

REVUE DESTINÉE AUX PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

Beginnings

L'indispensable support des professionnels

Des parcours cliniques pour un soutien proactif à l'allaitement

Présentation de la nouvelle génération

Les technologies fascinantes de Magic InBra™

Prendre soin du sein

Des solutions pour l'allaitement inspirées par la science

Dédié à l'allaitement

Depuis plus de 60 ans, Medela se consacre au développement de l'allaitement et de la lactation grâce à la science, à la recherche, à la formation et à des solutions innovantes.

Afin de renforcer cette orientation et de s'aligner sur le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'Organisation mondiale de la santé, Medela a apporté un changement radical à son portefeuille de produits..

Depuis le 1er juillet 2025, Medela a cessé la fabrication et la vente mondiales de biberons, tétines et sucettes, après avoir mis fin à toutes promotions commerciales en juin 2023. Ces mesures reflètent notre engagement ferme et à long terme envers les principes du Code de l'OMS et envers la protection et la promotion de l'allaitement maternel dans le monde entier.

Cette décision, conduite par le président Michael Larsson et le directeur général Thomas Golücke, et pleinement soutenue par le Conseil d'administration et la direction du groupe, réaffirme la mission de Medela, qui est de défendre l'allaitement maternel dans le monde entier. En retirant les produits susceptibles d'entrer dans le champ d'application du code de l'OMS, Medela renforce sa collaboration avec les milieux de la recherche, de l'allaitement et de la lactation.

Donner les moyens aux mères, familles et professionnels de santé

Nous restons concentrés sur les familles qui allaitent dans le monde entier, en veillant à ce que chaque bébé ait accès au lait maternel qui est la meilleure nutrition possible pour un bon départ dans la vie, tout en poursuivant cet objectif avec clarté, attention et dévouement. Dans le cadre de cet engagement, nous donnons aux professionnels de santé, aux mères et aux familles les moyens d'agir grâce à de nouvelles connaissances issues de la recherche sur la lactation et l'allaitement maternel, à des formations sur le sujet et à des solutions innovantes en matière de tire-lait et de soins des mamelons. Ces efforts visent à soutenir, protéger et promouvoir l'allaitement maternel, tout en relevant des défis tels que l'obtention d'une production de lait suffisante et la réussite de l'allaitement direct.



Découvrez notre engagement ferme envers le Code de l'OMS, les raisons stratégiques qui ont motivé cette décision et les étapes clés de notre transition.



Sommaire

02 Dédié à l'allaitement

Entièrement conforme au Code de l'OMS

04 L'indispensable support des professionnels

Synthèse des parcours cliniques pour un soutien proactif à l'allaitement

14 Découvrir la magie

Présentation de la nouvelle génération de tire-laits personnels

18 Prendre soin du sein

Guide concis des solutions pour l'allaitement basées sur la science

Medela France

20, rue Rouget de l'Isle, 92130 Issy-les-Moulineaux,
Tél : +33 (0)1.69.16.10.30, info@medela.fr,
www.medela.fr

Rédaction et publication :

Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG

Design : www.ruheundsturm.de, Munich

Imprimé par : IMPRILITH, 5, rue de la Croix Blanche,
77310 Pringy

Sources des images :

Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG;
Adobe Stock: 306877583, 430354398, 441151372,
550895316, 168123422, 21748861, 251572501

L'indispensable support des professionnels

Parcours cliniques pour un soutien proactif à la lactation

Les taux d'allaitement restent insuffisants, moins de 50 % des nourrissons recevant une alimentation exclusive au lait maternel pendant les six premiers mois.¹ Bien qu'il existe de nombreux facteurs contributifs, une récente table ronde internationale d'infirmières sages-femmes, dirigée par une infirmière spécialisée en lactation titulaire d'un doctorat, a constaté que pour améliorer l'allaitement exclusif à court terme et la durée de l'allaitement à long terme, l'identification et la gestion précoces des facteurs de risque spécifiques à la mère et au nourrisson sont primordiales. Elles ont identifié les facteurs de risque les plus importants pouvant perturber une lactation physiologique normale² et développé des itinéraires cliniques pour guider les professionnels de santé dans le soutien et les soins apportés aux familles en matière de lactation.³

1 Une lacune dans les protocoles actuels

S'assurer que les mères et les nourrissons peuvent atteindre leurs objectifs personnels en matière d'allaitement est au cœur des soins postnataux, mais les protocoles adéquats pour guider les professionnels de santé ne sont pas fournis. Actuellement, des conseils cliniques sont disponibles pour aider les mères en bonne santé qui allaitaient à établir un approvisionnement optimal en lait maternel.⁴⁻⁶ L'Organisation mondiale de la santé a publié des lignes directrices cliniques pour les soins aux nouveau-nés de petite taille, malades et prématurés⁷ et le modèle Spatz en 10 étapes⁸ pour la promotion et la sauvegarde du lait maternel pour les nouveau-nés vulnérables a été mise en œuvre à l'échelle internationale et a donné de bons résultats cliniques. Cependant, les mères présentant des facteurs de risque connus en matière de lactation et qui donnent naissance à des nouveau-nés présumés en bonne santé courent toujours un risque élevé de ne pas obtenir une production de lait complète, car ces facteurs sont souvent négligés dans les protocoles hospitaliers actuels. Par exemple, une étude transversale récente⁹ a confirmé que les taux d'initiation et de poursuite de l'alimentation au lait maternel 12 semaines après la naissance pour les

nourrissons peu prématurés étaient nettement inférieurs à ceux des nourrissons d'autres âges gestationnels. À ce jour, il n'existe aucune ligne directrice de pratique clinique publiée qui traite spécifiquement des soins aux mères présentant des facteurs de risque reconnus affectant le processus physiologique de lactation, ou celles qui rencontrent des difficultés à initier la lactation pendant leur séjour à l'hôpital. Par conséquent, ces mères peuvent ne pas recevoir le soutien à l'allaitement nécessaire pour les aider à atteindre un certain volume dans la fenêtre critique de l'activation sécrétoire. Des plans d'allaitement personnalisés sont nécessaires pour identifier et soutenir ces mères dès le départ. Une approche réactive consistant à n'intervenir qu'en cas de problème est vouée à l'échec, car une fois que l'activation sécrétoire est retardée, les répercussions affectent l'ensemble du parcours d'allaitement. De fait, une activation sécrétoire retardée plus de 72 heures après l'accouchement est associée à une perte de poids néonatale excessive, à un comportement d'allaitement sous-optimal au 7e jour, à une augmentation de la supplémentation en lait maternisé et à une réduction de la durée de l'allaitement.¹⁰⁻¹⁴

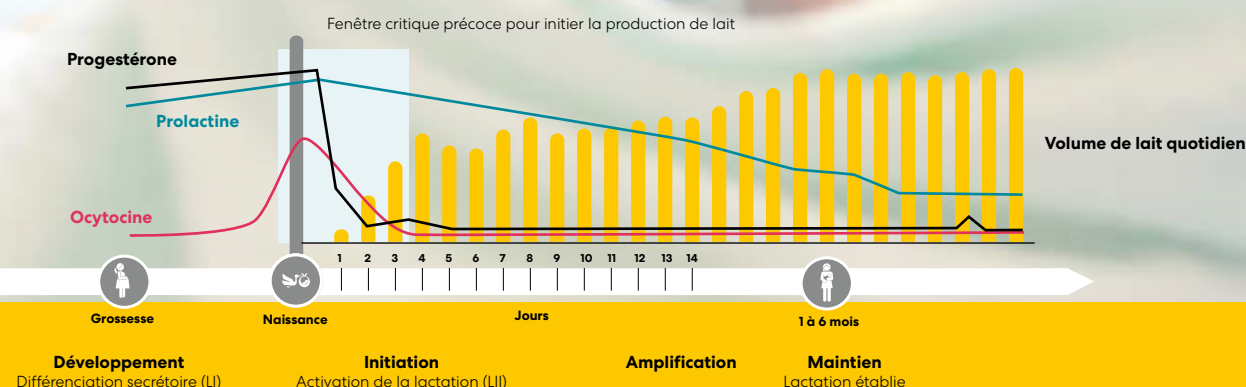
L'attentisme n'est pas de mise !

Les femmes dont l'activation sécrétoire est retardée sont 60 % plus susceptibles d'arrêter l'allaitement à 4 semaines.¹⁵



Tirer parti de **cette fenêtre critique**

Les modifications hormonales après la naissance ainsi qu'une stimulation précoce et efficace des seins sont des facteurs clés pour permettre une activation sécrétoire réussie.



Références : Meier PP et al. Clin Perinatol. 2017; 44(1):1-22; 5-396; 226; Spatz DL. J Perinat Neonatal Nurs. 2004;18(4):385-396; Spatz DL. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012;41(1):138-143; Neville MC. J Mammary Gland Biol Neoplasia (2009) 14:269-270; Hoban R et al. Breastfeed Med. 2018; 13(2):135-141.

2

Une question de timing

Les deux premières semaines après la naissance déterminent si une bonne production de lait peut être établie et maintenue à long terme, mais il s'agit d'une période encore plus courte, les premières 72 heures, qui est disponible pour initier avec succès la lactation. La raison de cette fenêtre critique est un changement dans le développement de la glande mammaire qui est guidé par le contrôle hormonal (endocrinien), avec des modifications assez spectaculaires lors des premiers jours après la naissance. Pendant la grossesse, la sécrétion de lait commence vers la 20^e semaine, mais les taux élevés de progestérone suppriment la production totale de lait jusqu'à la naissance, moment où les modifications hormonales déclenchent l'activation de la sécrétion.^{16,17} Après l'accouchement, le taux de progestérone chute rapidement, favorisé par l'expulsion du placenta. Une fois que le taux de progestérone diminue, la prolactine est libérée, ce qui favorise l'activation sécrétoire. Cela favorise la fermeture des jonctions serrées des lactocytes qui scellent les alvéoles, de sorte que le lait reste à l'intérieur et ne s'écoule pas dans les tissus environnants. Chaque tétée, chaque stimulation régulière du mamelon et de l'aréole par l'allaitement ou l'expression, envoie au cerveau de la mère le message de « produire de la

prolactine ».¹⁷

L'ocytocine entre également en jeu ici. Après avoir stimulé les contractions pendant l'accouchement, elle reste élevée pendant les premiers jours suivant la naissance pour amorcer l'allaitement. Les impulsions d'ocytocine se produisent pendant la succion et sont nécessaires à la libération du lait disponible tout au long de la lactation (éjections de lait).

Par conséquent, pendant cette période, une stimulation régulière et une extraction efficace du lait sont essentielles pour activer la production de lait de la mère. Les facteurs de risque, qu'ils soient hormonaux, glandulaires ou liés à une mauvaise extraction de lait en raison de difficultés de succion du nourrisson, peuvent perturber ce processus et doivent être identifiés et pris en charge de manière proactive. C'est pourquoi le soutien et la préparation des futures mères pendant la grossesse, via l'identification des facteurs de risque potentiels pour la lactation et l'élaboration de plans d'allaitement pour parvenir à une activation sécrétoire en temps voulu, est un prérequis de l'allaitement réussi à long terme.

Le soutien à l'allaitement doit commencer durant la grossesse

Le Pr Viktoria Vivilaki, présidente de l'Association européenne des sages-femmes, est une fervente partisane des tables rondes qui ont lancé le dernier appel en faveur d'un soutien proactif à l'allaitement. Ses attentes pour l'avenir sont claires.

Pourquoi est-il si important de soutenir proactivement la lactation ?

La gestion proactive de la lactation joue un rôle essentiel dans la réussite de l'allaitement. Une initiation précoce et un soutien appuyé dans les centres de naissance et les cliniques de maternité ont un impact significatif sur la production de lait à long terme et sur la confiance des mères. Compte tenu de la baisse des taux d'allaitement dans certains pays européens, il est essentiel de disposer d'un cadre fondé sur des données probantes pour améliorer les pratiques en matière de soins périnataux.

Quand le soutien devrait-il commencer ?

Le soutien à l'allaitement doit commencer pendant la grossesse et immédiatement à la naissance. Il devrait faire partie intégrante des soins périnataux et ne pas être un service facultatif. Il est important de fixer des attentes réalistes et de répondre aux préoccupations. Les recommandations que nous avons formulées mettent l'accent sur des conseils structurés et proactifs pour prévenir les problèmes d'allaitement précoce, en particulier chez les mères présentant un risque de retard de lactogenèse. Cette approche permet de réduire les suppléments inutiles et d'améliorer la réussite de l'allaitement.

Comment les sages-femmes doivent-elles mettre en œuvre les recommandations dans leur pratique quotidienne ?

Les sages-femmes jouent un rôle clé dans le soutien à l'allaitement. La mise en œuvre implique une formation de routine à l'allaitement pour garantir des pratiques standardisées et fondées sur des preuves, ainsi qu'un soutien pratique dans les premières heures suivant la naissance pour garantir une prise du sein et un positionnement optimaux. Nous devons également veiller à ce que les sages-femmes libérales assurent un suivi rigoureux après la sortie de l'hôpital. La collaboration entre professionnels est essentielle ici. Il nous faut collaborer pour identifier précocement les mères à risque, pour veiller à garantir un soutien immédiat et continu.

Pr Viktoria Vivilaki
Présidente de
l'Association européenne
des sages-femmes

Ne tardez pas - ouvrez la voie !

Quel que soit le facteur de risque identifié, passer d'une approche réactive à une approche proactive du soutien à l'allaitement ne peut qu'être bénéfique.

”

3 Évaluation personnalisée

En ce qui concerne les facteurs de risque, les experts font la distinction entre les facteurs de risque maternels préexistants et ceux qui surviennent à la naissance ou qui concernent spécifiquement le nourrisson. Certaines mères sont confrontées à un démarrage plus lent de la lactation en raison de facteurs de risque courants, souvent non modifiables, tels que le diabète¹⁸⁻²⁰, un IMC élevé²¹⁻²⁴, un syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)^{25,26}, un travail prolongé²⁷⁻²⁸, une césarienne^{29,30} ou une hémorragie après l'accouchement.^{31,32} Ces facteurs peuvent retarder l'activation sécrétoire et rendre plus difficile l'atteinte du volume de lait critique de 500 ml/jour au 14e jour.^{33,34} Si les facteurs de risque découlent d'un accouchement prolongé ou d'une césarienne inattendue, le risque est tout aussi élevé. Si le bébé a un faible poids à la naissance³⁵⁻³⁷ ou présente une anomalie faciale telle qu'une fente palatine³⁸ et ne peut pas être stimulé ou nourri efficacement, le parcours de l'allaitement est également compromis.

Une attention particulière doit également être accordée aux femmes présentant une hypoplasie glandulaire.³⁹⁻⁴¹ En résumé, plus les facteurs de risque sont nombreux, plus le défi est grand, d'où la nécessité d'une identification et d'une évaluation précoces au cours des soins prénataux. Sur la base de ces évaluations, un plan d'allaitement périnatal personnalisé doit être élaboré pour préparer les familles et orienter les soins. Un plan solide fait toute la différence. Le fait de documenter les préférences en matière de supplémentation et de les communiquer à l'équipe chargée de l'accouchement garantit la continuité des soins. Après la naissance, le contact précoce avec la peau, l'allaitement direct et l'expression manuelle du colostrum sont les premières étapes essentielles. Si l'allaitement est retardé ou inefficace, l'utilisation d'un tire-lait hospitalier doit être mise en place pour stimuler le sein et protéger la production de lait.^{2,3}

Facteurs de risque maternels

→ Maladie/Troubles

Diabète¹⁸⁻²⁰
Obésité²¹⁻²⁴
Syndrome des ovaires polykystiques^{25,26}
Troubles de la thyroïde⁴²

→ Médicaments/Traitement

Après une chimiothérapie⁴³
Après une radiothérapie⁴⁴
Médicaments supprimant la lactation⁴⁵⁻⁴⁷

→ Préoccupations relatives aux seins

Hypoplasie glandulaire³⁹⁻⁴¹
Chirurgie mammaire^{48,49}
Piercing des mamelons⁵⁰
Anomalies des mamelons^{14,51}

→ Autres facteurs

Assistance médicale à la procréation⁵²
Déclenchement du travail^{53, 54}
Primiparité^{14,23,55}

Facteurs de risque liés à la naissance et au nourrisson

→ Naissance

Travail prolongé/stressant^{27,28}
Césarienne^{29,30}
Hémorragie après l'accouchement^{31,32}

→ Nourrisson

Âge gestationnel^{56,57}
Faible poids de naissance³⁶⁻³⁷
Anomalies faciales, p.ex. fente labiale/palatine³⁸

→ Après l'accouchement

Séparation de la mère et du nourrisson^{58,59}
Contact cutané retardé ou interrompu^{60,61}
Première mise au sein retardée^{62,63}

→ Pratiques d'alimentation et d'expression

Allaitement peu fréquent < 8 fois par 24 heures⁶⁴
Expression peu fréquente du sein < 5 fois par 24 heures⁶⁵
Supplémentation avec quoi que ce soit d'autre que l'OMM⁶⁶



4 Des actions adaptées

Un soutien continu et concret est essentiel et la bonne intervention dépend également des facteurs de risque sous-jacents identifiés. La table ronde internationale a défini deux parcours cliniques (voir page 12) pour guider les soins, avec une approche spécifique pour les femmes dont le tissu glandulaire est insuffisant² qui ont peu de chances d'obtenir une production de lait complète. La chirurgie mammaire, qu'il s'agisse d'augmentation ou de réduction, est l'une des procédures esthétiques les plus couramment pratiquées dans le monde.

Grâce à une meilleure compréhension du fonctionnement du sein pendant l'allaitement et aux progrès des techniques chirurgicales, de nombreuses femmes peuvent encore allaiter avec succès après l'intervention. Néanmoins, la chirurgie mammaire peut affecter la production de lait et plus la quantité de tissu producteur de lait (glandulaire) retiré pendant l'intervention est importante, plus il est probable qu'une femme ne soit pas en mesure^{48,49} de produire une quantité de lait suffisante. Le traitement du cancer du sein implique souvent une intervention chirurgicale, comme une mastectomie totale ou partielle, ainsi que la chimiothérapie et la radiothérapie.^{43,44}

Ces traitements peuvent enlever, cicatriser ou entraver le tissu mammaire et le tissu mammaire fonctionnel, ce qui peut affecter la capacité du sein à produire du lait. Bien qu'il soit possible

d'allaiter après une radiothérapie ou une chimiothérapie, il en résulte souvent une baisse de la production de lait en raison de l'impact sur les tissus producteurs de lait. Certains cas cliniques ont déjà démontré qu'avec une approche structurée et proactive, même ces mères à haut risque peuvent être accompagnées pour une mise en place réussie de l'allaitement. Une étude systématique récente a montré que 40 femmes sur 42 (95,2 %) dont le tissu glandulaire était insuffisant ne pouvaient produire du lait maternel que pendant moins d'un mois.³⁹ Néanmoins, un rapport de cas a montré qu'avec des actions adaptées (c.-à-d. l'utilisation d'un tire-lait de qualité hospitalière et de la dompéridone), cette mère a pu obtenir une production de lait d'environ 400 ml par jour pendant les 6 premiers mois de l'enfant.⁴¹

La formation des professionnels de santé est une priorité absolue

Salomé Álvarez Rodríguez, ancienne présidente de la Fédération espagnole des associations de sages-femmes et co-auteure du comité scientifique, sur la manière dont elle entend mettre en œuvre les recommandations formulées en Espagne.

L'une de nos principales initiatives consiste à organiser une série d'ateliers et de séminaires pour les sages-femmes et d'autres professionnels de santé. Ces événements se concentreront sur les meilleures pratiques en matière de soutien à l'allaitement, sur les techniques et sur la manière de gérer les défis les plus courants. Ils offriront également de précieuses opportunités d'échange d'expérience et de discussions sur des cas pratiques, contribuant ainsi à la création d'une communauté professionnelle forte et bien informée.

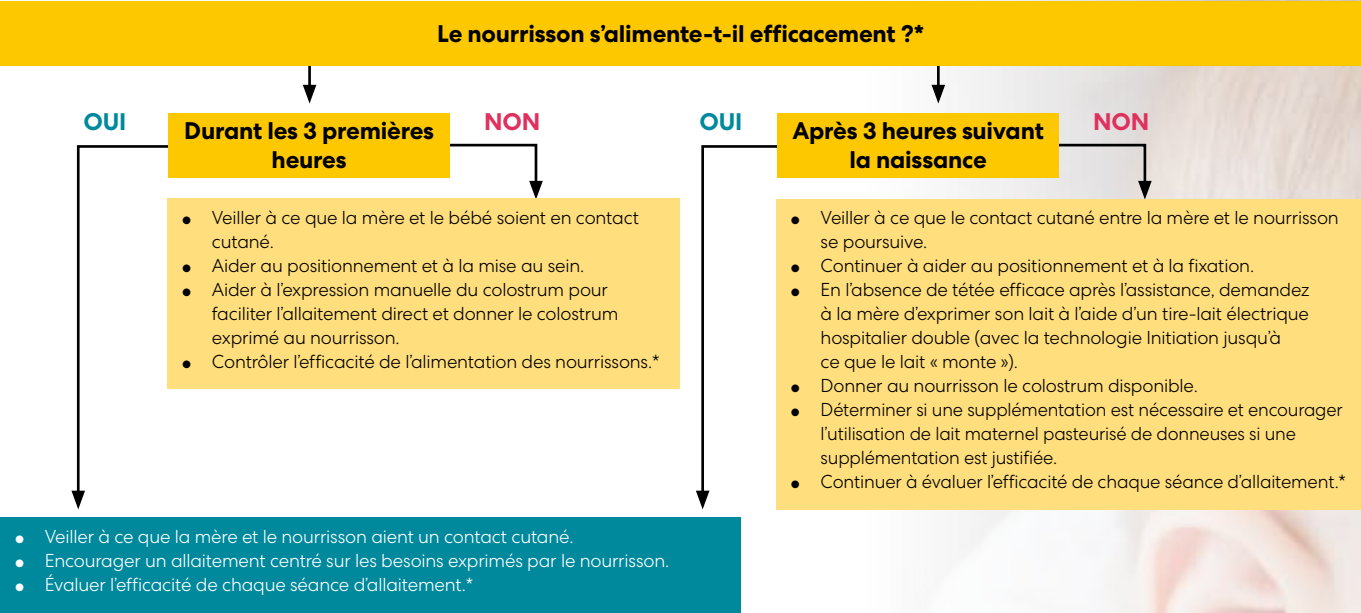
La formation de professionnels de santé est une priorité absolue. Nous lançons des programmes de formation pour les sages-femmes, les infirmières et les médecins qui mettent l'accent sur l'importance de l'allaitement, sur la manière de soutenir les mères avant et après l'accouchement et sur la manière de gérer les situations complexes. Notre objectif est de veiller à ce que l'ensemble du personnel soit bien préparé et aligné sur les meilleures pratiques actuelles. L'un des principaux effets que j'espère voir est une augmentation significative des taux d'allaitement. En mettant en œuvre les nouvelles recommandations, nous pouvons aider les mères à surmonter des obstacles tels que le manque d'information, le soutien limité et les difficultés pratiques. Une approche structurée et proactive commençant dès avant la naissance peut faire une réelle différence.

Le lobbying joue également un rôle central dans notre plan. Nous militons en faveur de politiques qui facilitent l'allaitement, telles qu'un congé de maternité adéquat, des lieux de travail favorables à l'allaitement et l'inclusion de l'allaitement dans les programmes de santé publique. Ces mesures sont essentielles pour créer un environnement dans lequel les mères se sentent soutenues et responsabilisées. Grâce à ces initiatives, nous visons à mettre en place un système de soutien solide et durable pour l'allaitement en Espagne. Ma vision est que toutes les mères, quel que soit leur milieu ou leur lieu de résidence, aient accès à un soutien continu et complet qui leur permette d'allaiter avec succès et satisfaction.

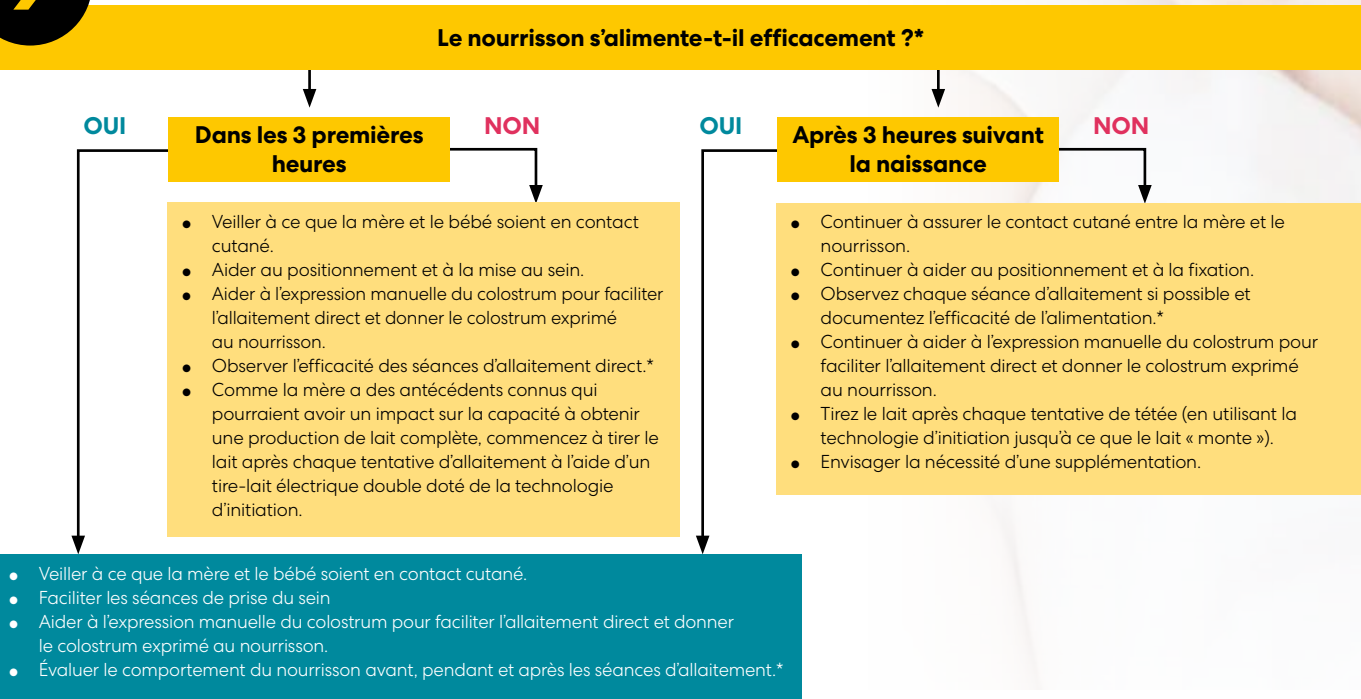
Salomé Álvarez Rodríguez
Ancienne présidente de la Fédération espagnole des associations de sages-femmes

Parcours cliniques pour un soutien proactif à la lactation

Pour les mères présentant des facteurs de risque de retard d'activation sécrétoire et de diminution de la production de lait et/ou pour les nouveau-nés présentant des facteurs de risque de problèmes d'alimentation.



Pour les mères susceptibles d'avoir une production de lait insuffisante



*L'évaluation de l'efficacité de l'alimentation comprend la fréquence, la durée, l'évacuation des selles et de l'urine, le poids du nourrisson, l'apparence visuelle et l'activité du nourrisson, ainsi que l'apparence des mamelons et du tissu mammaire de la mère avant et après les tétées. Les parents doivent être informés de la physiologie de la production de lait, de l'importance d'une activation sécrétoire opportune pour constituer une réserve de lait solide à long terme et de la manière dont les facteurs de risque de la mère et/ou du nourrisson peuvent influencer sur l'obtention efficace du volume de lait.

Exemples de voies adaptées d'après : Spatz DL et al J Midwifery Womens Health. 2025 Mar-Apr;70(2):343-349 3 and Slater CN,et al. Am J Matern Child Nurs. 2025 Jul-Aug 01;50(4):192-203.

Lire les recommandations complètes de la table ronde internationale dans ces deux livres :



Apprenez-en davantage sur la manière de mettre en pratique le soutien proactif à l'allaitement dans notre formation en ligne gratuite :



Pour des informations plus récentes sur la recherche en matière de lactation nous recommandons le numéro spécial de juillet 2025 de Breastfeeding Medicine, désormais disponible en libre accès.



Références : 1 WHO, UNICEF: Global Breastfeeding Scorecard 2023. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-NFS-23.17> 2 Spatz DL et al. Nurs Womens Health. 2024 Aug;28(4):256-263. 3 Spatz DL et al J Midwifery Womens Health. 2025 Mar-Apr;70(2):343-349 3 4 Moore ER et al. Cochrane Database Syst Rev. 2016;11:CD003519. 5 Holmes AV et al. Breastfeed Med. 2013;8(6):469-473. 6 UNICEF, WHO. Implementation Guidance: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services – the Revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Licence: CC by-NC-SA 3.0 IGO. World Health Organization; 2018. 7 UNICEF, WHO. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Baby-Friendly Hospital Initiative for Small, Sick and Preterm Newborns. Licence: CC by-NC-SA 3.0 IGO. WHO & UNICEF; 2020. 8 Spatz DL et al. J Perinat Neonatal Nurs. 2004;18(4):385-396 9 Parker L, JAMA Netw Open. 2025 Mar 3;8(3):e250024. 10 Huang L et al. J Nutr. 2020;150(4):894-900. 11 Chapman DJ et al. J Hum Lactation. 1999;15(2):107-11. 12 Hruschka DJ et al. J Nutr. 2003;133(8):2592-9. 13 Michel MP et al. Archives de Pédiatrie. 2007;14(5):454-60. 14 Dewey KG et al. Pediatrics. 2003;112(3 Pt 1):607-19 15 Brownell E et al. J Pediatr. 2012 Oct;161(4):608-14. 16 Hartmann BT et al. Early Hum Dev. 2007; 83(10):667-673. 17 Pang WW, Hartmann PE. J Mammary Gland Biol Neoplasia. 2007; 12(4):211-221. 18 Wu Jing-Ling et al. Breastfeed Med.2021; 16(5):385-392. 19 Suwaydi MA et al. BMC. Pregnancy. Childbirth. 2022; 22(1):350. 20 Longmore DK et al. Diabetologia.2020; 63(12):2571-2581. 21 Preusting I et al. J Hum Lact. 2017;33(4):684-691. 22 Bui LM et al. Breastfeed Med. 2025. 23 Nommsen-Rivers LA et al. Am J Clin Nutr. 2010; 92(3):574-584. 24 Poston L et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016; 4(12):1025-1036. 25 Vanky E et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008; 87(5):531-535. 26 Joham AE et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 2016; 95(4):458-466. 27 Grajeda R, Pérez-Escamilla R. J Nutr. 2002; 132(10):3055-3060. 28 Dewey KG. J Nutr. 2001; 131(11):3012S- 5S. 29 Hobbs AJ et al. BMC. Pregnancy. Childbirth. 2016; 16:90. 30 Brown A, Jordan S. J Adv Nurs. 2013;69(4):828-839. 31 Thompson JF et al. Int Breastfeed J.2010; 5:5. 32 Farah E et al. J Midwifery Womens Health. 2021; 66(5):631-640. 33 Meier PP et al. J Perinatol. 2016; 36(7):493-499. 34 Hoban R et al. Breastfeed Med. 2018; 13(2):135-141. 35 Chapman DJ, Pérez-Escamilla R. J Am Diet Assoc. 1999; 99(4):450-454; quiz 455-456. 36 Parker MG et al. Pediatrics. 2021; 148(5). 37 Parker LA et al. J Hum Lact. 2021;37(3):581-592. 38 Madhoun LL et al. Cleft Palate Craniofac J. 2020; 57(4):477-486. 39 Kam RL et al. Breastfeed Med. 2021; 16(8):594-602. 40 Spatz DL, Miller J. J Perinat Educ.2021; 30(1):13-18. 41 Duran MS, Spatz DL. J Hum Lact. 2011; 27(4):394-397. 42 Amino N, Arata N. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2020; 34(4):101438. 43 Stopenski S et al. Breastfeed Med.2017; 12(2):91-97. 44 Leal SC et al. Expert Rev Anticancer Ther. 2013; 13(2):159-164. 45 Anderson PO. Breastfeed Med. 2017;12(3):128-130. 46 Hale TW. 19th edition. New York,NY: Springer publishing company; copyright 2021. 715 p. 47 Aljazaf K et al. Br J Clin Pharmacol. 2003; 56(1):18-24. 48 Kraut RY et al. PLoS One. 2017;12(10):e0186591. 49 Schiff M et al. Int Breastfeed J. 2014;9:17. 50 Garbin CP et al. JAMA. 2009; 301(24):2550-2551. 51 Shilpa Umesh Bagal. et al.International Journal of Health Sciences & Research. 2017; 7(4):280-288. 52 Barrera CM et al. Am J Obstet Gynecol. 2019; 220(3):261.e1-261.e7. 53 Reed R. London: Pinter & Martin; 2018. (Why it matters; vol 14). 54 Dahlen HG et al. BMJ Open. 2021; 11(6):e047040. 55 Hurst NM. J Midwifery WomensHealth. 2007; 52(6):588-594. 56 Boies EG, Vaucher YE. Breastfeed Med. 2016; 11(10):494-500. 57 Dong D et al. Int Breastfeed J. 2022;17(1):6. 58 Pérez-Escamilla R et al. Am J Public Health. 1994; 84(1):89-97. 59 Eden C. J Hum Lact. 2024; 40(4):535-538. 60 Widström AM et al. Acta Paediatr.2019; 108(7):1192-1204. 61 UNICEF, WHO. Geneva: World Health Organization; 2018. 56 p. 62 Salariya EM et al. Lancet. 1978; 2(8100):1141-1143. 63 NEOVITA Study Group. Lancet Glob Health. 2016; 4(4):e266-275. 64 Huang S-K, Chih M-H. Breastfeed Med. 2020; 15(10):639-645. 65 Hoban R et al. J Perinatol. 2024;44(11):1597-1606. 66 Feldman-Winter L et al. Pediatrics.2020; 145(4):e20183696.



Derrière la

magie

Les mères qui allaitent apprécient la commodité et la liberté qu'offrent les tire-laits entièrement portables.¹ Cependant, le choix du confort ne doit pas se faire au détriment de l'efficacité, de la puissance et de la production de lait. C'est pourquoi le tire-lait nouvelle génération Magic InBra™ de Medela associe une performance hospitalière inégalée à une technologie innovante pour plus de confort et de discrétion.

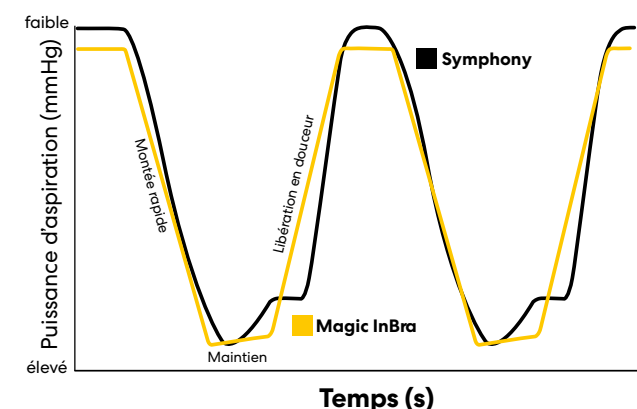
La performance hospitalière ne se résume pas à la puissance d'aspiration. L'un de ses secrets réside dans le schéma d'aspiration : Lors de l'alimentation au sein, les bébés créent rapidement un vide de façon intuitive, puis le relâchent progressivement afin d'aspirer un maximum de lait. Symphony®, le tire-lait n°1 utilisé dans les hôpitaux du monde entier², a mimé ce comportement avec succès avec le schéma d'expression Symphony® cliniquement éprouvé³ pour trouver le meilleur équilibre entre confort et efficacité.

L'ADN hospitalier à domicile et en déplacement

Magic InBra™ est le premier tire-lait à usage personnel à adopter désormais pleinement cet ADN hospitalier pour une expression hautement efficace et confortable : une montée rapide, un maintien confortable et un relâchement en douceur du vide pour favoriser la production de lait et optimiser le confort d'expression. En association avec les autres caractéristiques et pratiques qui définissent les performances hospitalières réussies – la tétérrelle à angle d'ouverture de 105°, dont il a été prouvé qu'elle permettait

de produire jusqu'à 11 % de lait en plus⁴ ; le dimensionnement correct de la tétérrelle et l'allaitement avec le Maximum Comfort Vacuum (MCV)⁵ ; ainsi que jusqu'à 18 % de lait en plus en pratiquant la double expression⁶ – Magic InBra™ garantit la continuité des soins grâce à une technologie et à des fonctionnalités de tire-lait similaires, de l'hôpital au domicile.

Schéma d'aspiration de Medela



Magic InBra™ en un coup d'œil

Des performances hospitalières reconnues

Basé sur Symphony®, tire-lait n°1 utilisé dans les hôpitaux du monde entier²

FluidFeel Technology™ innovante

Inspiré par le bébé. Une expression douce, même à des niveaux de vide élevés.

Conception anatomique ultramince

Épouse la forme du sein allaitant. Les tétérrelles à angle de 105° permettent d'obtenir jusqu'à 11 % de lait en plus.⁴

Silencieux et ultraléger

Seulement 38 dB et parmi les tire-laits intégrés au soutien-gorge les plus légers disponibles avec seulement 200 g.

Conception transparente de la vue du dessus et mode nuit

Pour un alignement facile du mamelon et une bonne visibilité de l'écoulement de lait.

Des performances adaptées, contrôlées par des capteurs

Passage automatique de la stimulation à l'expression.

Contrôle à distance via l'application

Pour suivre, enregistrer et ajuster la durée de la session, les réglages et le volume estimé de lait exprimé.

Facile à assembler et à nettoyer

Plus de lait en moitié moins de temps.

+18 % de lait en moitié moins de temps, contenant de l'énergie supplémentaire⁶ avec la double expression.



Derrière la magie

Découvrez : FluidFeel Technology™

Innovation basée sur la recherche pour une expression en douceur avec des résultats efficaces

Un micro-environnement proche de l'allaitement maternel

La température chaude autour du mamelon est connue pour avoir un effet positif sur l'extraction de lait.^{8,9} C'est le bébé qui, intuitivement, le fait le mieux : Il stimule efficacement le flux de lait, puis extrait efficacement le lait maternel par des pressions douces mais puissantes, tout en maintenant le mamelon de la mère confortablement entouré de lait chaud. La sensation de réchauffement et l'application du vide sur le sein sont des facteurs importants pour un bon écoulement du lait⁶ et affectent directement la quantité de lait pouvant être exprimée.⁷

Les scientifiques de Medela peuvent désormais s'inspirer d'un processus naturellement réussi. La technologie innovante FluidFeel™ de Medela crée une expérience d'allaitement dont la sensation et le fonctionnement sont similaires à ceux de l'allaitement. Elle assure une étanchéité constante et douce sur le sein de la mère et le mamelon est continuellement entouré de lait pendant l'expression, ce qui permet de créer un environnement douillet et chaud lié à un meilleur écoulement de lait.

Passage automatique de la stimulation à l'expression

Utilisant un système à deux chambres avec de multiples capteurs, la technologie Fluid Feel™ est également conçue pour que la mère tire le meilleur parti de chaque séance d'expression : Pendant la phase de stimulation, des gouttes de lait s'accumulent dans le tunnel (chambre une), puis, une fois que l'écoulement se produit, le lait se déverse dans le récipient (chambre deux). Des capteurs intégrés détectent ce changement en temps réel et déclenchent le passage automatique de la phase de stimulation à la phase d'expression – tout comme le ferait le bébé lorsqu'il passe naturellement d'une succion non nutritive à une succion nutritive. Le moment de cette commutation est très important, car la première éjection de lait est la plus puissante et produit la plus grande quantité de lait – environ 36 % de la production totale de lait.¹⁰

La recherche montre que les mères qui utilisent des tire-laits intégrés dans le soutien-gorge sont plus susceptibles de prolonger la durée de l'allaitement que celles qui utilisent des tire-laits traditionnels.¹



Avec d'autres tire-laits, c'est à la mère de détecter cet écoulement initial et de changer manuellement de mode d'expression, mais 21 % des éjections de lait ne sont pas détectées par la mère.¹¹ Magic Inbra™ élimine désormais cette variante de l'équation pour veiller à ce que le premier écoulement soit pleinement exploité.

Une expérience d'allaitement douce et silencieuse

La nouvelle technologie FluidFeel™ ajoute également au confort d'expression de la mère, car l'étanchéité douce et continue du tire-lait sur le sein minimise la traction sur le mamelon, assurant une expression en douceur, même à des niveaux de vide élevés. Le système rempli de liquide soutient l'unité motrice et permet une expression silencieuse et efficace.

Références : **1** Colbenson GA et al. Breastfeed Med. 2022; 17(6):537-543. **2** NICU & Maternity Ward. Data available upon request. **3** Mitoulas L et al. J Hum Lact. 2002; 18(4):353-360. **4** Sakalidis VS et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020; 99(11):1561-1567. **5** Kent JC et al. Breastfeed Med. 2008; 3(1):11-19. **6** Prime DK et al. Breastfeed Med. 2012; 7(6):442-447. In comparison to sequential single pumping. **7** Cannon AM et al. Early Hum Dev. 2016; 96:1-6. **8** Gardner H et al. Sci Rep. 2019; 9(1):11854. **9** Kent JC et al. J Hum Lact. 2011; 27(4):331-338. **10** Prime DK et al. Breastfeed Med. 2011; 6(4):183-190. **11** Kent JC et al. J Hum Lact. 2003; 19(2):179-186.

Pour en savoir plus
sur ces technologies en direct des
spécialistes de l'allaitement et des
concepteurs de produits, regardez cette
vidéo de webinaire.



Programme de soins

UN GUIDE RAPIDE DES SOLUTIONS SCIENTIFIQUES POUR LES SOINS DU SEIN

L'allaitement est une expérience très personnelle pour les mères. Lorsque des difficultés surviennent, il est essentiel de mettre en place des programmes complets de soins des mamelons afin de préserver le lien délicat entre la mère et l'enfant.

Voici notre point de vue sur les quatre défis les plus courants en matière d'allaitement, afin de vous aider dans votre pratique quotidienne.



Vous trouverez toutes les solutions et plus d'informations ici :



4 Défis

1



MAMELONS DOULOUREUX

Au cours des premières semaines qui suivent la naissance, plus de 97 % des mères présentent des mamelons secs et douloureux pendant la mise en place de l'allaitement par la mère et le bébé.¹ La protection et l'hydratation de la peau des mamelons est bénéfique pendant la grossesse et l'allaitement.

Purelan™ aide à rétablir l'hydratation cutanée naturelle et assure une protection et un soin apaisant naturels aux mamelons douloureux et secs après l'allaitement. Avec 100 % de lanoline pure de qualité médicale, Purelan™ Lanolin Cream est certifiée naturelle par EcoCert et Natrue. Elle nourrit et protège efficacement la peau grâce à une texture riche qui maintient l'hydratation et renforce la barrière cutanée. Sans danger pour le bébé et sans qu'il soit nécessaire de l'enlever avant l'allaitement.

➤ **D'autres solutions potentielles : Baume pour mamelons bio, coupelles**

2



MAMELONS CREVASSÉS

Les difficultés de mise au sein et les irritations peuvent entraîner la création de crevasses douloureuses pour de nombreuses femmes allaitantes.¹

Les compresses hydrogel sont une option de traitement efficace qui soulage instantanément la douleur^{2,3} et favorise le rétablissement des mères souffrant de mamelons crevassés, en créant un environnement humide propice à la guérison, ce qui est bénéfique pour la réparation des tissus endommagés.⁴ Elles apaisent et rafraîchissent pour un soulagement immédiat de la douleur de la peau endolorie ou craquelée et créent une barrière protectrice contre les frottements et les dommages supplémentaires causés par la friction.

➤ **D'autres solutions potentielles : Baume pour mamelons bio, coupelles**

3



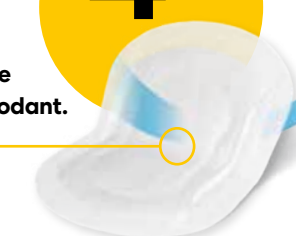
DIFFICULTÉS DE MISE AU SEIN

Des difficultés de mise au sein peuvent survenir si le bébé ne parvient pas à prendre correctement le sein, lorsque la mère présente des mamelons douloureux ou crevassés, lorsque l'allaitement est douloureux ou que les mamelons sont plats ou ombiliqués.^{5,6}

Les bouts de sein Contact™ offrent une solution à court terme à la mère et au bébé pour la prise du sein, protègent les mamelons douloureux ou crevassés pendant l'allaitement et favorisent la cicatrisation des mamelons. Leur forme découpée unique est conçue pour maximiser le contact entre la peau et le mamelon, et le silicone ultrafin et flexible pour optimiser la stimulation du mamelon.

➤ **D'autres solutions potentielles : Forme-mamelons**

4



FUITES DE LAIT

Les fuites de lait sont normales pour de nombreuses mères primipares lors de la montée de lait et de la mise en place de l'allaitement.⁷ Toutefois, dans certains cas, cela peut s'avérer gênant et inconfortable.

Les coussinets d'allaitement souples comme les coussinets d'allaitement ultraspirants de Medela absorbent et retiennent discrètement le lait maternel, tout en protégeant discrètement les vêtements. Avec un noyau à triple couche qui absorbe 50 fois son propre poids, ils protègent également contre les taches de graisse lors de l'utilisation de crèmes pour mamelons comme Purelan™.

➤ **D'autres solutions potentielles : Coupelles recueil-lait, coussinets lavables Safe & Dry™**

Références : 1 Jiménez Gómez MI et al. Breastfeed Med. 2021; 16(4):325-331. 2 Eaglstein WH. Dermatol Surg. 2001; 27(2):175-181. 3 Broussard KC, Powers JG. Am J Clin Dermatol. 2013; 14(6):449-459. 4 Nuutila K, Eriksson E. Adv Wound Care (New Rochelle,). 2021; 10(12):685-698. 5 Kronborg H et al. Matern Child Nutr. 2017; 13(1). 6 Coentro VS et al. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2022; 51(1):73-82. 7 Lauwers J. Second edition. Burlington MA: Jones & Bartlett Learning; 2016. 262 pages.

Symphony®

Des performances hospitalières fiables. Un nouveau confort mains libres à la maison.

Conçu pour les hôpitaux et une utilisation à domicile et basé sur des décennies de recherche clinique, le Symphony® est le tire-lait à la location n° 1.^{1,2} Il est cliniquement prouvé qu'il active, amplifie et maintient avec succès une production de lait adéquate, comparable à celle d'un bébé allaité.^{3,4}



Deux programmes d'expression fondés sur la recherche et basés sur le comportement naturel de succion du nourrisson allaité au sein.³



Le lait produit est jusqu'à 18 % plus abondant et avec une teneur énergétique plus élevée en cas de double expression.⁵



Collecteurs Hands-Free anatomiques pour plus de discrétion, de liberté de mouvement et de confort à la maison.

Références : 1 Breast pumps – based on distribution in maternity wards and NICUs 2 Based on MiBaby survey with 596 mums in Germany, March 2023 3 Meier PP et al. J Perinatol. 2012; 32(2):103–110. 4 Neville MC et al. Am J Clin Nutr. 1988; 48(6):1375–1386. 5 Prime DK et al. Breastfeed Med. 2012; 7(6):442–447.

Medela AG
Lattichstrasse 4b, 6340 Baar, Switzerland, www.medela.com



Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG
Georg-Kollmannsberger-Str. 2, 85386 Eching, Germany



Symphony® and Magic InBra™ are a medical device.



Désormais disponible avec les **collecteurs Hands-Free**

Disponibles en trois tailles. Les sets pour tire-lait traditionnels restent disponibles en option.

Recommandez Symphony® pour **aider les mères à surmonter les difficultés liées à l'allaitement** à tout moment de leur parcours.



Pour plus d'informations, scannez ce QR code.