**Zeitschrift:** Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

**Herausgeber:** Schweizerischer Hebammenverband

**Band:** 87 (1989)

**Heft:** 11

**Artikel:** La mise au sein

**Autor:** Fisher, Chloé

**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-951109

**Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

**Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

**Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

**Download PDF:** 12.07.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch**

# La mise au sein

Chloé Fisher, sage-femme

Bonjour mon amie: ce sont les seuls mots que je prononcerai en français ce matin.
J'aimerais, pour commencer, vous faire part de mes convictions sur la réussite de l'allaitement maternel.
Je crois que trois facteurs sont essentiels:

- Le premier est que la mère désire allaiter
- Le second est que la bouche du bébé soit placée correctement face au sein de sa mère.
- Et le troisième est que nous laissions le bébé terminer au premier sein avant de lui donner l'autre.

Si ces trois éléments sont réunis, allaiter devient très simple.

J'exerce comme sage-femme depuis plus de trente ans, période pendant laquelle j'ai pu constater à quel point il était important de mettre correctement l'enfant au sein et de ne pas imposer de limite de temps pour bien allaiter. Voici au moins 27 ans que j'en suis persuadée.

J'ai été amenée à rechercher comment étaient apparus les règlements concernant les horaires.
Dans notre partie du monde, nous partageons tous la même histoire sur la nutrition infantile. Au début du siècle, on s'est préoccupé de la protection de notre race (à savoir que les Anglais voulaient préserver la race anglaise, les Français, la race française...)
A cause de l'évolution de la civilisation, s'est installée la conviction que les femmes allaient inévitablement perdre leur capacité d'allaiter. Cela a eu pour résultat de faire naître une profonde inquiétude face aux dangers de l'alimentation artificielle.
De nombreux experts se sont alors penchés sur la question de l'alimentation artificielle.
De plus, ils se sont préoccupés d'un état qu'ils ont appelé la suralimentation. Ce souci a peut-être pris naissance en France; toujours est-il qu'il s'est rapidement propagé. Et c'est la raison pour laquelle je crois que les experts, qui ont écrit les livres, – l'information se trouve encore dans bien des livres aujourd'hui – n'étaient pas familiarisés à la vision d'un bébé au sein.
Je pense qu'ils étaient plutôt familiarisés avec celle d'un bébé nourri au biberon.
Leur enseignement a eu pour résultat de nous inculquer de nombreuses règles strictes, non seulement sur le nombre de tétées par vingt-quatre heures, mais également sur la durée de chaque repas.
Il est très important de nous remémorer le fonctionnement d'un sein. Le lait est dans le sein et non dans son mamelon. Donner le biberon avec une tétine en caoutchouc pleine de lait, c'est une chose; allaiter c'est autre chose.
Il est probable que le facteur essentiel pour maintenir la lactation est l'extraction efficace du lait. Beaucoup de mères pensent ne pas avoir assez de lait et arrêtent de nourrir au sein. Quand un bébé nourri au sein a perdu du poids et n'en reprend pas, au lieu de supposer que la mère n'a pas assez de lait, nous devrions nous demander pourquoi un bébé ne réussi pas à obtenir le lait.
J'aimerais vous décrire en détail ce que je crois être les positions correctes et incorrectes, telles que je les ai observées. En regardant la figure 1, une personne culturellement conditionnée par le biberon (et nous sommes très nombreux dans ce cas) peut penser que tout est correct. Pourtant ce bébé a perdu l'appétit et est bien en dessous de son poids de naissance. Remarquez que la lèvres inférieure du bébé est juste à la base du mamelon. La figure 2 montre le même bébé qui prend le sein dans sa bouche, et plus seulement le mamelon. Il est beaucoup plus proche du sein, si bien que sa lèvre inférieure est retroussée, loin de la base du mamelon.

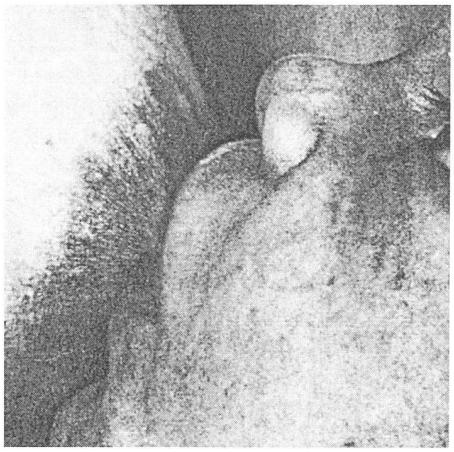


*Figure 1:*
*photo d'une position au sein incorrecte*

Maintenant il est vraiment en train de téter. Grâce à cette nouvelle position, son mode de succion a changé, il s'alimente régulièrement, à un rythme très différent. Si nous revenons à la première photo, nous voyons que ce bébé est en train de téter «comme au biberon». Le bébé n'a pas à ouvrir beaucoup la bouche pour prendre une tétine de biberon. Pour téter le sein, au contraire il doit pouvoir le faire très largement. Sa langue va vers le bas et vers l'avant, et il saisit bien le sein, car c'est seulement ainsi qu'il va pouvoir téter de façon satisfaisante.

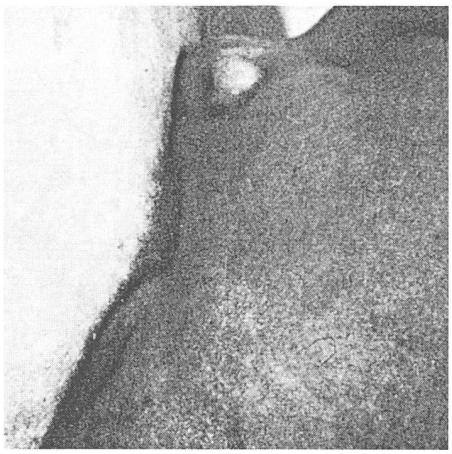
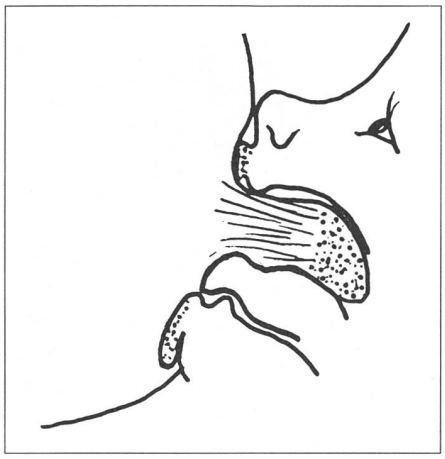


*Figure 2:*
*photo d'une position au sein correcte*

Nous savons tous qu'une position correcte est importante, mais nous avons quelques difficultés à donner de bonnes informations aux mères. Un conseil très répandu dans les pays anglophones est de dire à la mère qu'elle doit mettre toute l'aréole dans la bouche du bébé. Mais pour de nombreuses femmes qui ont des très grandes aréoles, ce genre de conseil n'a fait que susciter une anxiété supplémentaire. Souvenons-nous que la seule partie que peut voir la mère est la partie au-dessus du mamelon. Lorsque le bébé prend le sein, il est bien plus important que la mâchoire inférieure couvre la partie de l'aréole que la mère ne peut pas voir.
A cause de notre propre confusion, nous donnons des conseils inadéquats aux mères. Un autre problème courant est que l'on suit le conseil suivant lequel il faut introduire le mamelon dans la bouche de l'enfant, il arrive alors fréquemment qu'une maman tient le sein comme on tient un biberon. Elle modifie la forme de son sein et ses doigts sont là où devrait se trouver la bouche de l'enfant, elle éloigne le tissu glandulaire du bébé. Si elle soutient son sein – et pour certaines femmes c'est

important – elle devrait alors le faire en plaçant ses doigts loin du mamelon et de l'aréole.
Je crois que nous aurions pu savoir certaines de ces choses si nous avions posé les bonnes questions. Une des raisons pour lesquelles nous n'avons pas posé les bonnes questions est que l'information, dans les manuels, semblait tellement absolue. Ainsi un diagramme anatomiquement faux a été publié et republié dans les manuels depuis 1948 jusqu'à très récemment. Bien qu'il soit parfaitement faux, si vous voyez quelque chose de façon régulière, vous finissez par croire que c'est vrai.



Regardez ce dessin basé sur des études cinéradiographiques très révélatrices entreprises en Angleterre en 1958. Cette information a été presque complètement passée sous silence jusqu'à ces trois ou quatre dernières années. Ce dessin est très utile, car il s'appuie sur l'étude de nombreux bébés en train de téter et montre la façon dont le bébé prend le sein dans sa bouche lorsqu'il tète correctement. Vous voyez que le mamelon et la partie du sein qui se trouve juste en dessous forment, grâce à la succion exercée par la bouche du bébé, un bout de sein qui est environ trois fois plus long que le mamelon au repos et va aussi loin en arrière de la bouche du bébé que la jonction entre le palais dur et le voile du palais. A sa base, il est coincé entre la gencive supérieure et la langue, qui recouvre la gencive inférieure. Le mamelon est en effet tellement au fond de la bouche du bébé qu'il ne peut être endommagé, et de ce fait le processus n'est pas douloureux.
Les études faites par ultra-sons confirment que le bébé ne suce pas le mamelon, mais vide le sein de son lait par un mouvement d'ondulation qui n'a rien à voir avec le fait de sucer. La plupart des enseignements modernes laissent complètement de côté le rôle de la langue du bébé, méconnaissant ainsi la base même de l'extraction du lait. Si l'on comprend cette différence évidente entre l'effort musculaire nécessaire pour sucer un biberon et celui nécessité par l'extraction du lait du sein, on hésite davantage avant de proposer un biberon de complément.
J'en suis arrivée à la conclusion qu'il existe un certain nombre de choses fondamentales sur la façon de tenir les bébés. Et il serait plus facile d'aider les mères, si nous comprenions tout cela.
Ici, je voudrais attirer votre attention sur le fait que la plupart des personnes ont un côté préféré; ce qui signifie qu'une mère peut éprouver plus de facilité à nourrir l'enfant du côté préféré que de l'autre.
En raison de notre conditionnement culturel à donner le biberon, nous avons l'habitude de tenir le bébé couché sur le dos, éloigné du corps, le cou légèrement plié et les mains n'importe où. Beaucoup de mamans ont des problèmes parce qu'elles essayent de nourrir leur enfant dans la position qui ne convient qu'au biberon.
Pour que l'enfant soit bien placé, il y a 4 conditions fondamentales à respecter:

- le corps du bébé doit être tourné face au corps de sa mère;
- le corps du bébé doit être tout contre celui de sa mère;
- la bouche du bébé doit être juste en face su sein;
- le bébé doit bien ouvrir la bouche avant d'être mis au sein.

Telles sont les conditions de base du succès.

Il me semble que nous devrions réfléchir sérieusement sur les conséquences, pour le bébé, de l'intervention sur la durée des tétées. Déjà au XVe siècle, on savait que le lait humain se modifie au cours de la tétée et que le taux de graisse est plus important à la fin de la tétée. Il semble certain que le contenu calorique d'un repas soit un facteur important dans la capacité du bébé à contrôler ce qu'il prend.

Voici l'exemple d'un repas au sein.
Les colonnes indiquent le volume de lait et sur le diagramme du haut, vous voyez le graphique du contenu en graisse. Le bébé avait 4 jours, nourri à un seul sein durant 23 minutes. Ceci ne peut représenter aucun autre couple mère-enfant parce que chaque couple mère-enfant est unique, mais cela donne une idée du profil d'une tétée.

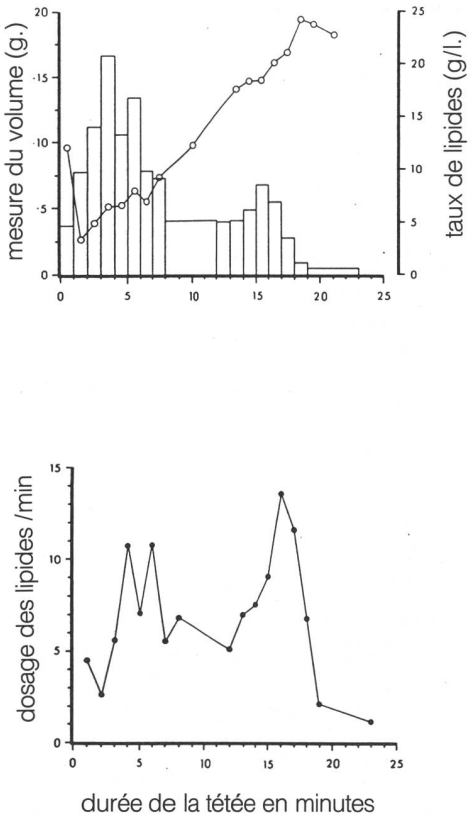



*Figure 1:*
*Apport en lait et en lipides chez un bébé nourri à un seul sein par repas, durant 20 à 30 min (valeurs horizontales).*
*Le diagramme supérieur indique les variations de volume (échelle de gauche) et de concentration des lipides (échelle de droite)*
*En dessous, apparaît le taux des lipides assimilés au cours de la tétée (échelle de gauche). Ce taux est établi à partir des deux profils du diagramme supérieur.*

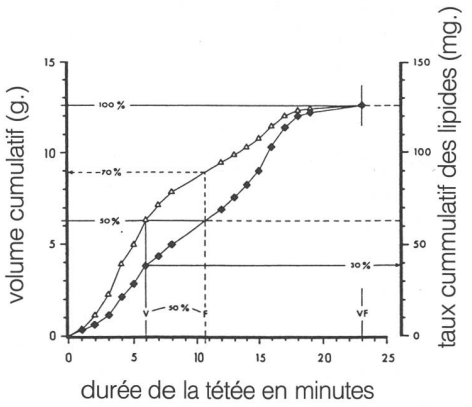



*Figure 2:*
*Données cumulatives du volume (échelle de gauche) et des lipides (échelle de droite) au cours d'une tétée (durée en minutes, valeurs horizontales), évaluées à partir de la figure 1.*

Le lait tiré tout au début a un taux élevé en graisse, et, dès que l'éjection se fait, l'enfant reçoit une grande quantité de lait contenant peu de graisse.
Au cours de la tétée, le volume diminue mais le contenu en graisse augmente.
Si nous avions interrompu la tétée de ce bébé au bout de 10 minutes, il n'aurait probablement pas reçu assez de calories et aurait été mis à l'autre sein en ayant encore faim, et où il aurait de nouveau avalé un volume important à faible taux en graisse. Il se peut qu'il doive s'arrêter l'estomac rempli mais non satisfait.
A ce stade, je voudrais faire le point sur l'extraction du lait. Si un bébé est nourri selon ce modèle, la mère produira une grande quantité de lait parce que le bébé prendra beaucoup de lait.
Il fut un temps où la règle était de mettre les bébés aux deux seins à chaque tétée, ce qui était parfois très difficile à réaliser; les mères se donnaient beaucoup de mal pour retirer l'enfant du premier sein et le mettre à l'autre. Elles avaient souvent beaucoup de lait et un bébé insatisfait et malheureux.
Je pense que tous les symptôme, présentés par ces bébés, sont les mêmes que ceux décrits dans la «suralimentation» qui, au début de ce siècle, a engendré tant de règlements.
Nous avons établi l'hypothèse selon laquelle un bébé, buvant une grande quantité de lait, a peut-être assimilé plus de lactose que son corps n'est capable de le supporter. Une partie de lactose transite alors dans l'intestin sans être métabolisé, provoque de la flatulence, de l'inconfort et des selles très liquides.
Ajoutons à cela que le bébé a pris très peu de graisse avec ce genre de tétée; or la graisse ralentit le temps de vidange de l'estomac et le temps de transit intestinal.
Par conséquent, notre hypothèse est qu'un excès de lactose, combiné à une faible prise de graisse, peut être responsable de ce syndrome.
Des symptômes identiques peuvent apparaître lorsque la position de l'enfant au sein est incorrecte.
Je pense qu'une mauvaise position, dans ce cas, entraîne de nouveau l'enfant à prendre une quantité disproportionnée de premier lait.
Je vous dis cela parce que j'ai vu des centaines et des centaines de mères dont les enfants présentaient ces symptômes. Après m'être assurée que ces bébés restaient au premier sein jusqu'à ce qu'ils aient fini et que leur position était correcte, j'ai vu leur comportement changer radicalement; de malheureux ils deviennent satisfaits, la fréquence des repas diminue et les repas raccourcissent, et le monde semble un peu plus prometteur pour la mère.
En effet, c'est une situation pénible d'avoir beaucoup de lait, de vouloir allaiter et d'avoir un bébé très malheureux.
Il y a encore un facteur dont j'aimerais vous entretenir. Il y a à peu près deux ans, je me suis demandé si nous n'avions pas entravé la capacité des nourrissons à assimiler les vitamines liposolubles.
On peut supposer que si on empêche le bébé d'avoir accès au lait à haute teneur en graisse, on pourrait alors interférer dans son assimilation des vitamines liposolubles.
Il s'agit des vitamines A, D, – et K pour lesquelles malheureusement le lait maternel présente un déficit important. La vitamine K est insuffisante et je pense que je peux la mentionner car aucune recherche n'a encore été entreprise pour doser la vitamine K par rapport au contenu en graisse du lait maternel.
Un article, paru en novembre 1987, semble démontrer qu'une quantité appréciable de vitamine K est contenue dans le cholostrum, dans le lait cholostral et dans le lait riche en graisse de fin de tétée des premiers jours. Les auteurs de cette publication affirment que ce serait très bénéfique pour le nouveau-né, en raison de la précarité de son status en vitamine K.
Je ne pense pas que nous puissions changer le monde en un jour, ni que nous puissions ôter les angoisses de chacun, mais je crois que ce petit complément d'information devrait profondément impressionner ceux d'entre nous qui travaillent avec des mamans, quant au processus de lactation humaine: Cela peut nous encourager à être plus positifs et plus confiants dans l'aide que nous pouvons apporter aux mères.
Je voudrais vous apprendre un mot utilisable dans le monde entier: c'est la **misologie**. C'est un mot par lequel nous avons cherché à décrire les chemins curieux sur lesquels, durant une bien longue période, nous avons parfaitement ignoré les bonnes informations, et avons, au lieu de cela, perpétué les anciennes.
Dans l'un de mes dictionnaires, il est dit: *haine de la connaissance et de la vérité*. Si un tel mot existe pour décrire ce phénomène, il peut nous aider à en comprendre la fréquence.
Je terminerai en disant que je ferai tout ce qui est en mon pouvoir pour rendre une femme, qui désire allaiter, capable de le faire avec succès. L'échec la priverait d'une expérience qu'elle a toujours espéré pouvoir vivre; cet échec la poursuivrait jusqu'à la fin de ses jours.
La raison pour laquelle je veux aider les femmes est très simple: il s'agit de quelque chose qu'elles veulent réaliser.

Photo: Editions Cartes d'Art