron le mardi 19 novembre 2019 à 10h00
- Le développement du langage avec Chantal Normand, orthophoniste, le jeudi 21 novembre 2019 à 10h00

Cours offerts par l'organisme :

Atelier de Gestion de la Douleur :

Cours prénatal animé par Annick Chantal, Lysane Lemire ou Émilie Rowe, axé sur le contrôle de la douleur lors de l'accouchement.

Coût : 115,00 \$ par couple.

Cours de préparation à l'allaitement :

Soirée d'informations pour se préparer à allaiter bébé, animé par Marie-Ève Bonicalzi, Juliane Laliberté ou Camille Marcotte-Quijida

Coût : 50,00 \$ par couple.

Atelier RCR pour nouveaux parents :

Cet atelier, animé par un instructeur certifié de la Croix-Rouge, s'adresse tout aussi bien aux futurs parents, nouveaux parents, grands-parents ou autre personne côtoyant de jeunes enfants. Aucun certificat ne sera émis, mais les participants partiront plus confiants, sachant quoi faire en situation d'urgence.

Coût : 35,00 \$ par personne.

Atelier sur l'introduction l'alimentation autonome (DME) et l'introduction des solides :

C'est un sujet qui intéresse beaucoup les parents.

Un à deux ateliers sont programmés par mois.

Coût : 15,00 \$ par personne.

Ateliers de portage :

Julie-Anne Piché anime des ateliers de portage débutant et avancé pour porter bébé de façon sécuritaire.

Coût : 25,00 \$ par personne.

Causeries-Bedaines

Groupes de discussions ouverts pour les futures et nouvelles mamans avec leurs bébés autour de sujets divers :

- Les mardis de 13h15 à 15h15 à la Maison de la Famille de Gatineau (101 Avenue de Gatineau)
- Les mercredis matins de 9h30 à 11h30 au Centre d'Animation Familiale (1312 rue St Louis à Gatineau)

Rejoignez-nous !

Parlez-en autour de vous et informez vos filleules !



À la recherche d'aides-mamans

Le service de relevailles vise à prévenir l'épuisement parental et à favoriser les relations parents-enfants. Nous desservons tout l'Outaouais.

Vous avez un horaire flexible et de l'intérêt pour la relation d'aide ? Souhaiteriez-vous devenir aide-maman pour l'organisme ? Emploi rémunéré au taux horaire de 15\$/heure.

N'hésitez pas à communiquer avec Véronique au 819-561-4499. Toutes les nouvelles aides-mamans sont les bienvenues !

Clin d'oeil

L'ONU réclame des politiques favorables à l'allaitement dans le monde

MAQ, Communiqué de presse de l'ONU du 1er août 2019

À l'occasion de la Semaine mondiale de l'allaitement, organisée du 1er au 7 août de chaque année, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'UNICEF et leurs partenaires ont plaidé en faveur de politiques favorables à la famille afin de permettre l'allaitement maternel et d'aider les parents à prendre soin de leurs enfants et à créer des liens avec eux dès le plus jeune âge.

Selon l'OMS, l'allaitement maternel contribue à améliorer la santé des mères et des enfants. L'augmentation de l'allaitement maternel à un taux quasi universel permettrait de sauver plus de 800 000 vies chaque année, dont la majorité serait des enfants âgés de moins de 6 mois.

«L'allaitement maternel protège les jeunes enfants d'infections courantes et a aussi un impact sur leur développement cognitif. Le taux de mortalité est réduit de façon significative dans les pays où les enfants sont allaités au sein dès le départ, mais aussi lorsque l'allaitement exclusif est augmenté», explique France Bégin, Conseillère principale pour l'alimentation du jeune enfant au Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF).

L'allaitement maternel diminue aussi le risque pour les mères de développer le cancer du sein, le cancer des ovaires, le diabète de type 2 et une cardiopathie. On estime qu'une augmentation de l'allaitement maternel

permettrait chaque année d'éviter 20 000 décès maternels dus au cancer du sein.

Pourtant, les politiques en faveur de l'allaitement maternel — telles que les congés parentaux payés et les pauses d'allaitement — ne sont pas encore disponibles pour la plupart des mères dans le monde.

France Bégin plaide pour des politiques permettant aux parents d'avoir des congés de maternité adéquats et des politiques au niveau des hôpitaux encourageant l'allaitement. «Ce sont des politiques qui vont permettre d'augmenter l'allaitement maternel», explique-t-elle.

Seulement 4 bébés sur 10 sont nourris exclusivement au sein. «Nous devons investir beaucoup plus dans les congés parentaux payés et le soutien à l'allaitement sur tous les lieux de travail pour augmenter les taux d'allaitement dans le monde», souligne la Directrice exécutive de l'UNICEF, Henrietta Fore.

Congés parentaux rémunérés

Trop peu de pays accordent des congés parentaux rémunérés : les normes sur la protection de la maternité de l'Organisation internationale du Travail (OIT) prévoient au moins 14 semaines de congé de maternité rémunéré. Pourtant, seuls 12 % des pays du monde offrent un congé de maternité payé et adéquat.



L'UNICEF recommande au moins six mois de congés payés pour tous les parents combinés, dont 18 semaines de congés payés devraient être réservées aux mères. Les gouvernements et les entreprises devraient s'efforcer d'obtenir au moins 9 mois de congés payés combinés.

La disponibilité d'un congé de maternité plus long augmente les chances d'allaitement : une étude récente a montré que les femmes ayant six mois de congé de maternité ou plus avaient au moins 30 % de chances supplémentaires de maintenir l'allaitement pendant au moins les six premiers mois.

Les femmes qui travaillent ne reçoivent pas assez d'aide pour continuer à allaiter : dans le monde, seuls 40 % des femmes avec des nouveau-nés bénéficient des avantages de maternité les plus élémentaires sur leur lieu de travail. Cette disparité s'accroît entre les pays d'Afrique, où seulement 15 % des femmes avec des nouveau-nés bénéficient d'un quelconque avantage pour soutenir la poursuite de l'allaitement.

Les agences onusiennes recommandent des pauses d'allaitement régulières pendant les heures de travail pour permettre l'allaitement ou l'expression du lait maternel, ainsi qu'un environnement favorable à

l'allaitement comprenant des installations adéquates permettant aux mères de poursuivre l'allaitement exclusif pendant six mois, suivies d'un allaitement complémentaire adapté à leur âge.

Pas assez de bébés nourris au sein pendant la première heure

En 2018, moins de la moitié des bébés dans le monde, soit 43 %, étaient allaités au sein au cours de la première heure de leur vie. Le lait maternel est plus que de la nourriture pour bébé, c'est aussi un médicament puissant pour la prévention des maladies, adapté aux besoins de chaque enfant.

«Et on sait qu'en mettant l'enfant au sein dans la première heure, physiologiquement il y a le lait maternel qu'on appelle le colostrum qui est une source incroyable d'anticorps et d'autres sources de nutriments, qui peut améliorer la santé de l'enfant et augmenter ses défenses immunitaires», explique France Begin. «Si on met l'enfant au sein dans la première heure, il y a de meilleures chances que l'allaitement se poursuive parce que si on commence sur un bon pied c'est beaucoup plus facile de continuer par la suite».

L'odeur de maman

Naître et grandir, Josée Bournival, Auteure, animatrice et bloggeuse, 17 SEPTEMBRE 2019

Si je ferme les yeux et me concentre, je suis capable de retrouver l'odeur de ma mère. Une odeur apaisante, rassurante. Une odeur unique qui me rappelle mon enfance. Encore aujourd'hui, ma maman sent la même chose. Elle ne le sait pas, mais quand je la serre contre moi, j'en profite toujours pour faire le plein de sa senteur, même à 42 ans.

Quand mes enfants se blottissent contre moi et qu'ils enfouissent leur nez dans mon cou, je me dis qu'ils emmagasinent le même genre de souvenirs olfactifs. Je n'ai aucune idée de ce que je sens pour eux, mais je suis certaine que mon odeur est singulière. L'odorat est notre sens le plus primitif. Une simple odeur peut faire remonter à la surface des souvenirs oubliés, nous faire monter les larmes aux yeux ou nous calmer.

En pleine nuit, quand un de mes trésors fait un cauchemar et résiste au sommeil, je le couvre souvent d'un chandail que j'ai porté la veille ou d'une veste qui m'appartient. Ça fait des miracles ! Comme si je les enveloppais de sécurité, de réconfort, de mes bras. Blanche a déjà transformé un vieux pull maternel en

jaquette pendant une semaine entière. Je vous partage cette idée en cette période mouvementée de la rentrée... ça pourrait faciliter quelques nuits...

Quand je berce mes trésors, j'en profite aussi pour respirer la tête de mes petits. J'ai beau les savonner avec les mêmes produits, chacun a une odeur bien à lui. J'ai toujours trouvé que Clémentine sentait le pain chaud. Lorsqu'elle était bébé, je croyais, à tort, que tous les nourrissons sentaient la même chose. L'arrivée de Simone m'a fait réaliser le contraire. Lorsque je l'embrasse sur le dessus de la tête, ce sont des notes de cuir qui me viennent aux narines. Rien à voir avec le pain chaud...

En attendant que les technologies nous permettent de mettre en flacon l'odeur de ceux que nous aimons, collons nos enfants (et nos parents). La mémoire olfactive est un outil simple qui peut leur apporter du réconfort. Et ça, on n'en a jamais trop !

Et vous ? Que sentent vos enfants ? Constatez-vous que votre odeur est importante pour eux et qu'elle les apaise ?

Le code et les résolutions subséquentes de l'assemblée mondiale de la santé : un outil pour protéger l'allaitement

MAQ

En 1981, dans le but de contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition sécuritaire et adéquate, l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) a adopté le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (le Code).

Saviez-vous que, depuis son adoption, l'AMS a adopté 19 résolutions pour bonifier ou préciser le Code ? Ces résolutions sont aussi importantes que le Code lui-même. Par exemple, c'est en 2001 que la limite pour la recommandation de l'allaitement exclusif a été fixée à l'âge de 6 mois, alors que le Code précise une période entre 4 et 6 mois. De même, c'est en 2016 que l'AMS fixe la portée du Code jusqu'à l'âge de 3 ans pour l'encadrement de la promotion des aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants.

Actuellement, le contexte n'est pas favorable pour l'adoption d'un nouveau Code qui réunirait en un seul texte le Code de 1981 et les 19 résolutions subséquentes de l'AMS. C'est pourquoi il est vivement recommandé de toujours préciser «et les résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la Santé» pour toute référence au Code.

À cette fin, le MAQ édite le résumé en français de ces résolutions, préparé par l'International Code Documentation Centre (ICDC) de l'Infant Baby Food Action Network (IBFAN), avec l'autorisation de l'ICDC. Tout récemment, le MAQ a eu l'autorisation de faire une traduction libre des résumés préparés par l'ICDC pour les résolutions de 2016 et de 2018. De plus, le document édité par le MAQ comprend le lien vers le texte complet en français de toutes les résolutions telles qu'elles ont été publiées par l'Organisation mondiale de la Santé.



Témoignages

Mon conjoint, l'ultime supporteur de mon allaitement réussi

« Le 30 mai 2010. Ma grossesse nous avait déjà fait vivre des hauts et des bas du haut de ses 30 semaines. Avec l'annonce d'un placenta prævia complet à seulement 12 semaines, mon souhait d'un accouchement naturel était hors porté. Je savais ce soir-là qu'en me rendant à l'hôpital avec mon conjoint que notre vie de parent commençait. Les défis s'annonçaient difficiles. Le premier est le transfert de notre bébé à Montréal à cause du degré de sa prématurité. On m'a dit que je n'étais pas en mesure de faire la route avec lui à cause de la césarienne. Et pour le lait ? Pas question de donner de la formule. Martin n'a pas hésité et s'est montré rassurant. Il viendrait chercher le lait exprimé à Gatineau pour nourrir notre fils aux soins intensifs à Montréal. C'est avec beaucoup de café, de la musique dans le tapis qu'il a transporté comme un trésor le premier 5ml que j'ai exprimé. Il a fait l'aller-retour quelques fois avant que je puisse me rendre au chevet de mon petit. La consultante de la néonatalogie avait été claire : je devais exprimer mon lait tous les trois heures le jour et tous les quatre heures la nuit.

Ma mobilité souffrait encore de mon opération, et les émotions des jours précédents pesaient fort sur mon cœur de mère. Mon Martin, lui, se levait avec moi, préparait le tire-lait, m'aidait avec l'installation et à me

déplacer, nettoyait bouteilles et embouts, me servait à boire et à manger. Il s'occupait de la stérilisation de l'équipement et du séchage, du stockage et de la livraison à l'hôpital. Dans le moment où j'aurais pu me décourager ou m'épuiser, il était là. Notre routine était bien établie entre les visites auprès de notre fils et l'expression de lait quand un autre défi s'est braqué sur notre chemin. J'ai dû être opérée de nouveau, cette fois pour des calculs à la vésicule biliaire. Encore une fois, sans se poser de questions, Martin a pris les choses en mains pour assurer ma production. Il se passa sept heures entre la dernière expression et ma sortie de la salle de réveil. L'engorgement était terrible et très douloureux. Il a tiré mon lait lui-même, tout en massant pour débloquer les canaux, jusqu'à ce que je sois assez forte pour le faire moi-même. Deux mois ont passé avant que l'on puisse rentrer à la maison, tous les trois. Je me souviens d'un soir où j'allais mon garçon âgé de 6 mois. Martin était assis par terre à côté de nous, il caressait doucement les cheveux de notre bébé. Il me dit qu'il ne se sent pas tant utile comme ça à me regarder faire. C'est pourtant grâce à lui et son constant appui que nous pouvions savourer ce moment de pur bonheur ! »

Andrée Lessard, marraine

Témoignage d'une maman utilisatrice du service d'accompagnante à la naissance

« C'était juste formidable. Les mots me manquent pour témoigner à quel point je suis reconnaissante envers mon accompagnante. J'ai accouché de mon 4ème bébé. Certaines vont peut-être se demander pourquoi avoir recours à une accompagnante à la naissance alors que je devais être expérimentée ! La raison est simple. J'accouché mes 3 premiers par voir vaginale mais j'ai eu recours à des méthodes médicales comme l'épidurale pour mon 1er bébé, l'accouchement provoqué pour mon 2ème et 3ème. Je voulais donc un accouchement naturel cette fois-ci. L'aide de Rachel m'a permis de

réaliser ce rêve. A chaque étape du travail, elle m'a aidée avec les méthodes de gestion de la douleur et l'accélération de la descente du bébé (points de pression, squat, marches...). Elle était un support énorme pour mon mari en l'aidant à prendre soin de moi pendant mon travail. Pendant l'accouchement, elle a proposé à mon médecin que je puisse accoucher à genoux, ce qui était mon choix et cela a été possible. Merci Rachel ! Merci Naissance-Renaissance Outaouais ! »

Herisoa

Témoignage d'une maman lors de la semaine mondiale de l'allaitement maternel

En cette semaine d'allaitement, je suis fière de dire que j'ai allaité 27 mois au total mes deux enfants. Malheureusement, seulement 9 mois pour ma fille puisque ma production avait cessé étant enceinte de mon deuxième. Mon garçon a été allaité 21 mois.

J'en suis tellement fière et cela me manque énormément (tous les beaux moments, collée avec eux, le cododo, lorsque je tombais endormie avec bébé lors des tétées, le regard profond qu'ils ont lorsqu'ils nous regardent en tétant, la symbiose/chimie entre nous) bref ce sont que quelques petits exemples vécus parmi tant d'autres...

J'ai eu quelques étapes à la naissance de Lexie (ma première) avec l'allaitement, une septicémie pour moi qui a dû mettre mon allaitement en péril, bébé hospitalisé en même temps que moi en pédiatrie pour un problème de prise de poids. Papa s'occupait de nous à merveille. Il montait et descendait constamment venir chercher le lait que je me tirais tous les 2-3 heures pour nourrir bébé au DAL lorsque j'étais à l'urgence/salle de choc (5 jours). Heureusement j'avais réussi à être hospitalisé avec ma fille par la suite. Même s'il était rendu avec le teint gris/vert d'épuisement et moi qui voulais tout lâcher et donner la formule, il m'a encouragée à continuer et je peux dire qu'il a sauvé mon/notre allaitement. Oui, NOTRE ALLAITEMENT. Pour mon fils, ça été facile, bien sûr, grâce à l'expérience acquise lors du premier allaitement. Il avait les freins de langue et de lèvres trop courts, et ce, tout comme sa sœur, qui ont été

coupés pour ne pas me blesser et pour qu'il puisse bien ouvrir la bouche pour téter.

J'ai aussi été marraine d'allaitement pour 5 nouvelles familles et j'ai pu leur transmettre ma passion et mon expérience. Malheureusement, je ne le suis plus car le temps me manque. Je peux toujours répondre aux questions et vous aider du mieux de mes connaissances c'est certain. Il est aussi très important de savoir qu'il y a des gens pour nous aider tels que Nourri-Lait. Ils sont merveilleux.

Pour ceux et celles qui croient que l'allaitement c'est facile, je dirais NON. Il faut de la persévérance, de la volonté et surtout, du support de son conjoint et de sa famille sinon c'est impossible. Il faut briser les tabous avec l'allaitement. C'est pourquoi j'affiche mes photos aujourd'hui.

Sachez que notre et votre enfant ne sont jamais trop allaités et/ou trop vieux pour être allaités. Ah oui, si mon bébé n'était pas sous une couverture en public c'est peut-être parce qu'il avait trop chaud et qu'il n'aimait pas ça. Pas parce que je voulais montrer ma super belle poitrine VOYONS DONC et surtout pas parce que j'avais besoin d'attention. En tous les cas, moi je ne mangerais jamais sous une couverture...

Zoé Lemieux, ancienne marraine

Témoignage d'une marraine

C'est la semaine mondiale de l'allaitement qui se termine! Merci Naissance-Renaissance Outaouais pour le cadeau.

C'est mon 69ième mois d'allaitement qui se termine demain aussi et ça continue.

Je suis choyée d'avoir pu vivre de si belles expériences d'allaitement.

Merci Sophie Richard pour ton support à chaque fois ♥

Laurence Vaillancourt, marraine



Formations continues allaitement

Hypoplasie mammaire, et production lactée insuffisante

DA 119 : SOPK, Publié dans le n° 119 des Dossiers de l'allaitement, février 2017. D'APRÈS : PCOS, breast hypoplasia and low milk supply : a case study. McGuire E, Rowan MK. Breastfeed Rev 2015 ; 23(3) : 29-32.

Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) et l'hypoplasie mammaire sont deux problèmes corrélés à une production lactée insuffisante. Le SOPK est une anomalie endocrinienne complexe qui se caractérise par un taux élevé d'androgènes circulants, l'absence de cycles menstruels ou des cycles anovulatoires, et une polykystose ovarienne. Ces femmes ont également un risque significatif de surpoids, de diabète de type 2 et d'infertilité. Les études sur l'impact du SOPK sur l'allaitement sont peu concluantes, certaines faisant état d'une faible production lactée, tandis qu'une étude norvégienne plus récente ne constatait pas de différence significative à 3 et 6 mois sur le plan des taux d'allaitement entre des femmes souffrant de SOPK et des femmes n'en souffrant pas.

L'hypoplasie se caractérise par un faible volume des seins, en particulier au niveau des quadrants inférieurs, des seins tubulaires, un espace important entre les seins, une différence importante de taille entre les deux seins, l'absence d'augmentation de volume des seins pendant la grossesse, puis après l'accouchement. Par ailleurs, une étude portant sur des femmes présentant une hypoplasie mammaire a constaté que 85 % avaient une production lactée très insuffisante pendant la première semaine post-partum, mais que 39 % avaient une production lactée suffisante à 1 mois. Les auteurs présentent un cas de femme présentant un SOPK avec hypoplasie mammaire et faible production lactée.

Cette femme savait depuis des années qu'elle souffrait d'un SOPK. Ses seins étaient tubulaires, très espacés, avec une base étroite. Elle a dû prendre de la metformine pour régulariser son cycle menstruel, puis suivre un protocole de déclenchement de l'ovulation pour démarrer ses deux grossesses. Elle n'a pas pu allaiter son premier enfant en raison d'une faible production lactée. Pendant sa deuxième grossesse, ses seins ont augmenté légèrement de volume et sécrétaient du colostrum, mais les changements sont restés minimes. Elle a accouché à terme d'un bébé qui pesait 3,860 kg. Elle a fait de gros efforts pour lancer sa production lactée. Elle a mis son bébé au sein rapidement après la naissance, et a fait beaucoup de peau à peau. Elle a commencé à prendre de la dompéridone (10 mg trois fois par jour) rapidement après la naissance.

À J3, le bébé avait perdu 10 % de son poids de naissance, et on a recommandé à la mère de le mettre au sein le plus possible, et de revenir le faire peser à J6. Pendant ces trois jours, le bébé a beaucoup pleuré ; il tétait toutes les 2 à 3 heures, et ne dormait que contre la poitrine de sa mère. À la seconde consultation, il avait perdu 14 % de son poids de naissance, et on a conseillé à la mère de lui donner des suppléments, et de prendre du fenugrec en plus de la dompéridone. Le bébé a pris 120 g pendant les deux jours suivants. On a alors suggéré de diminuer la quantité de suppléments donnés, mais le bébé a recommencé à perdre du poids.



La mère a alors vu une consultante en lactation, qui a constaté l'hypoplasie mammaire. Un test de pesée avant et après une tétée a montré que le bébé recevait peu de lait maternel. On lui a donc dit qu'il devait absolument recevoir des suppléments, et la mère a décidé de les lui donner avec un DAL (dispositif d'aide à l'allaitement) posé sur le sein. Le bébé a été revu à J25. Il recevait 80 à 120 ml de supplément à chaque tétée, et sa prise de poids était bonne. On a proposé à la mère d'évaluer sa production lactée sur 24 heures (on lui a fourni le matériel et les informations nécessaires), et de faire un bilan biologique. La production lactée sur 24 heures était de 52 ml, très inférieure au volume que consomme un bébé exclusivement allaité à cet âge. Les taux sériques de prolactine, de TSH et de testostérone étaient dans les limites de la normale, mais une résistance à l'insuline a été constatée. La mère a donc décidé d'arrêter la dompéridone et d'essayer de reprendre de la metformine, mais cela n'a pas eu d'impact significatif sur la production lactée : une

nouvelle évaluation sur 24 heures a constaté une production totale de 88 ml. La mère a toutefois décidé de poursuivre la prise de metformine (compatible avec l'allaitement). Elle espère arriver à obtenir du lait humain auprès d'un lactarium.

Ce cas illustre les problèmes rencontrés par une mère présentant un SOPK accompagné d'une hypoplasie mammaire. Il montre que la dompéridone ou la metformine ne donnent pas de résultat significatif sur la production lactée. Les femmes qui présentent un problème médical interférant avec la lactation doivent être activement soutenues, et informées sur les alternatives les plus adaptées à leur situation et à leurs souhaits. Les manifestations cliniques d'un SOPK sont variées, et certaines femmes pourront allaiter sans problème, tandis que d'autres n'arriveront jamais à avoir une production lactée suffisante (NDLR : mais pourront cependant vivre une relation d'allaitement gratifiante, éventuellement en donnant les suppléments avec un DAL).

DA 103 : Selles non fréquentes chez les bébés exclusivement allaités

Article publié dans les *Dossiers de l'allaitement n° 103 (avril-mai-juin 2015)*. D'APRÈS : *Infrequent stools in exclusively breastfed infants. Courdent M, Beghin L, Akre J, Turck D. Breastfeed Med 2014 ; 9(9) : 442-5.*

Les bébés exclusivement allaités ont habituellement des selles plus liquides et plus fréquentes que les bébés nourris avec une formule lactée commerciale.

Lorsqu'un bébé de moins de 4 à 6 semaines a moins de 3 selles quotidiennes, cela pourra être le signe d'une absorption insuffisante de lait. Par la suite, la fréquence des selles diminue, et certains bébés peuvent ne pas avoir de selles pendant plusieurs jours, voire plusieurs semaines, ce qui pourra être pris pour de la constipation, et amener à faire subir à l'enfant divers examens plus ou moins invasifs.

Il existe très peu de données sur la fréquence des selles chez les bébés allaités en bonne santé. L'objectif de cette étude française était d'évaluer la prévalence des selles non fréquentes chez des enfants exclusivement allaités en bonne santé, d'en définir les caractéristiques, et de noter les réactions des mères et des professionnels de santé.

Elle a été menée en deux phases. Pour la première, des mères recrutées dans les réunions de La Leche League ont répondu à un questionnaire sur les selles de leur bébé. Pour la seconde, des mères dont l'enfant avait présenté au moins un épisode de selles non fréquentes pendant le mois précédent ont répondu à un questionnaire structuré ; les enfants devaient avoir entre 10 jours et

8 mois, être exclusivement allaités depuis la naissance, et avoir une croissance normale (évaluée à partir des standards de croissance de l'OMS). Les mères ont entre autres évalué leur niveau d'anxiété, ainsi que le niveau d'inconfort de leur enfant.

Parmi les 198 enfants inclus dans la première phase, 74 (37 %) avaient présenté au moins 1 épisode de selles non fréquentes, survenu avant 1 mois chez 14 enfants (19 %). Les mères de 72 d'entre eux ont fourni les données demandées. 48 mères connaissaient la



possibilité de selles non fréquentes ; 40 d'entre elles ne se sentaient pas inquiètes et ont attendu que l'épisode se termine. 24 mères ne connaissaient pas la possibilité de selles non fréquentes ; 19 d'entre elles ont recherché des informations sur le sujet (documentation, appel à une association d'aide aux mères allaitantes ou à un professionnel de santé).

Pour la seconde phase, les données portaient sur 85 enfants. Leur âge médian était de 16 semaines. L'âge médian au moment du premier épisode de selles non fréquentes était de 6 semaines (de 1 à 22 semaines). Avant cet épisode, l'enfant avait 1 à 8 selles quotidiennes. La durée médiane du premier épisode de selles non fréquentes était de 4 jours (1 à 10 jours), tandis que celle des épisodes suivants était de 6 jours (2 à 28 jours). La durée combinée de tous les épisodes de selles non fréquentes était de 10 semaines (1 à 34 semaines). Lorsque les selles réapparaissaient, elles étaient habituellement molles, jaunes et abondantes ; aucun enfant n'a eu de selles dures. Rien n'a été fait pour faire cesser l'épisode chez 52 enfants. Chez les 33 autres enfants, les actions entreprises étaient essentiellement les massages abdominaux (79 % des enfants), les suppositoires, la stimulation anale et/ou un lavement (64 %), la consommation maternelle ou le don à l'enfant de jus de fruits et/ou d'une eau minérale riche en magnésium (33 %). Le score moyen d'anxiété maternelle pendant l'épisode était de 2 (sur une échelle de 1 à 6), et le score d'inconfort manifesté par l'enfant était de 1 (1 à 6). Le score maternel d'anxiété était plus élevé chez les mères qui ont tenté diverses actions pour faire cesser l'épisode de selles non fréquentes, et le score d'inconfort était plus élevé chez les enfants chez qui ce type d'action a été tenté.

Cette étude permet de constater que plus du tiers des bébés exclusivement allaités présentent des épisodes de selles non fréquentes, pouvant survenir dès la seconde semaine de vie. Le fait pour la mère de savoir que c'était possible était corrélé à un niveau



plus bas d'anxiété et d'interventionnisme. Il serait donc nécessaire que les mères et les professionnels de santé sachent qu'il est relativement fréquent qu'un bébé ait des selles peu fréquentes, le problème étant habituellement bien toléré par l'enfant, dont la croissance est normale, ainsi que l'examen clinique. Ce phénomène étant bénin, il est important d'éviter de nuire, et donc d'éviter les procédures invasives. En l'absence de tout autre signe inquiétant, la stratégie à privilégier est « attendre et voir venir », tout en gardant à l'esprit la possibilité d'une maladie de Hirschsprung dont les manifestations deviendront plus importantes lors du sevrage.

Il reste cependant nécessaire d'informer les parents que, pour un enfant né à terme et pendant le premier mois, 5 à 6 couches trempées d'urine et au moins 3 selles de la taille d'une cuillère à soupe, associées à une prise de poids supérieure à 30 g/jour, indiquent que le bébé reçoit suffisamment de lait. Si l'enfant sort de ce schéma, il est nécessaire de faire le point avec un professionnel de santé formé en allaitement. Si un enfant exclusivement allaité commence un épisode de selles non fréquentes avant l'âge d'un mois, il faut s'assurer, avant de banaliser, que sa croissance est excellente, et que les urines et les selles (quand ces dernières surviennent) sont abondantes. Ce sera alors l'exception qui confirme la règle.



DA 118 : Un point sur allaitement pendant la grossesse et co-allaitement

Publié dans le n° 118 des Dossiers de l'allaitement, janvier 2017. D'après : Tandem nursing. Holgate E. *Breastfeed Today*, Apr 11, 2016. *Breastfeeding during pregnancy and tandem nursing : is it safe ? Recent research.* Flower H. *Breastfeed Today*, Apr 11, 2016.

Cette mère allaitait son premier enfant qui avait près de 2 ans lorsqu'elle a débuté une nouvelle grossesse. La première grossesse s'était très bien passée, la mère savait que la poursuite de l'allaitement pendant la grossesse ne présentait aucun risque (elle allait régulièrement aux réunions d'un groupe local de La Leche League aux États-Unis), et elle a donc continué à allaiter.

Elle pensait que son enfant allait se sevrer de lui-même pendant la grossesse, car sa production lactée a fortement baissé pendant le deuxième trimestre de la grossesse, mais il continuait à téter même s'il semblait ne pas recevoir de lait. Les tétées étaient cependant désagréables pour la mère, qui a donc décidé de limiter leur fréquence et leur durée. Et c'est le père qui a commencé à prendre en charge le coucher de l'enfant, pour remplacer la tétée du soir. Au moment de la naissance du bébé, l'aîné ne tétait plus que 3 à 4 fois par jour.

La mère a commencé à co-allaiter. Elle allaitait rarement les deux enfants en même temps, mais lorsqu'elle le faisait, elle avait l'impression d'un moment de partage à trois très particulier, qui renforçait le lien entre les deux enfants. Cela ne veut pas dire que le co-allaitement a toujours été facile, mais l'arrivée d'un second enfant dans une famille induit diverses difficultés, co-allaitement ou pas. L'aîné s'est sevré à environ 4 ans. Le second enfant est toujours allaité à presque 3 ans. Dans une société où l'allaitement long n'est pas la norme, le co-allaitement est bien souvent stigmatisé. La mère est heureuse d'avoir pu bénéficier du soutien de sa famille proche et des mères du groupe local de LLL.

Au fil des siècles, de nombreuses femmes ont eu l'occasion d'allaiter pendant une grossesse. Pourtant, les professionnels de santé recommandent souvent à une mère qui allaite encore de sevrer si elle est à nouveau enceinte. L'ocytocine, responsable du réflexe d'éjection pendant les tétées, est en effet une hormone qui peut induire des contractions utérines. Toutefois, les études menées sur le sujet montrent que l'utérus est à peu près insensible à l'ocytocine pendant la grossesse, et même des doses élevées d'ocytocine ne permettent pas de déclencher l'accouchement lorsque la femme n'est pas à terme (Fuchs ; Kimura). De même, on a constaté que les relations sexuelles (pendant lesquelles de l'ocytocine est également sécrétée) ne provoquaient pas l'accouchement (Tan). Actuellement, rien ne permet de penser que la poursuite de l'allaitement pendant la grossesse augmente le risque de fausse couche, y compris chez les femmes qui ont des antécédents de fausse couche ; si une fausse couche survient chez une mère allaitante, il est plus que probable qu'elle serait également survenue même si la femme n'avait pas poursuivi l'allaitement.

Une étude iranienne a suivi 80 femmes qui ont poursuivi l'allaitement pendant leur grossesse et 240 femmes qui avaient sevré (Madarshahian). Le déroulement de la grossesse a été similaire dans les deux groupes, et les mères qui ont poursuivi l'allaitement n'ont pas eu un taux plus élevé d'accouchement prématuré. Les auteurs concluaient que la décision de poursuivre l'allaitement devait rester un choix personnel. C'était également la conclusion d'une étude japonaise menée suivant une méthodologie similaire (Ishii). Une étude cas-témoin irakienne (Aldabran) a même constaté un taux plus bas de fausses couches (5,12 % contre 10,35 %) chez les femmes qui allaitaient (n = 215) pendant leur grossesse



par rapport à celles qui n'allaitaient pas (n = 280). Une étude cas-témoin turque (Ayrim) constatait que les mères qui continuaient à allaiter prenaient moins de poids pendant la grossesse et avaient un taux plus bas d'hémoglobine, mais qu'il n'y avait par ailleurs aucune différence entre les deux groupes sur le plan du déroulement de la grossesse, du poids de l'enfant ou de son Agpar.

Une autre question fréquemment soulevée concernant la poursuite de l'allaitement est le risque lié à la satisfaction des demandes physiologiques cumulées de la nouvelle grossesse et de la poursuite de l'allaitement pour la mère, et celui de la compétition pour les nutriments entre le fœtus et l'enfant toujours allaité. Dans les pays industrialisés où les femmes peuvent bénéficier d'une alimentation de bonne qualité en quantité suffisante, la poursuite de l'allaitement pendant la grossesse ne pose aucun problème. Le cas échéant, on prescrit à la future mère des suppléments vitaminiques

et/ou minéraux. En revanche, cela pourra poser un problème chez les femmes des pays en voie de développement, qui sont chroniquement malnutries. On sait qu'un intervalle court entre deux grossesses a un impact négatif sur la santé maternelle et infantile. Il serait nécessaire de mener des études sur l'impact d'une supplémentation nutritionnelle chez ces mères. Dans ces pays, les risques liés à la poursuite de l'allaitement pendant la grossesse sont en rapport avec la pauvreté et la sous-alimentation, mais le sevrage brutal de l'enfant encore allaité représente également un risque pour sa santé.

Au moins dans les pays industrialisés et chez les femmes bien nourries, il n'existe aucune raison de recommander à une femme enceinte de sevrer l'enfant qu'elle allaite encore. La poursuite de l'allaitement ne fait courir aucun risque à la mère ni au fœtus. C'est à la mère de prendre la décision de sevrer ou de poursuivre l'allaitement en fonction de sa perception de la situation et de ses souhaits.

DA 119 : Le point sur la confusion sein-tétine

Paru dans les Dossiers de l'allaitement, n° 119, février 2017.

D'après : Clarifying nipple confusion. Zimmerman E, Thompson K. J Perinatol 2015 ; 35(11) : 895-9.

La confusion sein-tétine est un problème au sujet duquel il n'existe guère de consensus, que ce soit pour sa définition, sa cause ou ses manifestations. La définition la plus souvent citée est celle de Neifert et al, qui présentent deux sortes de confusion sein-tétine ; le type A est le fait que le bébé n'arrive plus à téter efficacement de façon à extraire le lait correctement du sein après avoir été exposé à la tétine d'un biberon, tandis que le type B est rencontré chez un enfant plus âgé pour qui l'allaitement est bien établi, et qui se met à refuser le sein et à préférer le biberon. D'autres auteurs définissent la confusion sein-tétine comme la réponse à la différence de sensations et du flot de lait entre la prise d'un biberon et la prise du sein, l'enfant préférant un type de sensation à un autre (Dowling & Thanattherakul). Au vu de ces définitions, on pourrait globalement définir la confusion sein-tétine comme étant la préférence d'un enfant pour le mécanisme de succion sur une tétine, ou sa difficulté à téter au sein après avoir été exposé à une tétine.

Parmi les 10 Conditions pour le succès de l'allaitement que doivent appliquer les services de maternité ayant le label Hôpital Ami des Bébé, la 9e stipule de réserver, pour les enfants allaités, l'usage des biberons et des sucettes aux situations particulières. Ce point a été largement débattu, d'autant que certaines organisations (comme l'Académie Américaine de Pédiatrie)



recommandent l'utilisation de sucettes lorsque l'allaitement est mis en place, pour limiter le risque de mort subite inexpliquée du nourrisson. Les parents ne sont pas les seuls à se poser des questions devant ces recommandations contradictoires. C'est également le cas des professionnels de santé, qui sont par ailleurs peu convaincus par l'existence de la confusion sein-tétine.

Une étude dans laquelle on a demandé à des professionnels de santé travaillant en maternité et en néonatalogie s'ils pensaient que le don régulier de biberons aux nouveau-nés était susceptible d'induire une confusion sein-tétine a constaté que 15 % des infirmières en maternité, 44 % des infirmières en néonatalogie et 56 % des pédiatres estimaient que c'était le cas ; et respectivement 2,4 %, 17,4 % et 6,2 % estimaient que c'était possible si le nouveau-né recevait un seul biberon (Al-Sahab). Une autre étude constatait que de nombreux professionnels de santé croyaient à l'existence de la confusion sein-tétine, en dépit des données limitées sur le sujet, ou préféraient « ne pas prendre de risque » (Cloherty) ; par exemple, parmi les 20 sages-femmes et puéricultrices interrogées, 15 ont dit déconseiller les biberons pour cette raison.

Un certain nombre d'études ont pourtant évalué l'impact des biberons et tétines sur l'allaitement (durée, succès, succion de l'enfant). Les auteurs ont effectué une recherche sur le sujet, et ont retrouvé au total 19 études, qu'ils ont analysées sur le plan de leur méthodologie. Ils ont retenu uniquement les études de qualité moyenne à bonne, soit 14 études, évaluant le risque de confusion sein-tétine lié au don de biberons, ou lié à l'utilisation d'une sucette. 6 études portaient sur l'impact des biberons de compléments. 2 d'entre elles ne

retrouvaient aucun signe permettant de supposer la possibilité d'une confusion sein-tétine, tandis que 4 en constataient des signes. Une étude transversale a évalué la succion chez des enfants de 3 à 4 semaines et de 3 à 5 mois exclusivement allaités, partiellement allaités et exclusivement nourris au biberon (Moral). Les auteurs constataient des différences dans la succion entre des enfants exclusivement allaités et des enfants exclusivement nourris avec une formule lactée commerciale, mais les enfants qui étaient partiellement allaités modifiaient leur mode de succion suivant qu'ils étaient au sein ou au biberon, ce qui montrait qu'ils s'adaptaient. Toutefois, les auteurs n'ont pas inclus des enfants plus jeunes. Une étude a randomisé des enfants qui, pendant les 5 premiers jours, n'ont pas reçu de biberons ni de sucette, et des enfants qui en ont reçu, tous les enfants étant par ailleurs allaités (Shubiger).

La prévalence de l'allaitement et la fréquence des tétées étaient similaires dans les 2 groupes pendant les 6 premiers mois. Une étude a fait état d'une durée plus courte d'allaitement chez des mères qui avaient introduit une formule lactée commerciale avant 6 mois (Hla). Toutefois, les femmes qui avaient des problèmes d'allaitement étaient également les plus enclines à sevrer. Une autre étude a constaté que les enfants qui recevaient des biberons avaient un risque 26 fois plus élevé de sevrage que ceux qui étaient exclusivement nourris au sein, mais les auteurs donnaient peu d'informations permettant d'établir la possibilité d'une confusion sein-tétine comme cause du sevrage (Molmaz).

2 autres études ont constaté que les enfants qui recevaient des biberons étaient moins souvent. L'une d'entre elles concluait que les en-





fants qui avaient du mal à prendre le sein étaient plus nombreux à être sevrés s'ils recevaient rapidement des biberons de suppléments (Righard). Cela permet de penser que le don de suppléments au biberon aggrave les problèmes d'allaitement préexistants. L'autre étude portait sur des prématurés, et concluait que ceux qui recevaient les suppléments via une sonde nasogastrique étaient plus souvent allaités pendant les 6 premiers mois que ceux qui les recevaient au biberon (Kliethermes). Les auteurs estimaient que le nourrisson s'habitue aux biberons, mais aucune donnée expérimentale n'était présentée pour le confirmer. Certains pensent également que le bébé qui prend un biberon est immédiatement récompensé par l'écoulement de lait tandis que le bébé au sein doit attendre le réflexe d'éjection pour en recevoir (Fisher).

10 études évaluaient l'impact de l'utilisation d'une sucette sur l'allaitement ; 4 concluaient à la présence d'un impact, tandis que les 6 autres n'en retrouvaient aucun. Une étude constatait que les enfants qui recevaient une sucette à 1 mois étaient trois fois plus nombreux à être sevrés avant 6 mois (Barros). Une autre étude arrivait à une conclusion similaire, avec un taux de sevrage quatre fois plus élevé à 6 mois (Victoria). Il faut noter toutefois que si la sucette avait un impact négatif chez les mères qui avaient des problèmes d'allaitement, cela ne semblait pas être le cas lorsque l'allaitement était gratifiant pour la mère, et la sucette pourrait donc être un facteur contribuant au sevrage mais non sa cause directe. Une étude transversale constatait un taux plus élevé d'introduction des biberons de compléments chez les bébés qui recevaient une sucette (do Nascimento). Une étude randomisée a

suivi des enfants allaités qui recevaient également soit des biberons et une sucette dès les premiers jours, soit un biberon et une sucette introduite après 5 semaines post-partum, soit les mêmes catégories pour la sucette, les suppléments étant donnés à la tasse et non au biberon (Howard). Les enfants qui avaient reçu une sucette dès les premiers jours étaient moins nombreux à être exclusivement allaités à 4 semaines, mais le moment d'introduction de la sucette n'avait pas d'impact sur la durée totale d'allaitement pendant les six premiers mois. Globalement, ces études ne permettent pas de savoir si la sucette cause une confusion sein-tétine, ou si elle est le marqueur de difficultés d'allaitement.

3 études ont évalué l'impact de la suppression ou de la restriction de l'utilisation de sucettes. Contrairement aux attentes des auteurs, la première a constaté que la suppression des sucettes en maternité était corrélée à un taux plus bas d'allaitement exclusif et à un taux plus élevé d'allaitement partiel et de don exclusif d'une formule lactée commerciale (Kair). Une autre étude randomisée constatait un taux plus élevé de sevrage en cas d'utilisation d'une sucette, mais après prise en compte de toutes les variables, cet impact disparaissait totalement (Kramer). Là encore, les auteurs concluaient que la sucette semblait plutôt être un marqueur de problèmes d'allaitement ou d'une faible motivation maternelle. Une étude citée plus haut (Shubiger) ne constatait aucun impact pour l'utilisation d'une sucette pendant les 5 premiers jours sur le taux d'allaitement pendant les six premiers mois. Une étude a recherché l'impact de la sucette chez les prématurés (Collins), chez des enfants randomisés pour recevoir les suppléments au gobelet ou au biberon et pour recevoir ou non une sucette.

Cette dernière n'avait aucun impact significatif sur le taux d'allaitement complet ou le taux d'allaitement 3 et 6 mois après la sortie de néonatalogie. Toutefois, le niveau maternel de respect des consignes données était faible, de nombreuses mères ayant donné une sucette à leur bébé dans le groupe sans sucette. Une étude sur la physiologie de la succion non nutritive réfute l'hypothèse de la confusion sein-tétine dans la mesure où elle a constaté que le nourrisson modifiait sa succion en fonction des caractéristiques mécaniques de la sucette (Zimmerman) ; une sucette très ferme avait un impact négatif sur la succion de l'enfant. Cette dernière étude permet de penser que le nourrisson a la capacité de moduler sa succion en réponse aux variations de la stimulation orale. Toutefois, cette étude n'a pas évalué la capacité de l'enfant à moduler sa succion non nutritive suivant qu'il était au sein ou qu'il avait une tétine.

Globalement, les données actuelles sont plutôt en faveur de l'existence d'une confusion sein-tétine en cas d'utilisation d'un biberon, elles sont plutôt en défaveur de son existence en cas d'utilisation d'une sucette. Toutefois, la principale limite des études sur le sujet est l'impossibilité de déterminer le rapport de cause à effet, et la confusion sein-tétine pourrait être en rapport avec d'autres problèmes d'allaitement, liés à la mère (faible production lactée, mamelons difficiles à prendre par l'enfant...) ou au nourrisson (prématurité, hypoglycémie, problème de succion...). Par exemple, un enfant qui ne prend pas correctement le sein et qui n'obtient donc pas assez de lait en recevra plus facilement avec un biberon, ce qui l'amènera à préférer le biberon. Au vu des connaissances actuelles, il reste impossible d'affirmer que la confusion sein-tétine est un problème d'allaitement en soi, et quelles en sont exactement les causes. D'autres études sur le sujet sont nécessaires.

