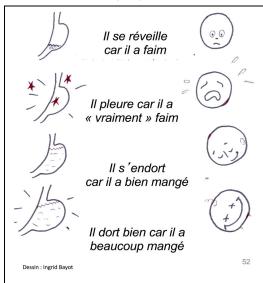
# Les rythmes neurologiques et alimentaires du nouveau-né, et leur évolution.

Ingrid Bayot, sage femme, diplôme universitaire en lactation humaine et allaitement maternel (FR), formatrice en périnatalité et allaitement, entre autres avec l'A.F.A.

La 8<sup>e</sup> condition de *l'Initiative Hôpital Ami des Bébés*<sup>1</sup> recommande : *encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.* De fait, une des clefs pour démarrer et entretenir une lactation est de suivre le rythme du bébé et de ne pas imposer de normes restrictives autour de la fréquence des tétées (BEAUDRY et coll. 2006).

Cela a l'air tout simple, mais dans une culture où les tétées sur horaire ont longtemps été la norme, et où beaucoup pensent encore que les pleurs du bébé sont sa seule manière de s'exprimer, ...l'expression « allaitement à la demande » est facilement traduite par « allaitement aux pleurs ».

De plus, cette expression induit l'idée que le nouveau-né possèderait d'emblée une demande précise *du sein,* voire une attente précise de quantités de lait en lien avec la taille d'un estomac doté, semble-t-il, d'une alarme performante et d'un potentiel de croissance supersonique, puisque, à en croire certains schémas, il passe du pois chiche à l'œuf de poule en moins de deux semaines! Ce contenant magique prendrait donc dès la naissance, le contrôle du cerveau, et déterminerait les cycles neurologiques, les appels et les satisfactions? Ce qui est tout de même curieux pour un organe creux et souple, muni de sphincters encore immatures, permettant les régurgitations fréquentes, et le passage facile du lait dans l'intestin grêle.



En somme, cette manière de parler des demandes et des prises alimentaires des bébés, tient plus de la dynamique des vases communiquant que de la physiologie digestive.

Beaucoup de soignantes et de familles fonctionnent encore avec cet imaginaire :

L'estomac *vide* déclencherait une sensation qui réveille le bébé, et *très vide*, une « vraie faim » si pénible qu'elle le fait pleurer ;

La *plénitude* gastrique provoquerait l'endormissement et le *très plein* garantirait une durée de sommeil appréciable : *s'il mange bien le soir il tiendra toute la nuit*, entend-on encore.

Ces représentations et ces discours se sont élaborés avec l'observation de bébés en pouponnière, privés de contacts et de repères. Leurs signaux de détresse furent nommés « la *faim »* et de fait, si on leur mettait une tétine ou un biberon, le malheureux tétait avidement. Mais l'on observait alors le stress d'un bébé humain qui ne sent plus la présence maternelle

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> « Baby Friendly Hospital Initiative », traduit en français par Initiative Hôpital Ami des bébés (IHAB) est une initiative conjoint de l'OMS et de l'Unicef visant à faire connaître les pratiques reconnues scientifiquement et internationalement pour favoriser la mise en route et l'entretien de la lactation, comme les proximités mère-enfant ou le respect des rythmes alimentaires de l'enfant. Les services qui mettent en place ces pratiques passent une évaluation et sont alors certifiés IHAB. En France, un grand travail de réflexion autour du texte initial a été accompli afin d'intégrer ces pratiques à une philosophie des soins centrés sur la personne et sa famille. [https://amis-des-bebes.fr]

(BERGMAN 2014) et qui activait ses réflexes de survie, dont les tentatives d'auto-apaisement par une succion effrénée.

L'expérience alimentaire était prévue initialement pour être mise en place paisiblement dans un contexte de proximités sensorielles et affectives. Avec les restrictions liées aux séparations mère-bébé, et avec les horaires fixes et les quantités précises de l'alimentation au biberon, elle devint une tragédie culturellement construite de faim-souffrance et de frustrations pseudo-éducatives.

Sans nier les liens entre les satisfactions de la tétée et l'apaisement du bébé repu, reconnaissons tout de même que ces représentations :

- amènent immanguablement à réduire le bébé à son système digestif.
- accuse à l'allaitement de tous ses troubles, maux et mangues,
- et génère une quantité impressionnante de suppléments sans indications médicales<sup>2</sup>, surtout dans les périodes où le bébé se réveille souvent et demande beaucoup.

Comment développer une approche plus logique et plus en phase avec la physiologie du bébé humain ? Pourquoi un nouveau-né est-il attiré par le sein ? Après tout, c'est surprenant car il n'a jamais vu un sein de sa vie, il ne « sait » pas qu'il doit manger et il n'a aucune idée de ce qu'est du lait. Ressent-il des signaux internes, en lien avec la discontinuité des apports ? Nous ne pouvons l'exclure, mais peut-il les distinguer parmi...

- les multiples nouveaux signaux de son corps, désormais extra-utérin : conséquences de la pesanteur sur sa proprioception et sa motricité ; sensations liées à la respiration, comme le flux de l'air dans les narines ; découverte de ses pleurs ;
- les sensations inconnues provenant de l'environnement extra-utérin : odeurs beaucoup plus diversifiées, températures variables, sons non filtrés par l'eau, stimulations visuelles plus fortes, mise en route de la digestion ?

Et pourtant, déposé en contact peau-à-peau immédiatement après sa naissance, le bébé à terme et en santé démontre des comportements de recherche et finit pas trouver le sein, s'y placer et téter (DUMAS 2011). Il y a donc bien une séquence d'activités qui aboutissent au sein. Et il le faut, car ce bébé qui avait, via son placenta, inondé le corps de sa mère d'œstrogène, de progestérone et d'hormone lactogène placentaire –participant ainsi au développement des glandes mammaires-, doit non seulement se nourrir, mais stimuler l'initiation de la lactation.

# Comment se mettent en place les rythmes alimentaires et la «demande» du sein ?

Pensons d'abord en termes d'évolution et de stratégie adaptative. Le bébé humain se retrouve, comme tous les bébés mammifères devant la nécessité, (l'obligation !), de passer de la nutrition automatique par voie placentaire, à l'alimentation orale participative.

Le système est rodé depuis longtemps : les petits recherchent *tous* la proximité du corps maternel. Pourquoi ? La sélection naturelle, exercée durant des millions d'années a déterminé la survie et donc la perpétuation, de ceux qui adoptaient ce comportement. Il y a donc une part de programmation génétique dans cette irrépressible attraction pour la chaleur humide de la fourrure ou de la peau maternelle, pour les odeurs de la zone aréole-mamelon (ODENT1990).

Mais il y a aussi un incitatif qui va agir au niveau individuel. En proximité avec sa mère, le bébé retrouve beaucoup de sensations de la vie intra-utérine : c'est mou, c'est rond, c'est chaud, ça bouge, ça sent bon, j'entends sa voix, je peux téter et déglutir!

La **continuité sensorielle transnatale** favorise ses adaptations néonatales, stabilise sa température, l'apaise, stimule ses compétences motrices et ses réflexes alimentaires qui l'amènent à trouver une mamelle ou un sein, à s'y placer et à téter.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Ce qui contrevient à la condition N° 6 de l'IHAB : « Pas de suppléments sans indication médicale ».



L'évolution ne réinvente pas la roue à chaque nouvelle espèce. Pour le bébé Sapiens, comme pour tous ses prédécesseurs, les attentes sensorielles extrautérines sont conditionnées par les empreintes sensorielles de la vie intrautérine.

Dans un milieu plus rude qu'une maternité ou une chambre douillette, retrouver ces sensations correspondait à ses chances de survie maximum : l'assurance de la chaleur, de la protection et de la nourriture.

Une fois la survie assurée (ne pas mourir), le développement est possible, soit le déploiement de toutes les compétences attendues pour l'espèce concernée.

Au regard de ces programmations et conditionnements, la recherche de ces sensations et expériences, est vital et non négociable. Leur privation engendre un état de détresse immédiat, d'autant plus que, appartenant à l'ordre des primates, nous faisons partie des espèces portées et non nidifiées. Dans un nid, à l'abri des prédateurs en hauteur ou dans un terrier, les petits doivent rester discrets en l'absence du parent. Rien de tel chez les « portés » pour qui le « nid » est le corps maternel : toute séparation ou éloignement, génère des cris de protestation. Parler de « caprices » ou « d'exigences » à ce stade là, est une interprétation erronée, issue d'une puériculture rigide mise en place dans les orphelinats<sup>3</sup>.

Bref, être en relation et se nourrir sont deux besoins vitaux, au départ peu différentiés. Se demander s'il a besoin du sein ou « seulement » d'être dans les bras, n'a pas beaucoup de sens. Le sein, c'est la « super-continuité ».

Comment dès lors, parler de la *demande* du sein si celui-ci fait partie d'un ensemble sensoriel sécurisant ? Repartons de la vie intra-utérine et parcourrons avec le bébé quelques étapes clefs.

# Les activités orales de la vie intra-utérine.

Le bébé est nourri en permanence par voie ombilicale. Il présente des phases d'activités et de repos, de plus en plus différenciées au fur et à mesure qu'il se rapproche du terme. L'enchaînement de ces phases constitue un **cycle spontané**. Ce n'est pas le degré de remplissage ou de vidange de l'estomac qui détermine la fréquence des périodes actives, mais la maturité du bébé. Dans les dernières semaines de grossesse, **les phases d'activité augmentent** en fréquence et en durée, et ses mouvements sont plus coordonnés.

Les échographies montrent que, dès la 16ème semaine de vie intra-utérine, les fœtus font des mouvements de succion (certains avec leurs mains, leur pouce ou leurs doigts dans la bouche) et déglutissent du liquide amniotique, déglutition coordonnée avec le péristaltisme œsophagien (le mouvement automatique pour faire descendre ce qui est avalé vers l'estomac). Plus ils

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Voir à ce sujet mon article « Cultures, puéricultures, implication maternelle et allaitement », en ligne sur le site du CIUSSS de l'Estrie :

http://ancien.santeestrie.gc.ca/sante publique/promotion prevention/perinatalite petite enfance/documents/allaitement.pdf

approchent du terme, plus l'activité de succion et de déglutition est soutenue. Le dernier mois de la grossesse, un fœtus déglutit jusqu'à un demi litre de liquide amniotique par jour<sup>4</sup>. Et pas par petites gorgées de temps en temps : par salves de succions/déglutitions, de plus en plus suivies.

C'est dire qu'il a mémorisé les sensations de « bonnes gorgées » et que le débit fait partie de ses attentes sensorielles postnatales. Bien vu : un débit lacté abondant signifie un allaitement optimal et donc les meilleures chances de survie, de croissance et de développement.

# Les premiers jours de vie : adaptation et expérimentation.

Le fonctionnement neurologique par cycles persiste après sa naissance : la fréquence, la durée et la qualité des éveils du bébé sont une des manifestations de sa maturité et de l'énergie dont il dispose. Un prématuré dort beaucoup et se réveille peu. Un bébé préterme (36-39 SA) parvient à se réveiller assez souvent, mais peu longtemps. Un bébé né à terme (40-42 SA) est capable de se réveiller plus souvent, plus longuement, et parvient mieux à gérer les multiples informations et sensations nouvelles.

Les éveils constituent autant d'opportunités pour *nourrir le bébé d'interactions et de lait*, les deux piliers de son développement psychique et physique. Le nouveau-né arrive avec un bagage de compétences, comme tous les bébés mammifères (ODENT 1990). En contact intime avec sa mère, stimulé par les odeurs attractives de son corps et des zones aréole-mamelon, il est coordonné et coopérant. Les réflexes archaïques alimentaires sont activés. Il prend appui sur ses mains et ses pieds, se hisse vers le sein (DUMAS 2011).



Quand il s'agit d'un nouveau-né, l'expression « allaitement à la demande » est prématurée puisqu'on ne peut demander que ce que l'on connaît. Il découvre le sein grâce aux stratégies mentionnées, mais ne le demande pas encore.

C'est pourquoi, il est plus juste de parler d'allaitement aux signes qui montrent que le bébé est prêt à téter. Quels sont ces signes ?

Ceux qu'il faisait dans la vie intra-utérine :

- les rapprochements mains-bouche,
- l'ouverture de la bouche.
- les mouvements de succion,
- les mouvements latéraux de la tête.

# La récupération postnatale

Passées les premières heures de vigilance post-natale immédiates<sup>5</sup>, le nouveau-né récupère de sa naissance. Cette période de 12 à 24h dépend du type de naissance –physiologique ou non-, de la maturité neurologique du nouveau-né et de l'énergie dont il dispose.

Le colostrum est le « nutricament » de l'adaptation néonatale et, par sa composition très particulière évoluant d'heure en heure, il répond aux exigences des débuts de la vie extra-utérine : protection des muqueuses digestives grâce aux IgA sécrétoires, installation d'une flore intestinale optimale, mise en route des systèmes enzymatiques et digestifs (BEAUDRY et coll. 2006).

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Voir le cours de médecine : <a href="http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/liq">http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/liq</a> amniotique/site/html/4.html

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Voir à ce sujet l'excellent article de Laurence Girard : *De la première rencontre à la première tétée. Observer l'intimité*. Paru dans les Dossiers de l'Obstétrique No 409, p. 3-9, en novembre 2011, également en ligne sur le site des Formations Co-Naître® http://www.co-naitre.net/wp-content/uploads/2011/04/DO 409 L.GIRARD.pdf

Et aussi, *fabrication de carburants cellulaires*, ce qui nécessite quelques explications, car en termes *quantitatifs*, le colostrum ne répond pas totalement aux besoins caloriques d'un organisme en pleine croissance et qui, la veille encore, bénéficiait des apports placentaires.

En termes *qualitatif* cependant, il remplit pleinement sa mission : peu sucré, il ne stimule pas la sécrétion d'insuline, ce qui permet au nouveau-né de mobiliser ses réserves, donc de les lyser et les transformer en carburant. Oui, le nouveau-né arrive avec des réserves qu'il stocke depuis la 36° semaine, de manière croissante, essentiellement sous forme de glycogène et de graisses blanches. Il ne faudrait plus dire aux futures mères : *dès 37 SA votre bébé ne fait plus que* grossir. Car il *doit* stocker des réserves, et ce bel enrobage qui fait de lui le bébé mammifère terrestre le plus grassouillet de la création, est absolument nécessaire. Le bébé Sapiens a besoin d'énergie pour assurer son métabolisme de base et pour alimenter son gros cerveau (MITANCHEZ 2008). Passer en « mode éveil » exige de l'énergie. La mobilisation de ses réserves lui procure des carburants cellulaires (glucose et autres) qui lui permettent, entre autres, de se réveiller, d'entrer en relation et de se nourrir.

# Avant la montée de lait, le nouveau-né dispose donc de deux sources d'énergie :

- externe, via l'alimentation : colostrum tété ou exprimé/donné ;
- interne grâce à la mobilisation de ses réserves, ce qui est possible grâce à la composition particulière du colostrum (peu sucré).

Durant cette récupération postnatale, certains bébés nécessitent une vigilance spéciale :

- ceux qui ont moins de réserves –les petits poids, les prétermes
- ceux qui ont dépensé trop d'énergie –stress, refroidissements, séparations...
- ceux dont la capacité d'éveil est diminuée par exemple, à cause de leur immaturité ou de l'administration de certains médicaments ;
- ceux qui ne peuvent mobiliser leurs réserves, à cause d'une sécrétion d'insuline qui reste instable comme les bébés de mère diabétique ;
- ceux dont les apports externes sont moindres ou impossibles.

Pour tous les bébés en récupération postnatale, il est donc judicieux de :

- limiter leurs dépenses –encourager les proximités et le contact peau à peau, postposer la « grande toilette », les peser enveloppés, etc.;
- éviter les suppléments de liquides sucrés tel que l'eau glucosée, car ceux-ci augmentent la sécrétion d'insuline et bloquent l'accès aux réserves. S'il y a une réelle *indication médicale* de supplément, il faut donner du lait.

Et, pour les bébés présentant quelques fragilités, veiller à ce qu'ils reçoivent un **minimum d'apport externes sur 24h**, tout en ne dépassant pas un laps de temps critique entre deux apports, que ceux-ci soient par tétées directes au sein, ou par un don de colostrum extrait et donné au compte-gouttes, à la cup ou à la cuiller.

# La période des éveils agités

Ensuite, arrive une période particulièrement animée qui commence généralement la fin de la première après-midi et dure une bonne partie de la nuit (et qui recommence le lendemain) : le bébé se réveille souvent et se montre fébrilement avide de contacts et de tétées.

Il éprouve manifestement de la satisfaction à recevoir les sensations connues qu'apportent la proximité ou le contact peau à peau, mais **quand il tète au sein, il ne retrouve** *pas encore* le **débit ni la déglutition rapide**, expérimentés lors de la vie intra-utérine avec le liquide amniotique. Par conséquent, il demande et redemande le sein. Ce n'est pas confortable, ni pour lui, ni pour sa mère, surtout si elle croit « manquer de lait » et souhaite (ou se fait proposer) un supplément.

Or, ceux-ci sont inutiles : si le bébé est à ce point excité et vindicatif, c'est bien qu'il dispose de carburant cellulaire en suffisance. Sa frustration vient d'une sensation qu'il ne retrouve pas encore, mais ces tétées fréquentes initialisent de manière optimale la lactogenèse stade 2 (la

montée de lait). Et elles surviennent à peu près au moment où la progestérone circulante maternelle atteint un taux suffisamment bas pour ne plus empêcher la sécrétion lactée alvéolaire. L'expression répétée du colostrum ou du lait de transition, donne au sein un signal très clair : il y a un bébé ou deux bébés bien vivants qui tètent et la lactation peut démarrer.

Précisons que cette période constitue une fenêtre d'opportunité pour arrêter rapidement la lactation : il arrivait le bébé ne survive pas à sa naissance et que la lactation doive s'arrêter. Comment ? Les alvéoles, chroniquement distendues, diminuent leur sécrétion, ré-ouvrent leurs jonctions intercellulaires, permettant la résorption des liquides déjà accumulés. Chez les mères qui nourrissent au biberon, l'absence de tétées suffit à arrêter leur lactation. Dans beaucoup de pays, aucune médication n'est administrée.

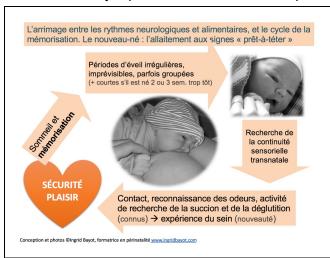
Il est donc essentiel que les mères connaissent et comprennent cette phase de transition, cette « naissance » de l'allaitement ; important qu'elles reçoivent du support, qu'elles ne soient pas seules durant cette traversée. D'autant plus qu'elle se répètera la nuit suivante, ce qui correspond pour beaucoup d'entre elles à la première nuit à la maison. Que d'inquiétudes, que d'allaitement sous-optimaux, pourrait-on s'éviter avec quelques explications positives et un meilleur accompagnement...

Avec la réduction du séjour hospitalier, la proportion des dyades mère-bébé qui traversent une de ces nuits particulières, est plus importante qu'à l'époque où elles restaient sept jours à la Maternité. Mais le personnel de nuit n'a pas augmenté en conséquence. Et avec le(s) (re)confinement(s), les pères ou les accompagnantes ne sont pas admis la nuit. S'étonnera-t-on dès lors de l'augmentation des allaitements mal démarrés, ou de ces suppléments donnés *pour calmer tout le monde*?

Comme le nouveau-né n'a pas encore mémorisé l'expérience du sein, le lait du biberon qui arrive vite et en abondance correspond à ses attentes sensorielles. Il va donc pomper goulûment ce supplément inutile. Et cela confirmera la croyance que *ce pauvre bébé mourrait de faim*. Et cela fera –*déjà*- douter la nouvelle mère de ses compétences à nourrir son bébé. Et perturbera l'installation d'un microbiome intestinal physiologique. Et bloquera l'accès aux réserves car les préparations commerciales sont plus sucrées et font sécréter de l'insuline. Un supplément n'est jamais anodin et doit faire l'objet d'une évaluation bénéfice-risque circonstanciée et individualisée.

# Les premières semaines et le cycle de la mémorisation.

La montée de lait est installée, le rythme des éveils et des tétées reste très irrégulier, imprévisible, de jour comme de nuit. Les bébés ont tendance à se réveiller plus souvent entre 17 et 22h., et il y a plus de tétées dans cette période là de la journée.



Durant chaque période de sommeil, le bébé mémorise les expériences vécues.

Au départ, l'expérience du sein est neuve pour lui, mais les gratifications, répétées et mémorisées, génèrent des associations positives, donc l'envie de recommencer.

Alors que les premiers jours, le nouveauné placé proche du sein, rapproche encore les mains de sa bouche (au point qu'il faut souvent les en éloigner),

... après quelques jours, il ne le fait plus et cherche directement le sein.



# Après quelques semaines : l'allaitement à la demande.

Donc, après une ou deux semaines où le cycle éveil-expérience-mémorisation s'est répété, il va effectivement demander le sein.

Les périodes d'éveil s'allongent, les demandes devient à la fois plus variées et plus précises. Tantôt il se satisfait des bras, tantôt il a besoin de s'occuper par des interactions, tantôt il montre clairement qu'il désire le sein. Il devient alors tout à fait pertinent de parler d'allaitement à la demande.

En effet, après quelques semaines (pour un bébé né à terme), la durée d'une période d'éveil excède

largement le temps nécessaire à une tétée. Le bébé connaît mieux son environnement puisque, à chaque période de sommeil, il a mémorisé ses expériences, sensations et interactions avec les différentes personnes de son entourage. Les signaux « prêts à téter » du début, et assez semblables d'un bébé à l'autre, se sont différenciés et individualisés, surtout si les parents ont été proches de leur bébé et attentifs à ses manifestations. Observez 10 dyades mère-bébé à la maternité : les signaux « prêts à téter » se ressemblent. Il est simple de les montrer aux parents, même avec les photos d'un autre bébé. Observez 10 dyades mère-bébé 3-4 semaines plus tard : la mère et son bébé ont co-créé une « chorégraphie » propre à eux et qui leur permet de se comprendre. Tel bébé va s'agiter et pousser des petits cris, tel autre va frotter son nez sur le chandail de sa mère en grognant... Chacun son style.

# Après quelques mois : l'allaitement « à l'amiable ».

On ne parle plus de période d'éveil, mais de « siestes » et de « nuits », plus ou moins longues. Au cours d'une période d'éveil, le bébé est très expressif pour demander le sein et se fait bien comprendre. Mais si la réponse à sa demande tarde ou est impossible, il est capable d'attendre un peu, et ce, d'autant plus que ses parents lui ont répondu rapidement dans les premiers temps où il en avait absolument besoin.

En effet, le bambin devient capable de se représenter le monde extérieur (VAN DE RIJT et PLOOIJ 2018) et d'imaginer sa maman qui arrive, d'imaginer sa réponse totale à partir d'une réponse partielle destinée à le faire attendre : attends, j'arrive, je suis sous la douche.

L'allaitement « à l'amiable » offre à la mère un espace bien commode pour gérer le quotidien.

Le bébé, mis devant un délai entre l'expression d'un besoin et sa satisfaction, convoque le souvenir d'une réponse complète : la séquence maman-sein-tétée-plaisir. Cette capacité imaginative lui permet de découvrir l'attente sans se désorganiser. Prouesse impossible à la naissance bien évidemment. Ce ne sont donc pas les privations précoces qui font évoluer le bébé, mais les réponses parentales adaptées à ses capacités et sa maturation.

Plus tard encore, l'enfant apprend à manger en même temps que les adultes de sa famille ou de son groupe. À l'âge scolaire, l'uniformisation relative des horaires de repas facilitera la vie en société.

Cette vision sensorielle de l'allaitement et de son évolution ...empreintes intrautérine, recherche des proximités, attirance pour le sein, allaitement « aux signes », expérimentation et mémorisation, allaitement « à la demande », développement des compétences motrices et représentatives, allaitement « à l'amiable », acquisition progressive et par conditionnement, des rythmes alimentaires de sa famille et de sa culture...

...permet d'envisager cette évolution sur une longue période, en suivant les capacités de l'enfant, et délivre de la croyance *qu'il faut lui inculquer tout de suite de bonnes habitudes*.

Quand nous abordons les futurs et nouveaux parents avant la naissance, nous aurions intérêt à parler du bébé sensoriel et relationnel **avant** d'aborder l'alimentation : que pensez-vous que votre bébé perçoit dans votre ventre ? Voix, sons, odeurs, mouvements, activités...?

Sensibilisons-les à la continuité sensorielle transnatale : pensez-vous que votre bébé apprécierait de retrouver ces sensations ?

Outillons-les pour qu'ils saisissent comment offrir concrètement cette transition : le contact peau à peau, les bras, le portage, les bercements, les chants, les regards, les tétées, les bains... au besoin avec des photos montrant des mères et des pères en interaction avec leur bébé.

Ces notions concernent autant les futurs pères que les futures mères ; autant les femmes qui souhaitent allaiter que celles qui hésitent ou qui préfèrent le biberon.



- Elles impliquent immédiatement les futurs pères et leur fournit des idées pour rencontrer leur bébé, interagir avec lui et participer à son développement.
- Elles évitent d'avoir à débiter en vitesse un chapitre compensatoire sur « le rôle du père ».
- Elles évitent de surinvestir l'alimentation comme moyen d'interagir avec le bébé et balayent la croyance que l'allaitement prive le père de son bébé et sa suite logique : que le biberon lui donne une place.
- Elles soulagent la nouvelle mère de la charge mentale de devoir laisser une place au père.
- Elles font réaliser aux futurs parents que *le gros du boulot et des contraintes*, c'est d'accueillir leur bébé, et de vivre avec lui.
- Et enfin, elles permettent de mieux comprendre les comportements et les signaux du bébé, ce qui participe à l'émergence des compétences parentales.

BEAUDRY, M., CHIASSON, S., LAUZIÈRE, J., 2006. Biologie de l'allaitement, le sein, le lait, le geste, Québec, Presse de l'Université du Québec.

BERGMAN, N. 2014. « The neuroscience of birth et the case of zero separation », Curiatonis n° 37(2) p. 1-4

DUMAS, L. 2011 « Pratiques optimales lors de la naissance d'un bébé à terme et en santé : qu'avonsnous comme évidences? » Manuscrit non publié. Conférence Grand Round de pédiatrie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Québec.

MITANCHEZ, D. Ontogénèse de la régulation glycémique et conséquences pour la prise en charge du nouveau-né, Arch Pédiatr 2008, 15(1):64-74.

ODENT, M. 1990. Votre bébé est le plus beau des mammifères, Paris, Albin Michel.

SANTORO, W. JR et autres. Colostrum Ingested during the First Day of Life by Exclusively Breastfed Healthy Newborn Infants, Pediatr, 2009, 156(1):29-32.

VAN DE RIJT, H., et PLOOIJ, F., Le grand livre du développement de bébé : les dix semaines miracles des 20 premiers mois. Ses progrès fulgurants et les clefs pour l'accompagner à chaque pas, Ed. Leduc 2018.