



HAL
open science

Accompagnement à l'officine des mères allaitantes, de la naissance au sevrage de l'enfant

Claire Borione Lamoliatte

► **To cite this version:**

Claire Borione Lamoliatte. Accompagnement à l'officine des mères allaitantes, de la naissance au sevrage de l'enfant. Sciences pharmaceutiques. 2015. dumas-01153900

HAL Id: dumas-01153900

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01153900v1>

Submitted on 20 May 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2015

N° 19

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
Le 8 janvier 2015
Par Claire BORIONE LAMOLIATTE
Née le 02 septembre 1987 à Périgueux

**Accompagnement à l'officine
des mères allaitantes,
de la naissance au sevrage
de l'enfant**

Directeur de thèse:
Isabelle Baudrimont

Membres du Jury:

M le Professeur Jean-François QUIGNARD

Mme le Docteur Isabelle BAUDRIMONT

Mme le Docteur Odile MARI

Président du jury

Juge

Juge

Remerciements

A mon époux Alexandre, pour son amour, et avec qui partager ces longues études a été un grand bonheur et un soutien inestimable,

A ma fille chérie et adorée Quetty, qui m'a fait découvrir le plaisir d'allaiter et donné envie de faire cette thèse,

A ce petit bébé que j'attends, qu'il me tarde de prendre dans mes bras et de materner en mettant à profit tout ce que j'ai appris en faisant ce travail,

A mes parents chéris,

A mes 2 frères que j'aime, Arnaud et Edouard,

A mes beaux-parents,

A mes grands-parents,

A mon beau-frère Antoine,

A ma belle-sœur et mon beau-frère, Fanny et Nicolas,

A mes 3 charmants petits neveux, Margot, Benoît et Mathilde

Table des matières

Introduction.....	9
Première partie: Le point sur les bénéfices, les recommandations et l'épidémiologie de l'allaitement maternel.....	11
I.Rappels.....	12
I.A.Définitions.....	12
I.B.L'intérêt de l'allaitement.....	14
I.B.1.Bénéfices pour l'enfant.....	14
I.B.1.a.A court terme.....	14
I.B.1.a.1.Prévention des infections.....	14
I.B.1.a.2.Infections gastro-intestinales.....	15
I.B.1.a.3.Infections oto-rhino-laryngologiques (ORL) (rhinites, otites).....	16
I.B.1.a.4.Infections respiratoires basses (bronchites, bronchiolites).....	16
I.B.1.a.5.Développement psychoaffectif.....	16
I.B.1.a.6.AM et mortalité infantile.....	17
i.Mortalité globale.....	17
ii.Mort subite du nourrisson.....	17
I.B.1.a.7.Prévention de la maladie atopique.....	17
I.B.1.a.8.Cas particulier du prématuré.....	18
I.B.1.b.A long terme.....	19
I.B.1.b.1.Prévention de l'obésité.....	19
I.B.1.b.2.Prévention du risque vasculaire.....	19
I.B.1.b.3.Prévention du diabète de type 1.....	20
I.B.1.b.4.Prévention du diabète de type 2.....	21
I.B.1.b.5.Maladies inflammatoires du tube digestif.....	21
I.B.1.b.6.Prévention de pathologies cancéreuses.....	21
I.B.1.b.7.Développement neurocognitif.....	21
I.B.2.Bénéfices pour la femme qui allaite.....	22
I.B.2.a.Bénéfices du post-partum.....	22
I.B.2.b.Prévention des cancers du sein et de l'ovaire.....	22
I.B.2.c.Prévention des maladies cardiovasculaires.....	23
I.B.3.Autres intérêts.....	23
I.B.3.a.Sur le plan pratique.....	23
I.B.3.b.Sur le plan nutritionnel.....	25
I.B.3.c.Sur le plan économique.....	26
I.B.3.d.Sur le plan émotionnel.....	28
I.B.4.Résumé des bénéfices.....	28
I.C.Recommandations.....	29
II.Epidémiologie.....	32
II.A.Constat en France.....	32
II.A.1.Taux d'allaitement.....	32
II.A.1.a.Évolution des taux d'allaitement ces dernières années.....	33
II.A.1.b.Situation par rapport aux autres pays.....	34
II.A.2.Combien de temps allaite-t-on?.....	34
II.A.3.Répartition géographique.....	37
II.B.Les déterminants de la mise en route et de la durée de l'AM.....	39
II.B.1.Facteurs liés à la mère.....	41
II.B.1.a.Facteurs sociodémographiques et culturels.....	41
II.B.1.b.Expériences précédentes.....	42
II.B.1.c.Facteurs de choix personnel (intentions, motivations, décision d'allaiter).....	42

II.B.1.d.Préparation à la naissance.....	44
II.B.1.e.Croyances et représentations.....	44
II.B.1.f.Facteurs psychosociaux.....	45
II.B.1.g.Pratique de l'allaitement et des soins au bébé.....	46
II.B.1.h.État de santé et mode de vie de la mère.....	48
II.B.1.i.Situation d'emploi de la mère.....	49
II.B.2.Facteurs liés au bébé et à son état de santé.....	50
II.B.3.Facteurs liés à l'accouchement.....	51
II.B.4.Facteurs liés à l'entourage.....	53
II.B.5.Facteurs liés au système de santé.....	54
II.B.5.a.Pratiques hospitalières des soins mère/enfant.....	54
II.B.5.b.Soutien des professionnels de santé.....	55
II.B.5.b.1.Information des femmes.....	55
II.B.5.b.2.Information de l'entourage.....	59
II.B.6.Facteurs liés aux politiques de santé publique.....	60
II.B.6.a.Publicité sur les substituts de lait – distribution d'échantillons en maternité.....	60
II.B.6.b.Politiques d'emploi – congé de maternité.....	60
II.B.6.c.Initiative « Hôpital ami des bébés » (IHAB) de l'OMS/Unicef.....	61
III.Conclusion.....	63
IV.Propositions pour favoriser l'allaitement maternel en France.....	64
Deuxième partie: la physiologie de l'allaitement maternel, à la base de l'accompagnement à l'officine des mères allaitantes.....	67
I.Physiologie de l'allaitement.....	68
I.A.Pré-requis pour la lactation.....	68
I.B.Anatomie fonctionnelle du sein lactant	68
I.B.1.Aspect extérieur.....	68
I.B.1.a.L'aréole.....	68
I.B.1.b.Le mamelon.....	69
I.B.2.Contenu du sein.....	70
I.B.2.a.Acinus mammaire.....	72
I.B.2.b.Canaux galactophores.....	73
I.B.2.b.1.Galactophores lobulaires et lobaires	73
I.B.2.b.2.Galactophores terminaux	73
I.B.2.c.Tissu capillaire sanguin et lymphatique.....	73
I.B.2.d.Un tissu interstitiel adipo-conjonctif.....	74
I.B.3. Régulation hormonale de la mammo-genèse.....	74
I.C.La composition du lait maternel.....	75
I.C.1.L'eau.....	75
I.C.2.Les protéines.....	75
I.C.3.Les lipides.....	75
I.C.4.Les glucides.....	76
I.C.5.Les sels minéraux, oligo-éléments et vitamines hydrosolubles.....	76
I.D.Production de lait.....	78
I.E.Régulation du volume de lait produit.....	82
I.F.Transfert de lait.....	84
I.F.1.L'éjection.....	84
I.F.2.La succion, un jeu d'enfant.....	86
I.G.La capacité de stockage.....	91
I.H.Variations de la concentration en graisses.....	92
I.I.Modalités pratiques d'allaitement.....	93

I.I.1. Durée et fréquence des tétées.....	93
I.I.2. Lactation et modalités des tétées.....	94
I.J. Les conditions pour un bon démarrage.....	96
I.J.1.A la naissance.....	96
I.J.2. Dans les heures et les jours qui suivent.....	97
I.J.3. De retour à la maison.....	99
II. Les difficultés rencontrées: exemple d'un enquête en région Loire-Nord Ardèche .	101
II.A. Les différentes complications.....	102
II.A.1. Les douleurs mammaires.....	102
II.A.1.a. Sans lésions.....	102
II.A.1.a.1. Définition et conséquences.....	102
II.A.1.a.2. Causes.....	103
II.A.1.a.3. Adopter une bonne position.....	103
II.A.1.a.4. Vérifier la bonne prise du sein.....	108
II.A.1.a.5. Prise en charge.....	111
i. La prévention ou traitement de la cause.....	111
ii. La douleur.....	112
II.A.1.b. Avec lésions: les gerçures et les crevasses	116
II.A.1.b.1. Définitions.....	116
II.A.1.b.2. Conséquences.....	116
II.A.1.b.3. Origines.....	117
II.A.1.b.4. Prise en charge.....	119
i. La prévention ou traitement de la cause.....	120
ii. La douleur.....	120
iii. La cicatrisation.....	120
II.A.2. Retard de la montée de lait, manque de lait et prise de poids insuffisante	124
II.A.2.a. Retard de la montée de lait.....	124
II.A.2.a.1. Rappel du rythme du nouveau-né lors de cette période charnière	124
II.A.2.a.2. Les causes du retard.....	126
i. Sucction inefficace ou absente	126
ii. Le stress	126
iii. L'obésité, le surpoids	126
iv. Le diabète	126
v. La prématurité.....	127
vi. Autres facteurs	127
II.A.2.b. La prise de poids insuffisante et la perception d'un manque de lait .	128
II.A.2.b.1. Rappel sur le rythme de vie du nourrisson pour déceler « les fausses alertes ».....	130
i. Le bébé tête très souvent.....	130
ii. Le bébé semble avoir faim peu de temps après avoir été nourri.....	131
iii. Les seins coulent très peu ou pas du tout.....	132
iv. Le bébé est maussade.....	133
v. Le bébé augmente brusquement la fréquence et/ou la durée des tétées	134
vi. Le bébé diminue brusquement la durée de la tétée.....	134
vii. Le bébé prend un biberon après la tétée.....	135
viii. Conclusion.....	135
II.A.2.b.2. Comment savoir si le bébé reçoit assez de lait?.....	136
II.A.2.b.3. Définition et contexte de la prise de poids insuffisante.....	139

i.A la maternité.....	139
ii.En cours d'allaitement.....	140
II.A.2.b.4.Circonstances.....	143
i.mauvaise pratique de l'allaitement.....	143
ii.causes liées au bébé.....	144
iii.causes liées à la mère.....	145
II.A.2.c.Prise en charge.....	146
II.A.2.d.Les galactogogues.....	150
II.A.2.d.1.Précautions d'emploi.....	150
II.A.2.d.2.La dompéridone.....	151
II.A.2.d.3.Le métoclopramide.....	152
II.A.2.d.4.Le sulpiride.....	154
II.A.2.d.5.La chlorpromazine.....	154
II.A.2.d.6.La somatropine.....	154
II.A.2.d.7.L'ocytocine.....	154
II.A.2.d.8.Les spécialités homéopathiques.....	155
II.A.2.d.9.Les plantes médicinales.....	156
i.Le fenugrec.....	156
ii.Autres plantes.....	156
iii.Le galactogil.....	158
II.A.2.d.10.La bière.....	158
II.A.2.d.11.La carotte et le quinoa.....	158
II.A.2.e.Conclusion.....	159
II.A.3.Le point sur l'utilisation de compléments	160
II.A.3.a.Indication des compléments et état de leur consommation.....	160
II.A.3.b.Pourquoi ne faut-il pas conseiller de biberons de compléments en dehors de ces indications?.....	163
II.A.3.c.Si un complément s'avère indispensable.....	165
II.A.3.c.1.Le Dispositif d'Aide à la Lactation.....	166
II.A.3.c.2.Alimentation à la tasse.....	168
II.A.3.c.3.Alimentation au doigt.....	169
II.A.3.c.4.Alimentation au biberon.....	170
II.A.3.c.5.Alimentation solide.....	171
II.A.3.c.6.Conclusion	171
II.A.4.L'engorgement.....	172
II.A.4.a.Engorgements précoces.....	172
II.A.4.a.1.La « montée de lait ».....	172
II.A.4.a.2.L'engorgement aréolaire.....	173
i.Description.....	173
ii.Traitement	174
II.A.4.a.3.Les engorgements du post-partum précoce.....	175
II.A.4.b.Engorgements tardifs.....	176
II.A.4.b.1.Symptômes de l'engorgement tardif.....	176
II.A.4.b.2.Mécanisme.....	176
II.A.4.b.3.Facteurs favorisants.....	177
II.A.4.b.4.Risques.....	177
II.A.4.c.Prévention.....	177
II.A.4.d.Traitement.....	178
II.A.4.d.1.Améliorer la circulation sanguine.....	178
II.A.4.d.2.Favoriser l'écoulement de lait.....	179
II.A.4.d.3.Diminuer l'inflammation et traiter les douleurs.....	180

II.A.4.d.4.Prévenir le risque de surinfection.....	180
II.A.4.d.5.Faire une contre-pression aréolaire.....	180
II.A.4.e.Erreurs à éviter.....	180
II.A.5.Canal lactifère bouché, mastites et abcès.....	181
II.A.5.a.Le canal lactifère bouché.....	181
II.A.5.a.1.Description.....	181
II.A.5.a.2.Causes.....	181
II.A.5.a.3.Conseils.....	182
II.A.5.b.Les mastites.....	183
II.A.5.b.1.La mastite inflammatoire.....	183
i.Symptômes.....	183
ii.Mécanismes.....	183
iii.Risques.....	184
iv.Facteurs favorisants.....	184
v.Traitement.....	184
II.A.5.b.2.La mastite infectieuse.....	186
i.Origine de l'infection.....	186
ii.Traitement.....	186
II.A.5.c.L'abcès.....	189
II.A.6;Les candidoses mammaires.....	191
II.A.6.a.Mycose superficielle cutanée.....	191
II.A.6.a.1.Symptômes.....	191
II.A.6.a.2.Facteurs favorisants.....	192
II.A.6.a.3.Traitements.....	193
II.A.6.b.Candidose mammaire invasive.....	195
II.A.6.c.Symptômes cliniques.....	196
II.A.6.d.Traitements.....	196
II.A.7)L'hyperlactation.....	197
II.A.7.a.Symptômes chez la mère.....	197
II.A.7.b.Symptômes chez l'enfant.....	198
II.A.7.c.Conseils.....	199
II.A.8;L'enfant prématuré.....	201
II.B.Recueil, conservation et préparation du lait maternel.....	204
II.B.1.Le recueil.....	204
II.B.1.a.Quand et pourquoi recueillir du lait?.....	204
II.B.1.b.L'expression manuelle.....	204
II.B.1.b.1.Situations où l'expression manuelle est utile.....	204
II.B.1.b.2.Conseils.....	205
II.B.1.c.L'expression à l'aide d'un tire-lait.....	207
II.B.1.c.1.Tire-lait manuel.....	207
II.B.1.c.2.Tire-lait électrique.....	207
i.Réglage de la dépression.....	207
ii.Réglage de la cadence de succion.....	208
iii.Systèmes à simple et double-pompage.....	208
II.B.1.c.3.Conseils de l'équipe officinale lors de la location d'un tire-lait...211	
i.Cerner les besoins de chaque mère.....	211
ii.Les différents types de téterelles disponibles à l'officine.....	212
iii.Parler de la conservation du lait et des contenants utilisables.....	214
iv.Rappeler les règles d'hygiène.....	214
v.Conseils concernant l'ambiance.....	215

vi.Démonstration de l'usage du tire-lait et de l'assemblage des tétérelles	215
vii.Durée de la séance d'expression	215
II.B.2.Quelle quantité de lait exprimée donner au nourrisson?	217
II.B.3.La conservation	218
II.B.3.a.En pratique	218
II.B.3.b.Conseils de l'équipe officinale	220
II.B.3.c.Les récipients de conservation	221
II.B.3.c.1.Sachets de conservation du lait maternel	221
i.Avantages	221
ii.Inconvénients	221
iii.Conseils de l'équipe officinale	221
II.B.3.c.2.Pots de conservation de lait maternel	222
i.Avantages	222
ii.Inconvénients	222
iii.Conseils de l'équipe officinale	222
II.B.4.Le réchauffage du lait maternel	223
II.B.5.Le transport	223
II.C.La reprise du travail	224
II.C.1.Les notions à connaître	224
II.C.1.a.Reprendre le travail le plus tard possible est préférable	224
II.C.1.b.La loi	225
II.C.1.c.Période sensible	227
II.C.1.d.Âge de l'enfant et notion d'exclusivité	228
II.C.1.e.Les mères ont besoin d'un matériel récent et adapté à leur situations	228
II.C.2.Conseils	228
II.C.2.a.Notions générales	228
II.C.2.a.1.Technique permettant de générer un stock de lait	228
II.C.2.a.2.Situations dans lesquelles un stock de lait maternel est nécessaire	229
II.C.2.a.3.Calcul de la quantité de lait maternel à prévoir	230
II.C.2.a.4.Lors des séparations: maintien de la lactation par des expressions régulières	231
II.C.2.a.5.Lors des retrouvailles: allaitement à la demande	232
II.C.2.a.6.Jours de repos, week-ends ou vacances: allaitement à la demande	232
II.C.2.b.Adaptation des conseils à la situation rencontrée	233
II.C.2.c.Conseils supplémentaires	234
II.D.Le sevrage	235
II.D.1.L'arrêt précoce	236
II.D.2.L'arrêt tardif	239
III.Se placer en tant que professionnel de santé et créer un espace de liberté	242
Conclusion	247
Bibliographie	249
Annexe 1	255
Annexe 2	256
Annexe 3	257

Introduction

Chaque espèce a son alimentation spécifique. Dans l'espèce humaine, le nourrisson a le lait maternel. La femme-mère sécrète du lait, ce lait marque sa qualité de femme, sa compétence maternelle.

L'allaitement maternel (AM) est un acte inné (biologiquement prévu dans l'espèce), car nous sommes des mammifères. Mais ce n'est pas instinctif, pour nous qui sommes des mammifères très influencés par notre environnement. C'est une pratique intime, dont la décision est de la responsabilité de chaque femme, une pratique à replacer dans l'histoire et la culture de chaque société. Dans une société française où l'alimentation au biberon est devenue la norme depuis de nombreuses générations, où des règles strictes ont été imposées aux mères pour l'alimentation des enfants, de nombreuses femmes ont perdu confiance dans leur capacité à allaiter, et la plupart des parents et des professionnels de santé ont encore du mal à concevoir un rythme d'alimentation totalement décidé par l'enfant.

L'AM est aussi une question de santé publique, à la lumière des bénéfices pour la santé de l'enfant allaité et de sa mère, à court, moyen et long terme.

Le choix de l'alimentation du nourrisson se pose à la future mère avant et pendant la grossesse. Parmi les professionnels de santé, le pharmacien d'officine est en contact très étroit avec la population, qu'il peut conseiller et orienter au quotidien dans de nombreux domaines, dont celui de l'allaitement.

Dans le respect absolu des convictions de chaque femme et pour lui permettre de prendre sa décision dans les meilleures conditions possibles, il est de la responsabilité du pharmacien de donner une information claire, objective et loyale sur les bénéfices de l'allaitement et sur sa pratique.

L'allaitement est le continuum physiologique de la grossesse pour la mère et pour l'enfant. Il favorise les adaptations néonatales et un développement optimal de l'enfant par sa composition et par le lien affectif particulier qui se crée autour des tétées. Le lait maternel est un aliment « parfait », vivant, impossible à reproduire artificiellement et de composition variable en fonction de l'âge et des besoins de chaque enfant.

Malgré ces bénéfices et des recommandations, clairement établis depuis de nombreuses années, la prévalence et la durée de l'allaitement en France sont parmi les plus bas d'Europe. De nombreux facteurs socio-économiques, psychologiques, de pratiques hospitalières ou de politiques de santé entrent en compte.

Le pharmacien doit aussi informer les mères de la physiologie du post-partum et de l'allaitement. La maman a besoin de soutien et d'informations pour accepter, comprendre les bonnes pratiques d'allaitement et bien vivre son allaitement.

De nombreuses maternités ont fait ces dernières années un travail considérable pour la promotion et le soutien de l'allaitement. Mais de retour à domicile, les demandes croissantes des femmes allaitantes se retrouvent confrontées à un manque de professionnels de santé suffisamment formés en matière d'allaitement.

Souvent sollicité par les mamans en quête d'informations ou qui viennent acheter à l'officine des accessoires d'allaitement, ou louer un tire-lait, le pharmacien a une place de choix pour donner des techniques d'allaitement, dispenser des conseils pratiques et thérapeutiques et lutter contre les idées reçues, comme l'incompatibilité avec la reprise d'activité professionnelle.

Protéger les bébés en faisant en sorte que leurs mères puissent les allaiter aussi longtemps qu'elles le voudraient devrait être un devoir de la société, et d'autant plus, des professionnels de santé.

Cette thèse a pour objectif de détailler les bénéfices de l'allaitement maternel, de rappeler les recommandations et de faire un état des lieux de l'allaitement maternel en France. Puis elle aborde la physiologie afin d'expliquer la conduite optimale de l'allaitement et de proposer une prise en charge des différentes difficultés rencontrées. Enfin, cette thèse décrit les modalités de recueil et de conservation du lait maternel, propose des conseils pour la reprise du travail et le sevrage.

Première partie:

Le point sur les bénéfices, les recommandations et l'épidémiologie de l'allaitement maternel

I. Rappels

I.A. Définitions ^{[1][2][3][9][74]}

Le terme **Allaitement Maternel** est réservé à l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère.

Le **colostrum** est un « premier lait » qui évolue vers le lait mature au bout de quelques jours. Dès le deuxième trimestre de la grossesse, la fabrication du colostrum se met en route. De couleur jaune orangé, cette sécrétion lactée est très riche en protéines et en anticorps, ce qui en fait un aliment de choix, tout à fait adapté aux besoins de l'enfant pendant les 48 à 72 heures qui suivent sa naissance.

Des définitions précises concernant le mode d'allaitement sont utilisées.

- **AM exclusif:** le nourrisson ne reçoit aucun aliment ni boisson autre que le lait maternel (y compris de l'eau), à l'exception de médicaments, de gouttes de vitamines, de sels minéraux lorsque cela est nécessaire. Le lait maternel exprimé, c'est-à-dire provenant de la mère, d'une banque de lait ou d'une nourrice est considéré dans cette catégorie d'allaitement.

Les autres formes d'allaitement peuvent être caractérisées de partielles.

- **AM prédominant:** le nourrisson peut recevoir l'eau, les liquides à base d'eau (eau sucrée, tisane) et les jus de fruits, de même que les médicaments et gouttes de vitamines ou de sels minéraux. Les préparations commerciales pour nourrisson, les « liquides » à base d'aliments, type bouillies de céréales délayées et les laits d'origine animale sont exclus de cette catégorie.
- **Allaitement mixte:** l'enfant reçoit du lait maternel et des préparations pour nourrissons, éventuellement des liquides (eau, eau sucrée, tisane, jus de fruits). Les aliments semi-solides ou solides, le lait de vache, les laits d'autres animaux et les « laits végétaux » sont exclus.
- **Alimentation artificielle:** ce mode d'alimentation est composé de préparation commerciale pour nourrisson ou de tout autre substitut du lait maternel. Le nouveau-né qui est nourri par alimentation artificielle ne reçoit donc pas de lait humain et de ce fait n'est pas allaité.
- **Alimentation de complément ou allaitement maternel avec diversification:** l'enfant reçoit du lait maternel, quel que soit le degré d'exclusivité, avec ou sans préparations pour nourrissons, et consomme régulièrement au moins un aliment semi-solide ou solide, du lait de vache, du lait d'autres animaux ou des « laits végétaux ». La notion de régularité,

permettant de définir la diversification pour un groupe donné d'aliments, correspond à la consommation de l'un de ces aliments ne se limitant plus au simple fait d'avoir fait goûter ponctuellement cet aliment. Le groupe d'aliments est alors considéré comme étant introduit dans l'alimentation de l'enfant.

Remarque: la réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé est considérée comme un AM même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein.

I.B. L'intérêt de l'allaitement

I.B.1. Bénéfices pour l'enfant

I.B.1.a. A court terme

I.B.1.a.1. Prévention des infections [2][7]

Depuis des millénaires, les enfants nourris au sein ont une mortalité plus faible que ceux qui n'étaient pas allaités par leur mère ou une nourrice; c'est au début des années 1900 que le docteur Henri Tissier a observé la présence de bifidus dans les selles de nouveau-nés au sein et a suggéré son rôle dans la diminution de l'incidence des diarrhées infectieuses. De nombreux facteurs de protection ont été identifiés dans le lait de mère:

Tableau 1: « Facteurs anti-infectieux » du lait de femme [2]

Facteurs	Rôles
Hormones gastro-intestinales (bombésine, colestyramine; peptide YY, vasoactive intestinal peptide), ACTH, TRH	Trophicité de l'épithélium intestinal Synthèse des mucines Effet immunomodulateur
Cortisol	Maturation des cellules muqueuses; modification du profil de glycosylation des microvillosités
Facteurs de croissance	Croissance et différenciation intestinale
Cytokines	Réponse anti-infectieuse
Lactoferrine	Activité bactéricide, inhibe le processus d'adhésion
Nucléotides	Métabolisme du fer Croissance cellulaire
Oligosaccharides	Prébiotiques
Lysozyme	Action bactéricide
Kappa caséine glycosylée	Inhibition de l'adhésion bactérienne aux muqueuses digestives Facteur d'inhibition du développement bactérien
Alpha lactalbumine	Activité anti-microbienne
IgA sécrétoire; IgM; IgG	Anticorps antibactérien / viral / fongique
Cellules immunitaires (lymphocytes, polynucléaires, macrophages)	Destruction des micro-organismes par phagocytose

ACTH: adrenocorticotrophic hormone; TRH: thyrotropin releasing hormone; Ig: immunoglobulines.

Ces facteurs anti-infectieux spécifiques et non spécifiques interfèrent directement avec des agents pathogènes communs (*Haemophilus influenzae*, streptocoque B, *Staphylococcus epidermidis*, *Giardia lamblia*, *Escherichia coli*, rotavirus, virus respiratoire syncytial, herpes simplex virus 1, etc.).

Les enfants alimentés au lait artificiel ont un pH de leurs selles plus élevé, une colonisation par des germes pathogènes (*Escherichia coli*, *Clostridium difficile*, *Bacteroides fragilis*), un volume thymique réduit et sont exposés à des antigènes étrangers.

Les oligosaccharides, cytokines et immunoglobulines présents dans le lait de femme régulent la colonisation intestinale, le développement du tissu lymphoïde et gouvernent la différenciation des lymphocytes T. Le taux d'IgA pendant tout le premier mois de vie est corrélé au taux de TGF- β (transforming growth factor-beta) dans le colostrum, ce qui, pour les chercheurs, pourrait indiquer que le TGF- β contenu dans le colostrum sert de « starter » pour la production d'IgA chez les nourrissons. Le lait maternel joue donc un rôle dans les défenses et la tolérance immunitaires.

Une étude menée en collaboration par les Universités de l'Illinois, de Miami et de l'Arkansas montre que les différences dans la colonisation bactérienne de l'intestin du nourrisson, liées à son mode d'alimentation (AM ou artificiel), entraînent des changements dans l'expression des gènes impliqués dans le système immunitaire du nourrisson.

L'AM favorise la population microbienne bénéfique de l'intestin : l'étude montre que les bébés nourris au lait maternel ont une colonisation bactérienne plus diversifiée que les bébés nourris par préparation artificielle. Les scientifiques ont également découvert un lien entre l'expression des gènes dans les bactéries et les gènes du système immunitaire chez le bébé. Les bébés nourris au sein avaient plus de bactéries gram-négatives que les bébés nourris au lait artificiel. Les bactéries gram-négatives ont des gènes qui, bien que classés comme « virulents », peuvent activer le système immunitaire.

I.B.1.a.2. Infections gastro-intestinales [2]

L'AM a un effet protecteur vis-à-vis des infections gastro-intestinales lors de la première année de vie. Il diminue l'incidence et la sévérité des diarrhées aiguës bactériennes et virales, particulièrement à rotavirus. Les chercheurs Chien et Howie retrouvent un risque multiplié par 2,8 en cas d'allaitement artificiel et l'étude Promotion of breast-feeding intervention trial (PROBIT) un risque multiplié par 1,7.

I.B.1.a.3. Infections oto-rhino-laryngologiques (ORL) (rhinites, otites) [2]

44 % des enfants ont au moins une otite moyenne aiguë dans leur première année. Le risque est multiplié par deux en cas d'allaitement artificiel versus AM exclusif de plus de 3 mois.

I.B.1.a.4. Infections respiratoires basses (bronchites, bronchiolites) [2]

Un AM exclusif de plus de 4 mois réduirait leur incidence d'un facteur 3,6.

I.B.1.a.5. Développement psychoaffectif [11][12][9][2]

L'AM favorise la croissance physique et affective de l'enfant et privilégie le lien mère-enfant.

Le lait intrique les corps de la mère et du bébé, il lie ou relie, il est déni de la séparation, « allaiter, c'est ne pas couper le cordon », il permet une continuité entre la vie intra- et extra-utérine, une prolongation des interactions biologiques et montre qu'« il y a plus de continuité entre la vie intra-utérine et la toute petite enfance que l'impressionnante césure de l'acte de la naissance ne nous donnerait à croire » (Freud, 1926).

Recevoir le lait du sein de la mère, c'est percevoir l'odeur, la chaleur des bras maternels.

En effet, l'allaitement induit des contacts peau-à-peau fréquents; le toucher joue un grand rôle pour le nouveau-né qui prend connaissance du monde qui l'entoure à travers ces premiers contacts. Le bébé reconnaît l'odeur de sa mère et celle de son lait, tout comme la mère sait distinguer l'odeur de son bébé. Or le lien d'attachement se tisse aussi autour de l'odeur reconnue.

La démonstration scientifique du rôle propre de l'AM dans ses bénéfices affectifs pour l'enfant et pour la mère est difficile. La controverse porte surtout sur le fait que l'effet pourrait être lié au contexte affectif de l'AM mais certains bénéfices pourraient être rapportés aux facteurs biologiques du lait de femme, comme sa richesse en acides gras polyinsaturés (DHA, acides aminés) et en acide sialique, intervenant dans la maturation de la rétine et du cortex cérébral et dans la synthèse des sphingolipides. Le rôle de la relation d'attachement qui s'instaure entre la mère et l'enfant qu'elle allaite et son effet stimulant sur le développement cognitif est indiscutable. Un schéma conceptuel a été dessiné par les chercheurs Michaelsen et coll., expliquant que le comportement maternel pouvait être à la fois un facteur confondant comme un médiateur et que l'AM lui-même modulait le comportement maternel.

I.B.1.a.6. AM et mortalité infantile [2]

i. Mortalité globale

Après ajustement sur différents paramètres (âge maternel, éducation, tabagisme, ethnie, sexe, poids de naissance, malformations congénitales, parité...), l'allaitement artificiel serait associé à une recrudescence de mortalité infantile (facteur 1,3).

ii. Mort subite du nourrisson

Une méta-analyse récente montre un risque accru de survenue d'une mort subite du nourrisson (facteur 1,6 à 2,1) en cas d'allaitement artificiel. Une étude cas-contrôle confirme le doublement du risque en l'absence d'AM à 1 mois.

Ce rôle préventif dépend de l'exclusivité et de la prolongation de l'AM.

I.B.1.a.7. Prévention de la maladie atopique [2][13]

La prévention de la maladie atopique est plus controversée; étroitement dépendante du terrain et de la prolongation de l'AM, elle peut nécessiter un régime d'éviction de la mère pour certains allergènes.

- Pour l'allergie alimentaire, la prévention est effective en cas de terrain atopique et d'allaitement exclusif pendant les six premiers mois, mais les allergènes alimentaires passent dans le lait maternel et peuvent induire une sensibilisation précoce.
- La dermatite atopique: un enfant alimenté au lait artificiel ou au lait de sa mère moins de 3 mois aurait 1,7 fois plus de risques de développer une dermatite atopique au cours de la première année de vie.
- L'asthme: le risque de développer un asthme est multiplié par 1,7 en cas d'allaitement artificiel par rapport à un AM supérieur à 3 mois en cas de terrain atopique, et d'un facteur 1,4 en l'absence de terrain atopique familial.

Certaines études ne remettent aucunement en question le bénéfice global de l'allaitement maternel mais soulignent que l'impact à long terme de l'allaitement maternel dans la prévention des allergies n'est pas établi aujourd'hui et que dans cet objectif l'allaitement est parfois délétère.

Les recommandations nationales et internationales sont de privilégier un AM exclusif durant 6 mois puis d'introduire une diversification de 4 à 6 mois et de n'envisager une éviction alimentaire qu'après analyse précise des circonstances familiales et individuelles et avis spécialisé.

I.B.1.a.8. Cas particulier du prématuré [2][73]

Un nourrisson est prématuré lorsqu'il naît avant la fin de la 37^{ème} semaine de grossesse.

La supériorité nutritionnelle et immunologique du lait de femme par rapport au lait artificiel est unanimement reconnue. Certains enfants à haut risque et plus particulièrement les prématurés de terme inférieur à 32 semaines d'aménorrhée (SA) et/ou de poids inférieur à 1500 g voient leur pronostic digestif, neuropsychomoteur et leur croissance améliorés significativement par l'utilisation de lait de femme. Sur le plan immunitaire, le lait de femme est un des principaux facteurs préventifs de l'entérocolite ulcéro-nécrosante (réduction du risque d'un facteur 2,4 [5 %] et de la mortalité associée de 15 %, soit un cas évité pour 20 prématurés recevant du lait de femme).

Pour autant, et afin d'obtenir une croissance postnatale calquée sur la croissance fœtale et surtout de prévenir la survenue d'un retard de croissance postnatal acquis, une phase d'enrichissement du lait de femme est parfois nécessaire afin d'atteindre l'apport protidico-énergétique recommandé chez les plus immatures (pour 135 – 200 mL/Kg/j, 110 – 135 kcal/Kg/j, 3 – 4,5 g/Kg/j de protides).

Le tableau suivant compare la composition du lait maternel lors d'une naissance prématurée avec celle du lait maternel lors d'une naissance à terme et avec celle du lait artificiel pour prématurés. Les valeurs indiquées sont obtenues lorsque l'enfant boit 150 mL/Kg/jour du lait correspondant.

Tableau 2: Particularités de la composition du lait maternel (LM) pour prématurés [73]

Besoins d'un prématuré	LM de naissance prématurée		LM à terme	Lait artificiel
	1 semaine	4 semaines	4 semaines	
Besoins en énergie: 130 kcal/Kg/j	100 kcal	105 kcal	105 kcal	128 kcal
Graisses: 6-7 g/Kg/j	5,7 g	6,2 g	4,5 g	6,5 g
Protéines: 3,5 g/Kg/j	3,6 g	2,7 g	2,4 g	3,5 g
Hydrates de carbone: 12-18 g/Kg/j	9,0 g	10,4 g	10,5 g	14,0 g
Calcium: 130 mg/Kg/j	38,0 mg	33,0 mg	42,0 mg	150,0 mg
Phosphore: 70 mg/Kg/j	21,0 mg	21,0 mg	23,0 mg	79,0 mg

- Colonnes 1 et 2: LM de mères de prématurés à la 1^{ère} et à la 4^{ème} semaine après la naissance.
- Colonnes 3: LM issu de mères ayant accouché à terme (composition: 4 semaines après l'accouchement).
- Colonne 4: lait artificiel pour enfant prématuré.

I.B.1.b. A long terme

I.B.1.b.1. Prévention de l'obésité [2][6][14]

L'un des chevaux de bataille du PNNS (Programme National Nutrition Santé) est la prévention des pathologies associées à une mauvaise nutrition (obésité, diabète, pathologies cardiovasculaires) qui pèsent lourd dans les dépenses de l'assurance maladie.

L'équilibre sur le plan quantitatif et qualitatif de certains nutriments (acides gras, protéines, sodium) du lait de femme s'inscrit dans les objectifs prioritaires et spécifiques du PNNS et est redéfini dans le plan d'action Allaitement maternel « Proposition d'action pour la promotion de l'Allaitement maternel » (rapport de juin 2010 du professeur D. Turck).

Plusieurs études dans le monde ont démontré un rôle protecteur de l'AM vis-à-vis de l'obésité à l'enfance et l'adolescence (réduction de 20 à 25 %). Mais une étude récente menée par l'université de médecine de Montréal ne retrouve pas cette notion à l'âge de 6,5 ans.

Les mécanismes commencent à être identifiés. Il existerait une meilleure régulation de la quantité de lait ingérée par l'enfant au sein. Les insulinémies des enfants alimentés par des préparations pour nourrisson sont plus élevées, ce qui pourrait stimuler l'adipogenèse. Le rôle de l'adipokine a aussi été évoqué dans le contrôle des apports énergétiques. Les nourrissons au sein semblent mieux apprécier par la suite les nouvelles saveurs, ce qui pourrait faciliter la diversification au bénéfice des légumes et des fruits, limitant les néophobies. Cette spécificité a été retrouvée dans plusieurs études chez l'animal; des informations chémosensorielles seraient véhiculées in utero par le liquide amniotique, puis le lait maternel prendrait le relais, permettant le développement de préférences gustatives similaires au régime diversifié maternel et facilitant la transition vers les aliments solides.

I.B.1.b.2. Prévention du risque vasculaire [2]

Une vingtaine d'études aux résultats contradictoires ont porté sur l'association AM et hypertension artérielle et/ou hypercholestérolémie.

- une méta-analyse portant sur 24 études a montré une diminution, en moyenne, de 1,1mm Hg de la tension artérielle systolique chez les sujets (grands enfants, adolescents et adultes) qui ont reçu un AM. Trois hypothèses physiopathologiques sont actuellement retenues: rôle des acides gras polyinsaturés par leur effet sur la structure des membranes cellulaires de l'endothélium vasculaire, la faible teneur en sodium du lait de femme, la programmation de la préférence alimentaire ultérieure.

- une méta-analyse à partir de 34 études a permis d'évaluer l'impact de l'AM sur la cholestérolémie. Les chiffres varient selon l'âge des sujets: les nourrissons allaités ont une cholestérolémie plus élevée; au cours de l'enfance et de l'adolescence, il n'existe pas de différence alors que la cholestérolémie des adultes ayant été allaités par leur mère est plus basse. Chez le prématuré, une étude prospective randomisée a montré qu'à l'adolescence, ceux ayant reçu du lait de femme ont un rapport High Density Lipoprotein (HDL) / Low Density Lipoprotein (LDL) plus bas. L'hypothèse pourrait être qu'un apport élevé en cholestérol en période néonatale constituerait un stimulus nutritionnel qui favoriserait une programmation de la régulation de l'activité 3-hydroxy-3-méthylglutaryl-coenzyme A (HMGCoA) réductase ou des récepteurs LDL qui persisterait à long terme. D'autres spécificités biologiques du lait de femme pourraient favoriser ce profil comme la présence de certaines hormones (leptine, hormones thyroïdiennes).

Cet effet préventif du lait de mère vis-à-vis des pathologies coronariennes de l'adulte est probablement multifactoriel: corpulence, préférences alimentaires, tension artérielle, cholestérolémie, distensibilité artérielle.

I.B.1.b.3. Prévention du diabète de type 1 [2]

Des facteurs génétiques ont été clairement identifiés dans la survenue de cette pathologie auto-immune mais des facteurs environnementaux seraient aussi impliqués (hygiène, vaccinations, pratiques alimentaires).

L'étude Trial to Reduce type I Diabetes in the Genetically at Risk (TRIGR) a mis en évidence des taux sériques d'anticorps anti-insuline bovine et antilactoglobuline plus faibles chez les nourrissons recevant une formule hydrolysée par comparaison avec un lait à base de protéines du lait de vache.

Le risque de développer un diabète de type 1 est diminué d'un facteur 1,2 à 1,4 en cas d'AM exclusif supérieur à 3 mois.

Cet effet protecteur se base sur des arguments épidémiologiques et sur des modèles animaux; s'il est effectif, c'est essentiellement pour les enfants à fort risque génétique de diabète de type 1 (groupe Human Leukocyte Antigen [HLA] à haut risque). Il paraît donc raisonnable de recommander l'AM pour les fratries comprenant déjà un enfant ayant un diabète de type 1.

I.B.1.b.4. Prévention du diabète de type 2 [73]

L'allaitement maternel est associé à une baisse du risque de diabète de type 2 d'environ 40 % (OMS, 2007).

I.B.1.b.5. Maladies inflammatoires du tube digestif [2]

Autant d'études sont en faveur d'un rôle protecteur que d'autres qui prouvent le contraire vis-à-vis de la rectocolite hémorragique et de la maladie de Crohn.

I.B.1.b.6. Prévention de pathologies cancéreuses [2]

Un rôle protecteur mais discuté a pu être prouvé pour l'enfant allaité exclusivement plus de six mois vis-à-vis des leucémies lymphoïdes (facteur 1,3) et myéloïdes (facteur 1,2). L'hypothèse physiopathologique impliquerait certains facteurs immunitaires du lait de femme participant à la prévention d'infections virales impliquées dans la survenue de ces leucémies.

I.B.1.b.7. Développement neurocognitif [2]

Les résultats sur ce point sont contradictoires depuis la première publication sur le sujet par les chercheurs Hoefler et coll. en 1929. Un effet dose-réponse quant au rôle bénéfique de l'AM a été mis en évidence par plusieurs études. Les enfants allaités 4 à 7 semaines n'ont pas d'amélioration de leur coefficient de développement alors que ceux allaités plus de 28 semaines gagnent 2,9 points. Le rôle des acides gras polyinsaturés pouvait expliquer cette différence car à l'époque, les laits artificiels n'étaient pas supplémentés. Depuis, le rôle direct du lait de femme sur la croissance cérébrale, et plus spécifiquement le développement de la substance blanche, a été démontré.

L'intérêt d'une supplémentation en acides gras polyinsaturés de la série $\omega 3$ du régime maternel pourrait avoir toute sa place pour l'amélioration du score cognitif de ces enfants allaités. À l'inverse, le risque d'exposition postnatale à des polluants de l'environnement (méthylmercure, biphényles polychlorés...) doit être évoqué et pourrait limiter le bénéfice du lait de femme en s'ajoutant à une exposition anténatale. Cette exposition doit être réduite au maximum.

I.B.2. Bénéfices pour la femme qui allaite

I.B.2.a. Bénéfices du post-partum [2][4]

Les sécrétions hormonales (ocytocine) provoquées par les mises au sein facilitent l'involution utérine et limitent le risque d'infection du post-partum.

La perte de poids dans les six premiers mois est facilitée. La dépense calorique estimée en 2 mois d'AM exclusif est de 5520 kcal, ce qui correspond à une mobilisation de 600 g de graisse et donc à la perte de poids additionnelle à 6 mois d'AM exclusif.

Contrairement à certaines idées reçues, la densité osseuse revient à la normale après le sevrage et donc l'AM ne favorise pas la survenue d'une ostéoporose, il diminuerait même le risque d'ostéoporose .

Enfin, il diminue les risques d'hémorragies du post-partum et les carences martiales secondaires.

I.B.2.b. Prévention des cancers du sein et de l'ovaire [2]

[10]

Chaque année d'allaitement est associée à une diminution de 4,5 % du risque de cancer invasif du sein. Une femme qui n'a pas allaité a 1,4 fois plus de risque de développer un cancer en préménopause. Cette notion n'est pas retrouvée pour la période postménopausique. Le rôle d'une différenciation extrême du tissu mammaire liée à la lactogénèse a été évoqué.

Quant au cancer de l'ovaire, une méta-analyse récente a mis en évidence que le risque de développer un cancer de l'ovaire était multiplié par 1,3 chez les femmes n'ayant pas allaité par rapport à celle ayant allaité 18 mois ou plus. Un certain degré de protection supplémentaire en cas d'antécédent de mastite liée à la présence d'anticorps antimucine (MUC1) a été retrouvé.

Une étude menée par des chercheurs australiens de la Curtin University, entre août 2006 et juillet 2008 dans la province de Guangdong(Chine), montre une association bénéfique entre allaitement et le risque de cancer de l'ovaire. Menée sur 493 femmes chinoises diagnostiquées avec un cancer de l'ovaire et 472 volontaires en bonne santé du même âge, âgées en moyenne de 59 ans, l'étude a analysé les données d'un questionnaire validé, portant sur la durée de l'allaitement et le nombre d'enfants allaités. Une association inverse significative et dose-dépendante a été identifiée entre l'allaitement, sa durée et le nombre d'enfants allaités. Ainsi:

- pour une femme ayant allaité au moins 31 mois dans sa vie, le risque de cancer de l'ovaire est réduit de 91 % (ou quasiment supprimé) en regard de femmes ayant allaité moins de 10 mois dans sa vie,

- pour une femme ayant allaité au moins 3 enfants, le risque de cancer de l'ovaire est réduit de 62 % en comparaison des femmes qui n'ont allaité qu'un seul enfant.

L'allaitement prolongé est donc bien associé à un moindre risque de cancer de l'ovaire. L'explication réside probablement dans le retard dans l'ovulation entraîné par l'AM, un plus grand nombre d'ovulations augmentant le risque de formation de cellules mutantes, ce qui pourrait favoriser le développement du cancer.

I.B.2.c. Prévention des maladies cardiovasculaires [2]

La mobilisation des réserves dans le post-partum mais aussi un meilleur équilibre des métabolismes lipidiques et glucidiques participeraient à cette prévention, ce d'autant plus que des effets persisteraient à long terme après le sevrage.

- Hyperlipidémie: Data women's Health Initiative a démontré qu'un cas d'hyperlipidémie était évité pour 40 femmes allaitantes.
- Hypertension artérielle: le risque serait réduit de 8 % en cas d'AM dans une étude coréenne récente.
- Diabète de type 2: le risque serait réduit de 12 % avec un effet dose-réponse en fonction de la durée de l'AM exclusif.
- Pathologies cardiovasculaires: en cas d'allaitement supérieur ou égal à 2 ans, le risque de survenue d'une complication cardiovasculaire est réduit d'un facteur 1,3. Dans un groupe de femmes n'ayant pas allaité, le risque est augmenté de 28 % par rapport à celui de femme ayant allaité 7 à 12 mois.

I.B.3. Autres intérêts

I.B.3.a. Sur le plan pratique [15][22]

On peut constater que dans toutes circonstances, l'allaitement constitue un atout pour la mère et son bébé: non seulement le lait maternel est disponible, gratuit, prêt à consommer et à la température idéale, mais de plus, il favorise la sécurité affective du bébé dans des conditions extrêmes.

néo-sein^{MC}

Une révolution en matière d'alimentation du bébé!
Prêt en un instant! Moins de travail!

AVEC LES CARACTÉRISTIQUES
BREVETÉES SUIVANTES :

CALME-BÉBÉ intégré. Appui-tête
doublé avec plusieurs options
musicales : battements de cœur,
berceuses, murmures, mots doux.

REPLISSAGE À VOLONTÉ : distribue sans frais
supplémentaires, un produit toujours adapté au
besoin du consommateur. Pas besoin d'ajouter
d'eau. Aucune préparation requise. Prêt-à-boire.
Pur à 100%. Non fait de concentré.

**PRODUIT
ÉCOLOGIQUE*** :
jolis contenants
réutilisables et
recyclables.

INCASSABLE : l'ensemble
NÉO-SEIN est garanti à vie. Aucune
pièce détachable. Sécuritaire pour
les moins de 5 ans. Résiste aux
intempéries. Ne rouille pas.

FACILE D'ENTRETIEN :
aucune stérilisation. Unités
de conservation stériles
intégrées. Aucun
gaspillage. Se lave
facilement.

ET CE N'EST PAS TOUT !

NEO-SEIN resout tous les problèmes d'entreposage.
Decoratif, l'ensemble est disponible en plusieurs grandeurs, formes et couleurs.
L'apparence extérieure n'est aucunement en lien avec l'efficacité.
NEO-SEIN facilite les sorties avec bébé: pratique et sans gachis.
Aucun autre accessoire nécessaire.
De plus, l'ensemble NEO-SEIN est multifonctionnel.

NEO-SEIN L'ORIGINAL, POURQUOI VOUS CONTENTER D'UNE IMITATION?

****INCROYABLE MAIS VRAI!****

L'ensemble NEO-SEIN est disponible **GRATUITEMENT** avec chaque grossesse.

L'ensemble NEO-SEIN comprend deux unités.

* Non testé sur les animaux * Sans danger pour la couche d'ozone

Pour le service à la clientèle, contactez les groupes d'entraide en allaitement :



Figure 1: Néo-sein [22]

I.B.3.b. Sur le plan nutritionnel [4][9][16][60]

En tant qu'alimentation spécifique de l'espèce, sa composition évolue au cours de chaque tétée et dans le temps (au cours de la journée et au fil des mois), et s'adapte ainsi aux capacités d'autonomie alimentaire du tout petit humain. Il s'enrichit en graisses au fur et à mesure que le sein se vide, ou lorsque les tétées se rapprochent, et s'enrichit progressivement en immunoglobulines et en enzymes permettant l'assimilation des graisses et de la caséine.

Le lait maternel favorise la bonne digestion. Très digeste, il ne fatigue ni les reins ni le foie et diminue les gaz.

Il existe de grandes différences entre la succion au sein et celle d'une tétine:

- au sein:

Le mamelon avance loin dans l'arrière bouche, jusqu'au palais mou.

Les lèvres sont étanches sur le sein à le nouveau-né respire exclusivement par le nez.

La langue avance en gouttière sous l'arcade dentaire.

Le maxillaire inférieur s'abaisse pour réaliser une dépression intra-buccale.

Le nourrisson peut contrôler sa source d'alimentation.

- au biberon:

La tétine appuie sur la partie antérieure du palais (palais osseux).

Le bébé peut entrouvrir les lèvres et respirer un peu par la bouche.

La langue reste en arrière des arcades dentaires.

Le maxillaire inférieur remonte pour pincer la tétine entre les deux gencives.

Le nouveau-né ne peut contrôler le débit.

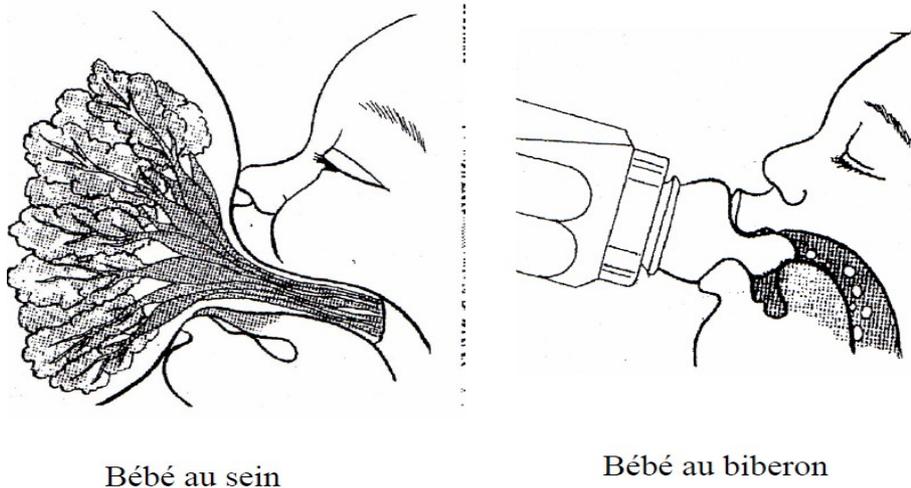


Figure 2: Comparaison de la succion du sein et du biberon [60]

Comme les autres mouvements du corps, les mouvements de succion modèlent peu à peu toutes les structures anatomiques de la bouche et du visage. La succion n'est pas un simple suçotement du bout des lèvres. C'est un mouvement ample,

profond, puissant, tonique et répété qui retentit sur toute la musculature de la région. La position pour téter au sein, mamelon loin dans la bouche et langue en gouttière, renforce toute la musculature péri-buccale. Il en résulte:

- un moindre risque de fausses routes à la déglutition;
- un élargissement et un abaissement du palais osseux donc un élargissement des fosses nasales et une meilleure ventilation puisque la respiration est exclusivement nasale, d'où la moindre incidence d'otites et de rhinites;
- un développement optimal du maxillaire inférieur favorable au développement du menton. Le rétrognathisme du nouveau-né est plus vite et mieux rattrapé. Il y a donc secondairement moins de troubles de l'articulé dentaire.

Le fait de pouvoir ou non contrôler le débit du lait a lui aussi un retentissement sur l'avenir. Au sein, le bébé contrôle facilement le débit. En revanche, la succion au biberon est rapide, peu satisfaisante pour le bébé. Il cherche d'autres satisfactions orales qu'il s'offre en suçant son pouce ou ses doigts, ou qu'on lui accorde sous forme de sucettes. Celles-ci maintiennent, de nombreuses heures par jour, parfois pendant des années les appuis sur le palais.

Ne pouvant contrôler le débit, l'enfant ingurgite les rations prévues pour lui sans trop pouvoir se défendre d'un trop plein. Les messages profonds de satiété et d'appétit, liés aux sensations internes du corps, essentiels à tout l'équilibre alimentaire ultérieur, sont remplacés par un conditionnement hypothalamique inconscient de rations « habituelles » qui ne correspond plus aux authentiques besoins; ce qui est la cause première de l'obésité.

I.B.3.c. Sur le plan économique [18][19][10][20]

L'AM réduit les coûts en laits artificiels et en soins. Il permet donc des économies au système de santé, aux employeurs et aux familles.

En France, le surcoût lié à l'achat du lait artificiel et aux dépenses supplémentaires en soins médicaux et en pharmacie consécutives au non-allaitement est estimé à 500 € pour un nourrisson pendant les 6 premiers mois. Ceci est d'autant plus significatif que la prévalence de l'allaitement est particulièrement faible dans les populations défavorisées.

Au Royaume-Uni, une analyse d'un programme de soutien à l'allaitement destiné à des populations en difficulté, estimait en 2007 que l'économie en dépenses de santé relative à la réduction de l'incidence de diarrhées aiguës, d'otites et d'infections respiratoires au cours de la 1^{re} année de vie était de l'ordre de 300 £ par enfant en cas d'allaitement.

Une étude américaine de 2010 a mené une analyse de coût portant sur 10 maladies

pédiatriques. Cette analyse concluait que si 90 % des bébés pouvaient être allaités exclusivement 6 mois, 13 milliards de dollars pourraient être économisés en dépenses de santé, chaque année.

Un travail de recherche dirigée par le Professeur Mary Renfrew de l'Université de Dundee et commandité par l'UNICEF du Royaume-Uni a révélé en 2012 que les faibles taux d'allaitement au Royaume-Uni coûtent des millions de livres au système de santé. Le rapport Preventing Disease and Saving resources examine comment une augmentation des taux d'AM pourrait conduire à des économies sur les coûts de santé grâce à l'amélioration de l'état de santé de la population.

Les conclusions du rapport montrent que pour seulement cinq pathologies: cancer du sein pour la mère, gastro-entérite, infection respiratoire, otite moyenne et entérocolite ulcéro-nécrosante, une augmentation modérée des taux d'AM se traduirait par des économies de coûts pour le NHS (National Health Service) de 40 millions de livres sterling (environ 46 millions d'euros) et éviterait des dizaines de milliers d'hospitalisation et de consultations auprès des médecins traitants.

En outre, des analyses sur trois points - la capacité cognitive, l'obésité infantile et la mort subite du nourrisson (SMSN) - indiquent que des améliorations modestes des taux d'allaitement pourrait faire économiser des millions de livres et, dans le cas des SMSN, la vie des enfants.

« Il est clair que la mise en place de ressources pour aider les femmes à allaiter avec succès serait extrêmement rentable pour les États, et cela contribuerait également à prévenir la détresse et la douleur ressentie par une mère qui a une mauvaise expérience de l'AM. » (Pr Renfrew, 2012, Unicef).

Enfin, l'AM est aussi bénéfique pour les employeurs. Plusieurs études ont montré que les parents d'enfants sevrés ou non allaités étaient plus souvent absents de leur travail pour soigner leur enfant malade que les parents d'enfants toujours allaités. Une étude a, par exemple, constaté que le risque d'absentéisme maternel était 2,7 fois plus élevé lorsque l'enfant n'était plus allaité. L'évaluation de dispositifs facilitant l'expression du lait et l'allaitement sur le lieu de travail aux USA a montré une rentabilité pour les employeurs concernés.

Des études montrent que les femmes sont susceptibles de rester plus longtemps dans leur emploi sur le long terme si elles peuvent allaiter au travail, ce qui est un bon moyen de retenir les travailleuses qualifiées.

Par exemple, le Département de l'électricité et de l'eau de Los Angeles fournit un programme complet d'allaitement pour aider ses employées, avec des salles d'allaitement et un horaire flexible. Depuis l'introduction de ce programme, les demandes de remboursement de soins de santé ont baissé de 35 %, 33 % des nouvelles mères ont repris le travail plus tôt que prévu, le taux d'absentéisme a baissé de 27 % et 67 % des femmes prévoient de rester dans l'entreprise à long terme.

I.B.3.d. Sur le plan émotionnel [9][21][5]

Au départ, l'AM permet à la mère et au bébé de renforcer leur confiance mutuelle:

- la confiance du bébé envers sa mère, qui comble sa demande;
- la confiance en elle de la mère qui se voit et se sent compétente;
- la confiance de la mère envers son bébé qu'elle apprend à écouter.

La poursuite de l'allaitement après la reprise du travail apporte aussi des bénéfices psychologiques, en plus de ceux liés à l'allaitement prolongé. Et c'est sur ces avantages qu'insistent surtout les femmes qui ont vécu cette expérience. Toutes celles qui en témoignent trouvent à peu près les mêmes mots pour les décrire : moins de stress et séparation adoucie aussi bien pour la mère que pour l'enfant, moindre jalousie entre la mère et la gardienne, joie de la « tétée de retrouvailles », assurance donnée par ce lien sauvegardé.

I.B.4. Résumé des bénéfices [23][5]

Dans les pays développés, l'AM a 3 avantages principaux:

- il diminue la fréquence des infections digestives (gastro-entérites), ORL(otites) et respiratoires;
- il est probablement un élément très positif de la relation entre la mère et le nouveau-né;
- il est nettement plus économique que l'allaitement artificiel.

Dans les pays du Tiers-Monde, l'AM prolongé a 2 avantages majeurs :

- il diminue la mortalité infantile par des mécanismes multifactoriels : moindre coût, effet immunoprotecteur, mais aussi prévention des erreurs nutritionnelles souvent associées à l'allaitement artificiel;
- il participe à la régulation des naissances puisque l'hyperprolactinémie, associée à l'AM exclusif, a un effet antigonadotrope.

Les avantages de l'allaitement - Combien en connaissez-vous ?

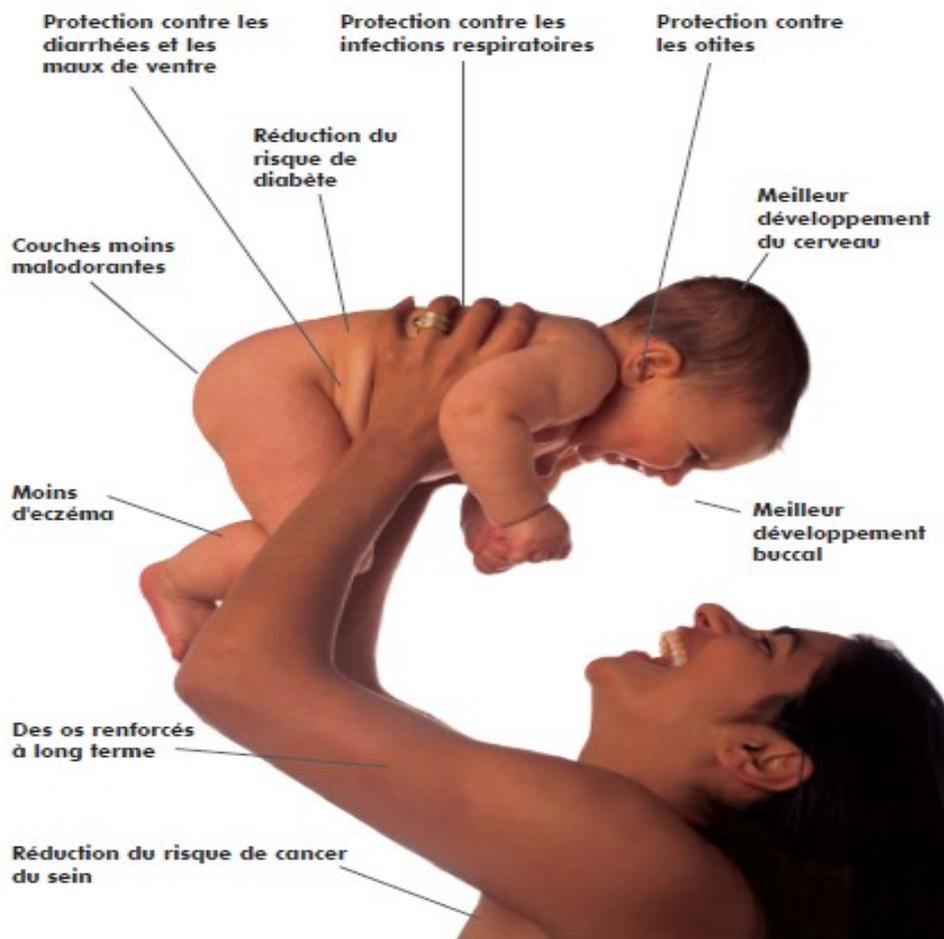


Figure 3: Les avantages de l'allaitement [5]

I.C. Recommandations [18][2][24][41][3][26][27][11]

Les recommandations de l'OMS datent de 2001: « Le nourrisson doit être exclusivement nourri au sein pendant les 6 premiers mois de la vie: c'est là une recommandation générale de santé publique de portée mondiale. Par la suite, en fonction de l'évolution de ses besoins nutritionnels, le nourrisson doit recevoir des aliments complémentaires sûrs et adéquats du point de vue nutritionnel, tout en continuant d'être allaité jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus; l'allaitement exclusif sans restriction conduit à une production tout à fait suffisante de lait maternel » et aucune carence pour ces couples mère-enfant n'est à craindre.

Il est conseillé d'utiliser les courbes de croissances growth standard World Health Organisation pour le suivi de la croissance des enfants au sein, afin de tenir compte du profil spécifique de croissance de ces enfants.

En 2009, la Société européenne de gastro-entérologie, hépatologie et nutrition pédiatriques (ESPGHAN) recommande un allaitement exclusif d'une durée de 6 mois idéalement, et au minimum de 4 mois.

Au niveau national, la promotion de l'AM fait partie des objectifs spécifiques du PNNS. En 2010, le PNNS fixe à 70 % le taux d'allaitement exclusif souhaité. Le PNNS de 2011-2015 a pour objectifs en 5 ans:

- d'augmenter de 15 % au moins le pourcentage d'enfants allaités à la naissance;
- d'augmenter de 25 % au moins la part des enfants allaités à la naissance bénéficiant d'un allaitement exclusif;
- d'allonger de 2 semaines la durée médiane de l'AM;
- de retarder d'un mois l'âge médian de tout autre introduction que le lait (maternel ou formule lactée du commerce).

L'allaitement exclusif est recommandé pendant les 6 premiers mois de vie de l'enfant par la Haute Autorité de santé (HAS) depuis 2002, la Société française de pédiatrie (SFP) et l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA). L'allaitement est également recommandé par le Collège national des sages-femmes et le Collège national des gynécologues-obstétriciens français.

La poursuite de l'allaitement exclusif pendant 6 mois par rapport à une durée de 3 à 4 mois permet un développement optimal des nourrissons et doit donc être encouragée, l'introduction d'une alimentation complémentaire entre 4 et 6 mois n'apportant aucun bénéfice particulier (HAS).

La protection, la promotion et le soutien de l'AM sont une priorité de santé publique. En effet :

- l'AM est le moyen naturel de nourrir les nourrissons et les jeunes enfants;
- des taux faibles et un arrêt précoce de l'allaitement ont de graves répercussions sociales et sanitaires pour les femmes, les enfants, la communauté et l'environnement, qui ont pour conséquence d'accroître les dépenses de santé nationales, et les inégalités face à la santé.

Recommandations professionnelles:

L'AM est reconnu comme le mode d'alimentation de choix pour un nouveau-né. Les bénéfices qu'il peut apporter à une mère et son enfant et à la société sont en effet nombreux et aujourd'hui bien documentés. Ainsi la HAS dans ses recommandations de 2006 visant à favoriser l'AM enjoignait les professionnels de santé à:

- évaluer l'expérience de la future mère sur l'allaitement, ses connaissances, ses représentations, ses désirs et lui donner des informations sur les modalités de

mise en œuvre de l'allaitement. Toute rencontre avec une femme enceinte devrait être l'occasion pour les professionnels de santé d'aborder le mode d'alimentation du nouveau-né et en particulier l'allaitement au sein;

- demander au futur père de venir à la consultation. Les pères peuvent être capables de fournir un soutien physique et psychologique, mais ne sont pas nécessairement préparés à ce rôle;
- recommander un allaitement exclusif durant 6 mois. L'effet protecteur de l'allaitement maternel dépend de sa durée et de son exclusivité;
- ne pas conseiller une préparation physique des seins, même en cas de mamelons rétractés ou peu extensibles;
- rechercher d'éventuelles contre-indications à l'AM. Les raisons médicales qui contre-indiquent l'allaitement maternel sont exceptionnelles: infection par le VIH (sauf pasteurisation du lait), toxicomanie (une mère sous méthadone bien suivie peut allaiter), chimiothérapie et démarrage d'un traitement antituberculeux. Les maladies infectieuses courantes, le tabagisme maternel (le passage lacté de la nicotine étant prouvé, il faut encourager les mères à arrêter de fumer; mais de toute façon, l'allaitement reste le meilleur choix), la plupart des médicaments (consulter d'autres sources d'information que le dictionnaire Vidal) sont des contre-indications abusives à l'allaitement;
- organiser des rencontres avec des mères ayant allaité avec succès;
- former un des membres de l'équipe de maternité ou du réseau à être consultant en lactation IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) ou à suivre l'enseignement du DIULHAM (Diplôme inter-universitaire « lactation humaine et allaitement maternel);
- distribuer un document d'information sur l'allaitement maternel.

L'objectif des consultations prénatales est d'« informer tous les futurs parents sur l'intérêt et la physiologie de l'AM », dans le respect de leur culture, afin d'aider leur décision sans imposer de choix.

En effet, pour les femmes ne pouvant pas ou ne souhaitant pas allaiter, l'utilisation des formules lactées reste, dans un pays développé comme la France, une alternative tout à fait acceptable pour la santé des enfants.

Alors que la promotion de l'AM fait partie des objectifs du PNNS depuis 2001, sa pratique semble encore, en France, très en deçà des taux rapportés dans d'autres pays européens.

II. Epidémiologie

II.A. Constat en France

II.A.1. Taux d'allaitement [27][8][74]

L'étude Épifane (Épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie) a été mise en place pour décrire de façon régulière, sur un échantillon aléatoire national de nourrissons, les pratiques et la durée de l'AM, l'utilisation des formules lactées du commerce et les modalités de la diversification alimentaire. L'étude porte sur un échantillon aléatoire de nourrissons, nés entre mi-janvier et début avril 2012 dans des maternités tirées au sort sur tout le territoire de France métropolitaine et suivis pendant 12 mois. Les mères sont interrogées par questionnaires à la maternité ainsi qu'à 1 mois, 4 mois, 8 mois et 12 mois.

En 2012, 74 % des mères ont essayé d'allaiter à la maternité, 59 % de façon exclusive, 15 % en association avec des préparations pour nourrissons (taux similaires à ceux de l'enquête nationale périnatale de 2010: 60,2 % exclusif, 8,5 % mixte et 31,3 % biberon en 2010); **dès 1 mois, elles n'étaient plus que la moitié (54 %) à allaiter et seulement 35 %, de façon exclusive ou prédominante.** Il y a donc environ 20 % d'arrêt d'AM à un mois. A la maternité, 41 % des enfants (allaités ou non) recevaient des préparations pour nourrissons.

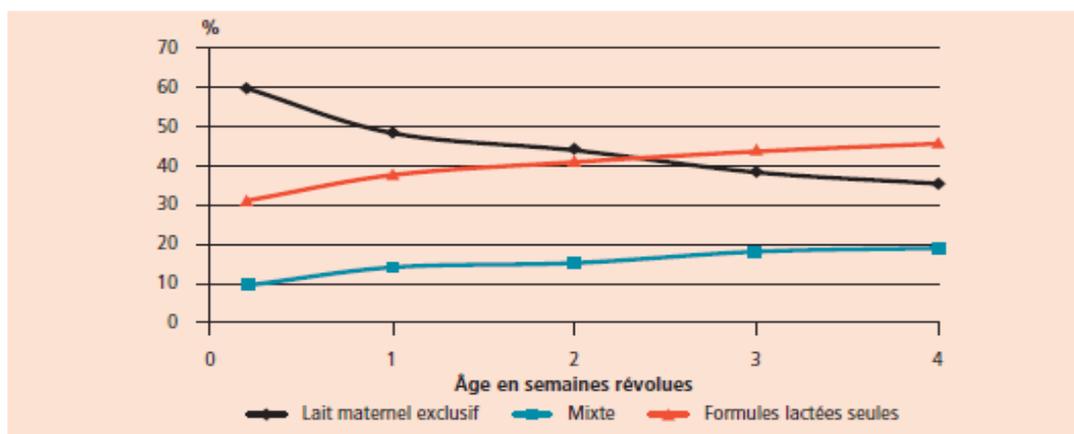


Figure 4: Evolution des taux d'alimentation lactée de la maternité à 1 mois, étude Epifane 2012, France [27]

II.A.1.a. Évolution des taux d'allaitement ces dernières années [6][18][28][29][30][31][32][33][34]

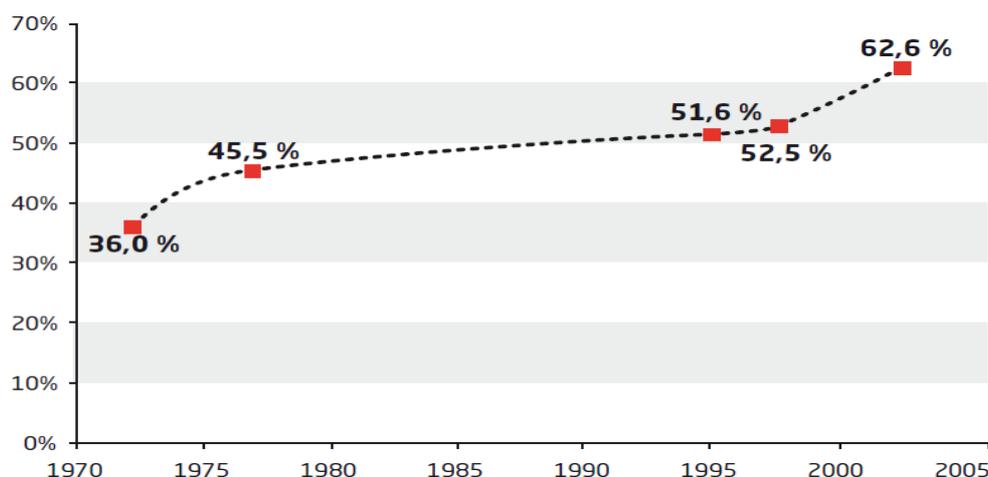


Figure 5: Evolution de la prévalence de l'initiation de l'allaitement (exclusif et partiel) en maternité en France de 1972 à 2003 [6]

En 2003, en France, les chiffres étaient parmi les plus faibles d'Europe avec un taux d'initiation en maternité de 62,6 % et une durée médiane d'AM de dix semaines.

Une augmentation sensible de l'initiation de l'AM est cependant observée en France ces 15 dernières années: si on retient comme indicateur l'allaitement au sein exclusif, la proportion d'enfants nourris entièrement au sein est passée de 40,5 % en 1995 à 45,0 % en 1998, 56,3 % en 2003, 60,2 % en 2010.

L'analyse des certificats du 8^{ème} jour montre que les taux d'allaitement (exclusif ou partiel) au démarrage qui ont augmenté régulièrement jusqu'en 2009 baissent depuis 2010:

Tableau 3: Taux d'allaitement des dernières années [30][31][32][33][34]

Années	Taux d'allaitement (exclusif ou partiel) (données issues des certificats de santé du 8 ^{ème} jour) (%)
2004	64,2
2006	65,9
2007	66,3
2008	68
2009	68,4
2010	67,9
2011	66,8

L'enquête nationale périnatale de 2010 indique un taux d'allaitement exclusif ou partiel de 68,7 %:

- allaitement exclusif: 60,2 %;
- allaitement mixte: 8,5 %.

II.A.1.b. Situation par rapport aux autres pays [28][27]

À l'échelon européen, en 2003, le taux d'initiation de l'allaitement en maternité était extrêmement variable, de moins de 40 % (Irlande) à plus de 95 % (pays scandinaves). Quatorze pays dont l'Allemagne présentaient un taux supérieur à 90 % et cinq pays dont l'Espagne et la Grande-Bretagne un taux de 70 à 90 %.

Si les taux d'initiation de l'AM sont en France proches de certains pays, principalement du Sud de l'Europe, ils restent, en 2012 comme en 2010, très inférieurs aux taux de la plupart des pays nordiques, et l'arrêt rapide de l'AM est une caractéristique française.

En Norvège par exemple, la quasi-totalité (98 %) des mères qui accouchent initient l'AM dès la maternité et, à 1 mois, elles sont encore plus de 96 % à nourrir leur enfant au sein; l'allaitement mixte n'est pratiqué que par 10 et 15 % des mères, respectivement.

II.A.2. Combien de temps allaite-t-on? [36][37][14][74]

Peu de données sont disponibles, en France, au niveau national, sur la durée de l'AM. Des études anciennes (dans les années 1990) ou localisées ont établi la médiane de cette durée entre 8 et 15 semaines parmi les enfants ayant été allaités. Dans une étude réalisée en 2002 dans une maternité de la région parisienne, 33 % des enfants allaités à la sortie de la maternité l'étaient toujours à 6 mois. Dans l'étude Eden, en 2003-2006, c'était le cas de 27 % des enfants allaités.

L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) a réalisé fin 2009 une enquête qui a révélé une durée médiane pour l'allaitement exclusif de 12 semaines.

Dans l'étude Epifane, **chez les mères ayant essayé d'allaiter à la maternité, la durée médiane** d'AM établie, c'est-à-dire l'âge auquel la moitié des enfants étaient encore allaités, était de 105 jours, soit **15 semaines; celle de l'AM exclusif ou prédominant était de 24 jours, soit de 3 semaines et demie.**

A 3 mois, 39 % des enfants étaient allaités, 10 % de façon exclusive, 11 % de façon prédominante et 18 % en association avec, principalement, des préparations (17 %) ou d'autres aliments (1 %) introduits de façon régulière dans le cadre de la diversification alimentaire.

À 6 mois, 23 % des enfants étaient encore allaités, dont seulement 1,5 % de façon exclusive ou prédominante.

À 12 mois, 9 % des enfants bénéficiaient encore de l'AM, complémenté, pour tous, par d'autres aliments ou liquides.

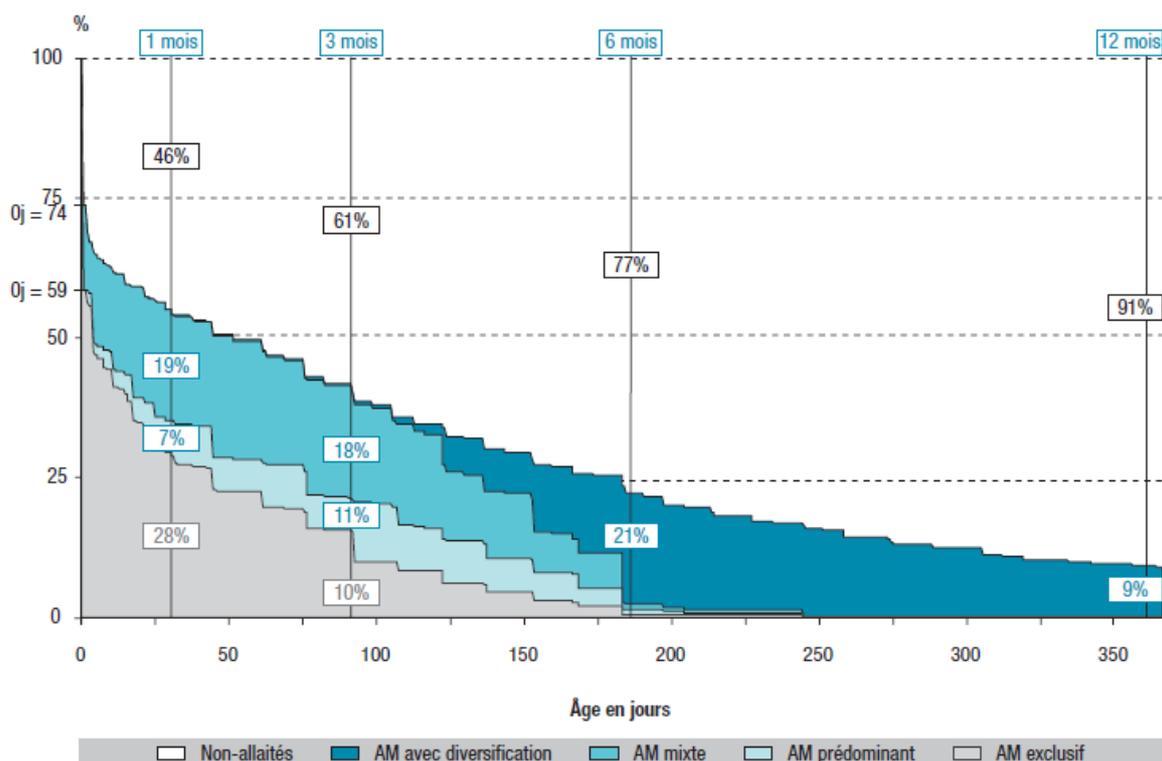


Figure 6: Evolution des taux d'allaitement maternel de la naissance à 12 mois, Epifane 2012-2013, France [74]

Si 41 % des enfants recevaient déjà des préparations pour nourrissons à la maternité, cette proportion atteignait 79 % à 3 mois et près de 90 % à 6 et 12 mois. Chez les enfants allaités, l'AM mixte, associant lait maternel et préparations pour nourrissons, concernait un enfant sur cinq à la maternité et un sur deux à 3 mois.

Tableau 4: Allaitement maternel^a et préparations pour nourrissons du commerces à la naissance et à 3, 6 et 12 mois, Epifane 2012-2013, France [74]

Type d'alimentation lactée (%)	Âge			
	Naissance n=3 365	3 mois n=3 223	6 mois n=3 194	12 mois n=2 817
Ni allaitement maternel, ni préparation pour nourrissons	0,0	0,0	0,5	6,9
Allaitement maternel sans préparation pour nourrissons	58,7	21,4	10,5	5,0
Préparations pour nourrissons et allaitement maternel	15,0	17,8	12,0	4,6
Préparations pour nourrissons sans allaitement maternel	26,3	60,8	77,0	83,5

^a Allaitement maternel, quel que soit son degré d'exclusivité (exclusif, prédominant, mixte, ou avec diversification).

Par ailleurs, dans Épifane, 0,5 % à 6 mois et 7 % à 12 mois ne recevaient ni lait maternel, ni préparations pour nourrissons.

Une étude prospective menée en Rhône-Alpes en 2004-2006 confirme la tendance à la hausse du taux d'initiation de l'allaitement maternel avec ensuite une décroissance rapide du taux d'allaitement dans les premiers mois de vie:

Tableau 5: Evolution des taux d'allaitement en fonction de l'âge des enfants [37]

	Naissance	1 mois	3 mois	6 mois	9 mois	12 mois	16/17 mois	22 mois
AM exclusif + partiel	68,5 %	51 %	28 %	15 %	5,6 %	2,3 % (25 enfants)	1,3 % (14 enfants)	0,96 % (10 enfants)
AM exclusif	57,5 %	41 %	15 %	7,8 %	/	/	/	/

D'après cette même étude, la durée médiane de l'allaitement maternel est de 16 semaines, soit deux fois plus que 10 ans auparavant.

Même si ces valeurs nous apparaissent très optimistes, elles restent loin des recommandations de l'OMS.

Une revue sur l'AM dans les pays industrialisés relevait les taux d'AM (quel que soit le degré d'exclusivité) à 3-4 mois de 66 % en Italie et 43 % au Royaume-Uni.

Aux Pays-Bas, en 2000-2003, Lanting et coll. rapportaient des taux d'AM de 43 % à 3 mois et 33 % à 6 mois.

En 2006-2007, en Norvège, où près de 99 % des enfants étaient allaités à la naissance, les taux d'AM à 3, 6 et 12 mois étaient, respectivement, de 89 %, 82 % et 46 %. Dans cette même étude, le taux d'AM exclusif (selon la définition de l'OMS) à 3 mois était de 65 %, contre seulement 10 % dans Épifane.

Au Danemark, également en 2007, la durée médiane d'AM chez les enfants allaités était estimée à 18 semaines environ.

Selon le rapport belge de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) (service préventif assimilable aux centres de protection maternelle et infantile en France), « l'exemple de la Suède montre qu'il est possible de modifier les comportements de la population par rapport à l'allaitement grâce à la prise de mesures sociales et politiques et à l'information des familles et des professionnels. En effet en 1973, seulement 30 % des bébés suédois étaient allaités à deux mois et 6 % à six mois, alors qu'actuellement 72 % sont encore allaités à six mois » (2006). Aux États-Unis en 2010, 74 % des nouveau-nés sont allaités à la sortie de maternité, 32 % le restent exclusivement à 3 mois et 12 % à 6 mois.

Une enquête a été réalisée en 2005 dans deux maternités toulousaines. Le taux d'AM à la naissance était de 67 % (ce qui était, à l'époque, largement supérieur au taux national de 53 %), à 3 mois il était de 34 % et à 6 mois, 17 %. Ceci donc laisse supposer que le nombre de bébés allaités diminue par deux dans les trois premiers mois, puis se divise par deux à nouveau entre 3 et 6 mois.

II.A.3. Répartition géographique [8]

Entre 1998 et 2003, l'augmentation de l'AM a concerné tous les groupes sociaux, et on constatait des différences importantes des taux d'allaitement, à la fois sociales et géographiques.

L'allaitement au sein, exclusif ou partiel, suit de fortes variations de 59 % dans l'Est du Bassin parisien, le Nord et l'Ouest, à 78 % à Paris et 80 % dans la Petite-Couronne.

Tableau 6: Comparaisons régionales en 2010⁽¹⁾: allaitement au sein total ou partiel [8]

	Effectifs	%	IC à 95%	p ⁽²⁾
Métropole	14 176	68,7	67,9 – 69,4	
Régions				
Région parisienne	3 348	78,3	76,9 – 79,7	<0,001
Paris	782	78,3	75,2 – 81,1	<0,001
Petite-Couronne	1 303	80,4	78,2 – 82,6	<0,001
Grande-Couronne	1 263	76,2	73,7 – 78,5	<0,001
Bassin parisien	2 230	61,1	59,0 – 63,1	<0,001
Ouest ⁽³⁾	1 242	62,5	59,7 – 65,2	<0,001
Est ⁽⁴⁾	988	59,3	56,2 – 62,4	<0,001
Nord	1 068	58,7	55,7 – 61,7	<0,001
Ouest	1 791	58,8	56,5 – 61,1	<0,001
Est	1 126	70,1	67,3 – 72,7	NS
Sud-Ouest	1 283	67,0	64,3 – 69,5	NS
Centre-Est	1 744	74,5	72,4 – 76,6	<0,001
Méditerranée	1 586	70,7	68,4 – 72,9	NS
Guadeloupe, Guyane, Réunion	481	83,8	80,2 – 87,0	<0,001

(1) Bassin parisien : Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Basse et Haute Normandie, Picardie ; Nord : Nord Pas-de-Calais ; Est : Alsace, Franche-Comté, Lorraine ; Ouest : Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes ; Sud-Ouest : Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées ; Centre-Est : Auvergne, Rhône-Alpes ; Méditerranée : Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côtes d'Azur, Corse.

(2) test binomial comparant chaque région à la métropole

(3) Centre, Basse et Haute-Normandie

(4) Bourgogne, Champagne-Ardenne, Picardie

A retenir: quelques chiffres:

- **Six mois:** durée recommandée par l'OMS pour un AM exclusif, accompagné par la suite d'une alimentation diversifiée jusqu'à l'âge de 2 ans (mai 2001);
- **74 %:** nombre de femmes qui tentent un allaitement, en France, à la naissance de leur enfant;
- **21 %:** nombre d'enfants allaités de façon exclusive ou prédominante à 3 mois;
- **1,5 %:** nombre d'enfants allaités de façon exclusive ou prédominante à 6 mois;
- **+15 %:** objectif d'augmentation en 5 ans du % d'enfants allaités à la naissance visé par le PNNS pour 2015;
- **75 %:** taux d'allaitement à la naissance visé par le programme américain Healthy People pour 2010, et 50 % d'allaitement à 6 mois;
- **+25 %:** objectif d'augmentation en 5 ans du % d'allaitement exclusif visé par le PNNS pour 2015;
- **+2 semaines:** durée médiane de l'allaitement en France prévue par le PNNS pour 2015.

II.B. Les déterminants de la mise en route et de la durée de l'AM ^{[40][14]}

Compte tenu du faible taux de poursuite de l'allaitement au delà de trois mois en France, et pour pouvoir mettre en place des interventions visant à promouvoir l'AM dans l'initiation et la durée, il s'avère pertinent d'en examiner les facteurs et les différents déterminants en jeu. Les facteurs identifiés ont été classés en quatre grandes catégories auxquelles peuvent correspondre quatre niveaux d'intervention, selon une approche écosystémique:

- les facteurs liés à la mère, au bébé et à son état de santé et à l'accouchement (microsystème);
- les facteurs liés à l'entourage (mésosystème);
- les facteurs liés au système de santé (exosystème);
- les facteurs liés aux politiques de santé (macrosystème).

Tableau 7: Résumé des facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel [14]

Association positive	Association négative
Facteurs liés à la mère	
<p>Être plus âgée, mariée, primipare, d'un niveau de scolarité supérieur, socioéconomiquement plus favorisée</p> <p>Avoir été allaitée, avoir vu allaiter, expérience passée positive d'allaitement</p> <p>Grossesse planifiée, désir et intention prénatale d'allaiter, décision précoce, perception de facilité</p> <p>Participation à des cours de préparation à la naissance</p> <p>Bonnes connaissances</p> <p>Confiance en soi, sentiment d'auto-efficacité</p> <p>Absence de difficultés d'allaitement</p> <p>Cohabitation mère/bébé 24 h/24 à la maternité</p>	<p>Être plus jeune, seule, de plus faible statut socioéconomique, récemment immigrée, avoir déménagé en raison de la naissance du bébé</p> <p>Expérience passée négative d'allaitement</p> <p>Ambivalence ou non du désir d'allaiter, décision tardive</p> <p>Manque d'informations sur la durée optimale</p> <p>Perception d'une insuffisance de lait, incertitude concernant la quantité de lait prise</p> <p>Peu de confiance en soi, gêne d'allaiter en public, dépression postnatale</p> <p>Expérience initiale négative, difficultés d'allaitement</p> <p>Tétine précoce au bébé</p> <p>Obésité, tabagisme</p> <p>Emploi de la mère (>20h/semaine)</p>
Facteurs liés au bébé et à son état de santé	
Technique de succion correcte	Faible prise de poids du bébé Problème de succion
Facteurs liés à l'entourage	
<p>Soutien émotionnel de l'entourage</p> <p>Soutien du partenaire, partenaire favorable à l'allaitement</p> <p>Soutien téléphonique des paires</p>	Absence de soutien du partenaire, perception négative de l'allaitement de la part du père
Facteurs liés au système de santé	
<p>Mise au sein précoce, allaitement fréquent, à la demande</p> <p>Soutien de professionnels de santé formés</p>	<p>Mise au sein différée, allaitement à horaires fixes</p> <p>Recours aux compléments en maternité</p> <p>Distribution d'échantillons de lait artificiel à la maternité</p> <p>Méconnaissances et manque de soutien des professionnels</p> <p>Recommandation de compléments</p>
Facteurs liés aux politiques de santé	
<p>Accès à un congé de maternité rémunéré et prolongé</p> <p>Initiative «Hôpital ami des bébés»</p>	Congé de maternité court et peu rémunéré

II.B.1. Facteurs liés à la mère

II.B.1.a. Facteurs sociodémographiques et culturels [27]

[26][14]

Tableau 8: Taux d'allaitement maternel (exclusif + mixte; exclusif) à la maternité et à 1 mois selon les caractéristiques des mères et de l'accouchement [27]

Etude Epifane 2012 (n=2936), France		À la maternité		À 1 mois		Écart relatif ^a %
		% d'allaitement maternel (dont exclusif ^b)	p ^c	% d'allaitement maternel (dont exclusif ^b)	p ^c	
Âge de la mère (ans)	18-24	63,7 (80,6)	0,02 (*)	41,7 (57,5)	<10 ⁻³ (*)	-34,5
	25-29	61,7 (88,9)		54,1 (67,9)		-20,1
	30-34	71,8 (87,7)		57,9 (67,9)		-19,4
	≥ 35	71,1 (84,8)		58,8 (60,7)		-17,3
Mariée	Oui	73,2 (86,0)	<10 ⁻³	60,5 (64,0)	<10 ⁻³	-17,3
	Non	65,2 (87,0)		48,7 (66,3)		-25,3
Niveau d'études (n=2 873)	Bac ou moins	62,4 (82,9)	<10 ⁻³ (*)	44,6 (60,1)	<10 ⁻³ (*)	-28,5
	Bac+1 et plus	74,7 (89,3)		62,8 (68,3)		-15,9
Lieu de naissance (mère) (n=2 631)	France	66,5 (88,0)	<10 ⁻³	51,3 (68,7)	<10 ⁻³ (*)	-22,9
	Étranger	92,2 (82,6)		82,5 (60,6)		-10,5
Indice de masse corporelle (n=2 827)	<18,5	61,8 (83,4)	0,01 (*)	46,9 (68,1)	0,01 (*)	-24,1
	18,5-24,9	71,2 (89,5)		57,1 (69,1)		-19,8
	25,0-29,9	70,1 (82,9)		52,4 (57,5)		-25,2
	≥ 30	63,3 (74,8)		49,4 (49,3)		-22,0
Tabac pendant la grossesse (n=2 920)	Non	71,9 (86,6)	<10 ⁻³	57,7 (65,5)	<10 ⁻³	19,7
	Oui	54,3 (85,6)		36,6 (62,1)		-32,6
Alcool pendant la grossesse (n=2 915)	Non	69,1 (86,6)	0,94	54,3 (64,8)	0,98	-21,4
	Oui	68,8 (84,7)		54,4 (70,8)		-20,9
Préparations accouchement (n=7 934)	Oui	74,7 (88,3)	<10 ⁻³ (*)	59,8 (66,4)	<10 ⁻³	-19,9
	Non	61,8 (83,7)		47,4 (67,9)		-23,3
Parité (n=2 624)	Primipare	71,1 (85,8)	0,06	53,8 (64,3)	0,68 (*)	-24,3
	Multipaire	67,4 (88,2)		54,7 (70,1)		-18,8
Type de grossesse (n=2 928)	Simple	69,2 (86,8)	0,32 (*)	54,5 (65,4)	0,048 (*)	-21,2
	Multiple	60,0 (47,6)		35,9 (32,2)		-40,2
Accouchement par voie basse (n=2 930)	Oui	69,9 (87,5)	0,049 (*)	55,4 (67,3)	0,02 (*)	-20,7
	Non	65,4 (81,9)		49,8 (55,1)		-23,9
Prématurité (n=2 917)	37 SA ^d et plus	69,2 (87,1)	0,51 (*)	54,4 (66,0)	0,99 (*)	-21,4
	33 à 36 SA	66,0 (66,4)		54,3 (42,1)		-17,7
Petit poids de naissance (n=2 931)	2 500 g et plus	69,3 (87,3)	0,27 (*)	54,5 (66,0)	0,77 (*)	-21,4
	< 2 500 g	63,9 (63,9)		53,0 (42,3)		-17,1
Apgar à 5 minutes (n=2 912)	10	68,8 (86,9)	0,65 (*)	54,1 (65,2)	0,22	-21,4
	8-9	70,8 (83,0)		55,9 (69,8)		-21,0
	≤ 7	77,4 (51,9)		73,1 (44,4)		-5,6
Contact peau à peau ^e (n=2 935)	≤ 1 heure	70,4 (87,3)	0,002 (*)	55,9 (66,9)	0,001 (*)	-20,6
	> 1 heure	63,0 (82,0)		47,3 (55,5)		-24,9
Perception du conjoint ^f (n=2 876)	Positive	74,9 (87,5)	<10 ⁻³ (*)	59,4 (66,6)	<10 ⁻³ (*)	-20,7
	Négative	28,7 (85,0)		20,4 (54,4)		-28,9
	NSP ou sans conjoint	45,4 (79,9)		34,3 (54,3)		-24,4

^a Écart relatif entre les taux d'allaitement (exclusif + mixte) à la maternité et à 1 mois = (taux 1 mois - taux maternité) / taux maternité ; ^b Part d'allaitement exclusif (%) parmi l'ensemble des enfants allaités que ce soit de façon exclusive ou mixte ; ^c Significativité statistique du test de différences entre les taux d'allaitement (exclusif + mixte), versus non allaités, selon les modalités de la variable ; ^d Le signe (*) marque la significativité statistique du test de différence entre les parts d'allaitement exclusif (entre parenthèses), versus allaitement mixte, selon les modalités de la variable ; ^e SA : semaines d'aménorrhée ; ^f Moment du premier contact direct peau à peau entre la mère et son enfant après l'accouchement ; ^g Variable correspondant à la question : « Avant votre grossesse, quelle image avait votre conjoint de la femme qui allaite ? »

D'après l'étude Epifane, que ce soit à la maternité ou à 1 mois, les taux d'allaitement étaient plus élevés avec l'âge, le fait d'être mariée, d'être socio-économiquement plus favorisée, d'avoir un niveau d'études supérieur au baccalauréat, d'être née à l'étranger. Ces catégories de femmes allaitent aussi plus longtemps.

Une enquête a été menée auprès de 500 femmes ayant accouché au centre hospitalier universitaire (CHU) d'Angers de fin mars à mai 2010. La mise en route de l'AM était significativement plus fréquente chez les femmes dont le conjoint était employé ou exerçait une profession intellectuelle supérieure ou intermédiaire (« cols blancs »). Si le lieu d'habitation, l'activité professionnelle de la mère et la parité n'avaient pas d'influence statistiquement significative sur la mise en route de l'AM, il est toutefois intéressant de noter que les femmes primipares, celles avec un emploi et celles de milieu rural avaient une plus grande tendance à allaiter au sein.

Les femmes plus jeunes, seules, de plus faible statut socioéconomique et les femmes récemment immigrées allaitent moins et moins longtemps. Le fait d'avoir déménagé en raison de la naissance du bébé est significativement associé à un sevrage précoce.

II.B.1.b. Expériences précédentes [26][14]

Dans l'enquête d'Angers, plus d'un tiers des femmes (35,4 %) avait été allaité au sein par leur mère. Parmi les femmes multipares, 68,3 % avaient déjà allaité au sein. Parmi les femmes ayant déjà allaité au sein, 77,7 % avaient choisi à nouveau l'AM pour la grossesse actuelle.

D'une manière générale, les femmes qui ont elles-mêmes été allaitées, qui ont déjà vu une mère allaiter et qui ont déjà allaité précédemment, allaitent plus et plus longtemps que les autres. Les mères ayant déjà eu une expérience d'allaitement positive ont généralement un niveau plus élevé de confiance en soi et d'auto-efficacité que les mères primipares. En revanche, si les expériences précédentes ont été plutôt négatives, la confiance en sa capacité à allaiter peut être moindre.

II.B.1.c. Facteurs de choix personnel (intentions, motivations, décision d'allaiter) [14][18][35][28]

Le fait que la grossesse ait été planifiée est significativement associé à un AM prolongé au-delà de quatre mois.

Le choix d'allaiter ou non se fait avant la grossesse et/ou durant le premier trimestre dans la grande majorité des cas. Le désir prénatal d'allaiter ou de ne pas allaiter prédit en grande partie le comportement de la mère après la naissance de l'enfant. Ainsi, l'intention prénatale d'allaiter de manière prolongée est significativement associée à un allaitement prolongé. Inversement, si une ambivalence est ressentie chez la mère durant la grossesse, la probabilité d'arrêter l'allaitement très tôt après la naissance est augmentée. La perception de la facilité d'allaiter est aussi déterminante.

Dans l'enquête réalisée par le réseau « sécurité naissance – naître ensemble » des Pays de la Loire en 2007, il a été établi la courbe suivante:

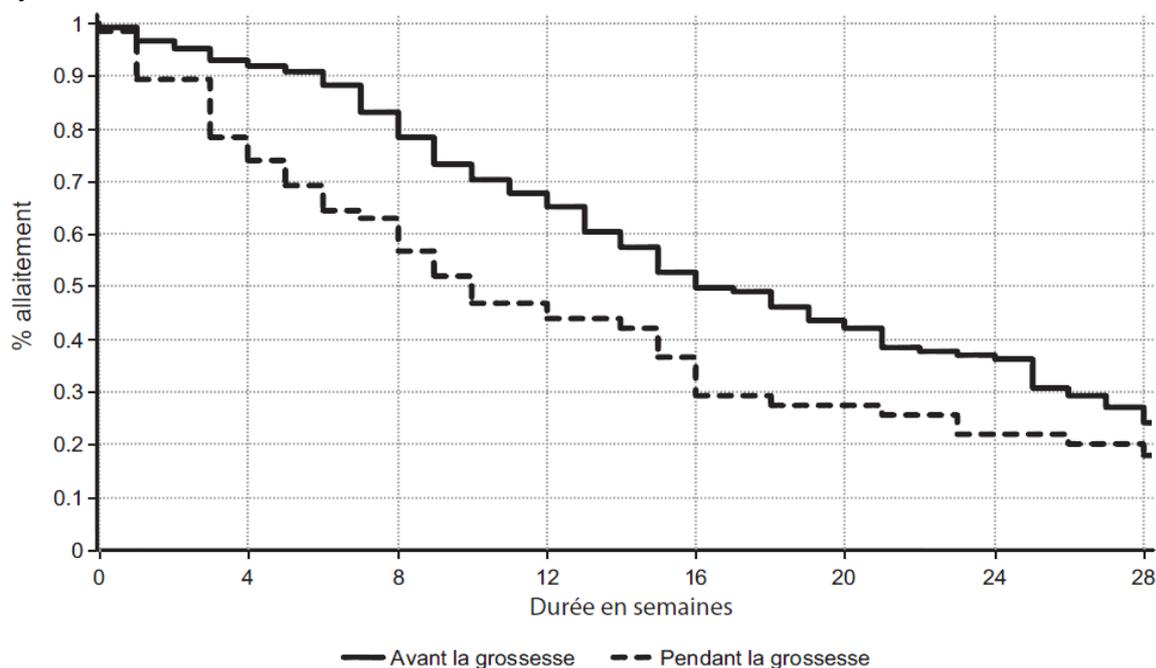


Figure 7: Durée d'allaitement maternel selon le moment de la décision d'allaitement: médianes de durée d'allaitement: 16 semaines pour le groupe ayant décidé avant la grossesse versus 10 semaines pour le groupe ayant décidé pendant la grossesse [35]

Le réseau de périnatalité Loire–Nord Ardèche (ELENA) a entrepris une enquête en octobre 2011 dans une des maternités du réseau. Les facteurs contribuant à la décision de la mère à choisir l'allaitement sont:

- le bénéfice pour la santé de l'enfant (73 %);
- la dimension relationnelle avec l'enfant (56 %);
- le côté naturel (32 %);
- le côté pratique (11 %);
- la perte de poids associée (7 %).

Les raisons invoquées par les mères qui utilisent le biberon sont:

- l'aspect pratique (50 %);
- la pudeur (34 %);
- une mauvaise expérience antérieure (15 %);
- le retour au travail (14 %);
- le côté esthétique (3 %);
- la perception de la mère de la préférence du père pour le biberon;
- l'incertitude concernant la quantité de lait prise au sein;
- le manque de disponibilité pour les autres enfants.

II.B.1.d. Préparation à la naissance [14][26]

Le fait d'avoir suivi des cours de préparation à la naissance ou de soins au bébé est associé à des taux d'allaitement plus élevés et à un AM prolongé au-delà de quatre mois. De même, la participation à des séances d'information prénatale sur l'allaitement est à l'origine d'un allaitement plus long et exclusif.

Dans l'étude d'Angers, la participation à des séances de préparation à la naissance avait été proposée à 74,8 % des femmes et 51,2 % y avaient assisté: les primipares plus fréquemment que les multipares (65,7 % versus 41,3 %). Pendant ces cours, plusieurs supports avaient été utilisés pour informer sur l'AM dans 41 % des cas: il s'agissait de brochures, d'une vidéo et d'un groupe de discussion respectivement dans 54, 9,8 et 35,9 % des cas. Les femmes avaient rencontré des mères ayant allaité au sein avec succès dans 33,2 % des cas.

II.B.1.e. Croyances et représentations [14][43][44]

La perception d'une insuffisance de lait semble être la première raison amenant les mères à introduire le lait artificiel et/ou à mettre fin à l'AM.

L'incertitude concernant la quantité de lait prise par le bébé (présente chez 47 % des mères dans l'étude de Kronborg et Vaeth) est négativement associée à la durée de l'AM et 35 % des mères l'invoquent comme raison les amenant à utiliser le biberon. Le fait de ne pas savoir la quantité de lait que le bébé a bu est en effet inquiétant pour certaines mères.

Les femmes françaises étant nettement moins nombreuses à allaiter leurs enfants au moment de leur naissance que les femmes allemandes, une enquête, publiée en 2007, a été réalisée auprès de 126 femmes françaises et 80 femmes allemandes, toutes primipares.

Les mères allemandes dans leur ensemble accordaient une plus grande importance que les mères françaises aux avantages psychologiques et physiologiques de l'allaitement pour leur bébé, ainsi qu'aux avantages de l'allaitement maternel pour leur propre santé. C'est probablement dû à une meilleure information des futures mères allemandes dès le début de leur grossesse.

En revanche, elles accordent une moindre importance à d'autres points : tel que les interdits pendant l'allaitement (tabac, alcool, médicament), car elles les perçoivent moins comme une contrainte rigide.

Elles accordent également moins d'importance aux effets de l'allaitement sur leur couple, ainsi qu'aux éventuels avantages du biberon pour la relation père-enfant. Ce qui semble reposer sur l'idée erronée que la seule façon pour un père d'interagir avec un nouveau-né est en le nourrissant.

Enfin, elles prêtent également une moindre importance aux inconvénients de l'allaitement maternel pour la mère tel que la fatigue, ce qui explique peut-être que de nombreuses femmes françaises perçoivent le biberon comme pratique car dénué de contraintes. Dans cette étude, 18 % des femmes allemandes allaitent pour des raisons pratiques contre 4 % des françaises.

Une étude menée en 2006 a comparé des femmes allaitants exclusivement et des femmes donnant exclusivement un lait industriel, qui avaient accouché dans une maternité privée de Toulouse et appartenant pour la plupart à une classe socioéconomique moyenne. Elles ont été questionnées à 1 semaine, 6 semaines et 12 semaines du post-partum. A chacune des semaines, il n'y avait pas de différence significative dans le niveau de fatigue éprouvé par ces mères.

II.B.1.f. Facteurs psychosociaux [40][14][37]

Selon Ainsworth et coll., la sensibilité parentale réfère à la capacité du parent d'offrir des réponses promptes, prévisibles et chaleureuses aux comportements, signaux et aux besoins de réconfort manifestés par l'enfant. D'après Britton et coll., les mères qui allaitent au moins jusqu'à trois mois ont une plus grande sensibilité maternelle. De plus, les résultats de l'étude de Lacombe rapportent que les mères et les enfants vivant des interactions mère-enfant positives poursuivent leur allaitement plus longtemps. L'une des hypothèses soulevée pour expliquer ce constat, serait que ces mères sont probablement plus sensibles aux signaux émis par l'enfant.

Par ailleurs, les nouvelles mères éprouvent du stress et de l'anxiété durant les premières semaines suivant la naissance, ce qui peut influencer leurs capacités à développer un sentiment personnel de compétence et d'efficacité. L'anxiété maternelle est reconnue comme un facteur de sevrage de l'allaitement maternel et comme facteur le plus significatif chez les primipares. Il est donc opportun d'évaluer l'anxiété de la mère sur sa capacité à allaiter son enfant.

La confiance en soi des mères et leur sentiment d'auto-efficacité sont d'importants prédicteurs de la durée et du niveau d'allaitement. Les femmes doutent parfois de leur capacité à allaiter et, plus tard, de leur capacité à concilier travail et allaitement. Blyth et coll. ont montré que les mères ayant une confiance en leur capacité d'allaiter élevée allaitaient significativement plus, et de manière exclusive, à une semaine et à quatre mois, que les mères ayant une faible confiance.

Une étude française rapporte que la gêne d'allaiter devant certaines personnes existe chez environ 40 % des mères interrogées et est associée à une durée d'allaitement moindre, sans représenter toutefois un facteur significatif. Les entretiens ont révélé que le regard de certains hommes, du père ou du beau-père en particulier, est jugé gênant par certaines mères.

La dépression postnatale, diagnostiquée dans l'étude d'Henderson et coll. chez 18 % des mères, est significativement associée à un sevrage plus précoce. Quant au «baby blues» du post-partum, il aurait été ressenti dans l'étude de Branger et coll. par 48 % des mères sans pour autant être corrélé à un allaitement plus court.

La perception qu'a la mère du tempérament de l'enfant semble également influencer la poursuite de l'allaitement. Vandiver rapporte que, selon les mères, le tempérament facile de l'enfant est favorable à la poursuite de l'allaitement. En retour, les enfants dont les mères poursuivent l'allaitement, présentent des comportements plus calmes. À l'inverse, les enfants qui sont susceptibles d'être sevrés, manifestent plus de pleurs.

II.B.1.g. Pratique de l'allaitement et des soins au bébé

[14][45][46][44][21][35]

Il semblerait que l'expérience initiale d'allaitement influence fortement sa durée: les femmes qui ont vécu une expérience d'allaitement initiale plutôt négative poursuivent moins facilement l'allaitement, malgré l'intention qu'elles pouvaient avoir avant la naissance. Les auteurs suggèrent que les femmes qui ont connu certaines difficultés durant la première semaine (environ 50 % d'entre elles) ou un manque de confort émotionnel (environ 10 %) mais qui ont surmonté les difficultés et poursuivi l'allaitement éprouvent par la suite un sentiment de plus grande auto-efficacité.

La présence de difficultés liées à l'allaitement durant les quatre premières semaines est fréquente, de l'ordre de 50 % des femmes selon Scott et coll.. Il s'agit le plus souvent de douleurs mammaires, de mastites, de crevasses, de retard de montée de lait ou de fatigue. Il n'y a pas davantage de problèmes chez les mères qui arrêtent précocement l'allaitement que chez celles qui le poursuivent au-delà de quatre mois, mais l'absence de complications a bien une influence positive sur le processus d'allaitement.

Certaines pratiques contraires aux «dix conditions pour le succès de l'Allaitement maternel» de l'OMS montrent des effets négatifs sur la durée de l'allaitement (paragraphe «Pratiques hospitalières des soins mère/enfant») et le rôle des professionnels de santé est d'informer les mères à ce sujet. Ainsi, on observe une association négative significative entre l'introduction précoce (à la maternité ou avant quatre semaines) d'une tétine au bébé et la durée de l'AM. En effet, la succion d'une tétine fait intervenir des mouvements différents de la succion du sein maternel et serait à l'origine de tétées moins fréquentes et plus courtes, entraînant une production moins abondante de lait maternel. On peut cependant se demander si l'usage de la sucette est une véritable cause de sevrage précoce ou si elle est un marqueur de troubles d'allaitement ou d'une diminution de la motivation maternelle à allaiter. Pour cette raison les recommandations de l'Académie Américaine de

Pédiatrie sont d'attendre la mise en place avec succès de l'allaitement maternel avant d'introduire la sucette.

En revanche, la succion du pouce n'est pas un facteur de risque de sevrage précoce, (peut-être parce qu'il est observable dès la vie intra-utérine).

La présence du bébé la nuit avec sa mère est associée à une durée d'allaitement plus longue. Dans l'étude menée en Rhône-Alpes en 2004-2006, il n'y a pas de différence dans les pratiques à domicile en ce qui concerne le lieu où dorment les enfants encore allaités et les enfants sevrés (même chambre ou lit que la mère, chambre différente).

En plus des avantages pour la santé de l'enfant à court et à long terme, tirer son lait a d'autres bénéfices : en stimulant les seins, cela aide à maintenir la lactation ; cela prévient d'éventuels engorgements, canaux lactifères bouchés, et minimise les « fuites ».

Les femmes qui choisissent de tirer leur lait allaitent généralement plus longtemps que les autres. Ainsi, parmi les employées d'une agence gouvernementale américaine qui pouvaient tirer leur lait au travail, 99 % allaitaient à la naissance, et plus de 68 % allaitaient encore à 1 an .

Dans l'enquête réalisée par le réseau « sécurité naissance – naître ensemble » des Pays de la Loire en 2007, certains critères facteurs de durée courte d'AM ont été observés:

Tableau 9: Durée d'allaitement en fonction des données observées au 1^{er} mois [35]

	Médiane de durée (semaines)	Différence (semaines)	Risque relatif de sevrage
<i>Sucette</i>			
Oui	15	-1	1,03
Non	16		1
<i>Complément</i>			
Oui	8	-10	2,26
Non	18		1
<i>Crevasse</i>			
Oui	12	-3	1,00
Non	15		1
<i>Bébé a besoin d'être stimulé pour commencer à têter</i>			
Oui	4	-12	2,44
Non	18		1
<i>Allaitement à la demande</i>			
Oui	22		1
Non	11	-11	1,85
<i>Aide auprès professionnels</i>			
Oui	9		1
Non	13	-4	1,16
<i>Difficultés du bébé à têter</i>			
Oui	8	-8	1,28
Non	15		1
<i>Difficultés pour la mère</i>			
Oui	8	-8	1,28
Non	16		1
<i>Aide positive de l'entourage</i>			
Oui	19		1
Non	12	-7	1,65

NS : non significatif.

II.B.1.h. État de santé et mode de vie de la mère [14][35]

L'obésité de la mère (définie par un IMC supérieur ou égal à 30) avant la grossesse est corrélée de manière négative à la durée de l'allaitement.

Dans l'enquête réalisée par le réseau « sécurité naissance – naître ensemble » des Pays de la Loire en 2007, il a été établi la courbe suivante:

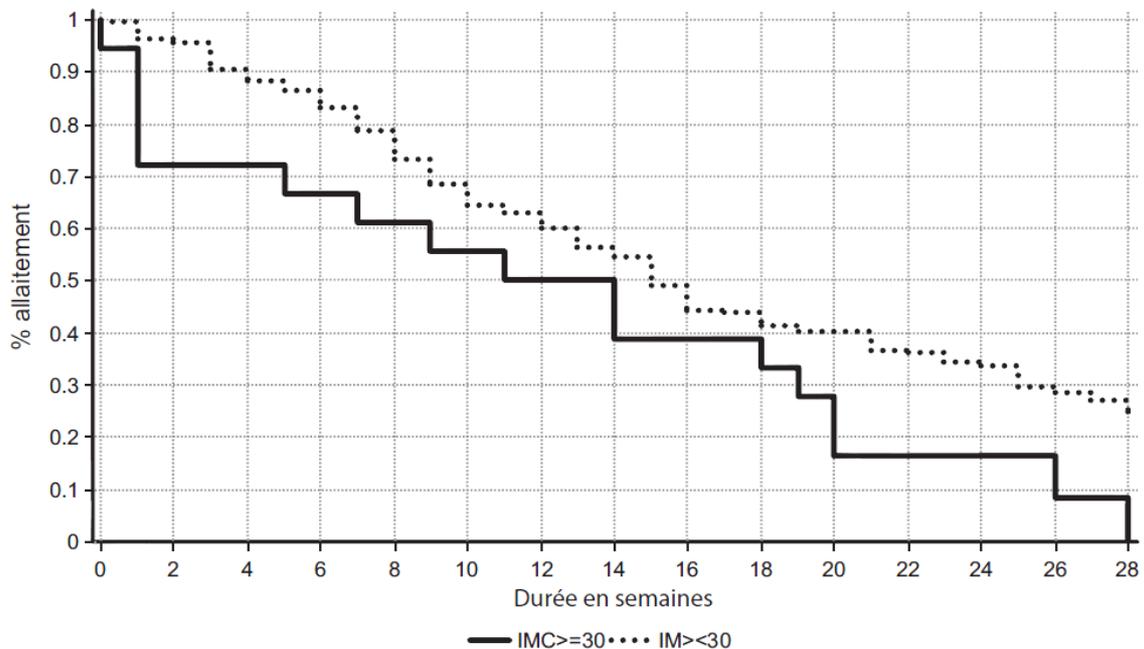


Figure 8: Durée d'allaitement maternel selon l'indice de masse corporelle (IMC) de la mère avant la grossesse:

médianes de durée d'allaitement: 15 semaines pour les IMC supérieurs à 30 versus 11 semaines pour les IMC inférieurs à 30 [35]

Le tabagisme de la mère durant la période périnatale, défini comme le fait de fumer avant, pendant ou après la grossesse, est généralement associé à une plus faible initiation de l'allaitement et à un sevrage plus précoce. Les mères qui continuent à fumer pendant leur grossesse et après la naissance ont 2,18 fois plus de chances de ne plus allaiter à dix semaines, par rapport aux mères non fumeuses. En revanche, les mères qui ont arrêté de fumer ou diminué leur consommation de cigarettes pendant la grossesse ont une durée moyenne d'allaitement plus longue que celles qui ne modifient pas leurs habitudes vis-à-vis du tabac.

II.B.1.i. Situation d'emploi de la mère [37][35][39][14][21]

Selon l'étude menée en Rhône-Alpes en 2004-2006, après 3 mois, le principal motif de sevrage avancé par les femmes est la reprise du travail, mais il ne l'est qu'à hauteur de 25,6 % à 3 mois et de 30 % à 6 mois. Les femmes qui concilient allaitement et travail représentent environ un tiers des femmes qui ont repris à 3 mois et à 6 mois.

Au-delà de 6 mois, l'importance du facteur travail comme motif de sevrage décroît fortement.

Dans l'enquête réalisée par le réseau « sécurité naissance – naître ensemble » des Pays de la Loire en 2007, il a été établi la courbe suivante:

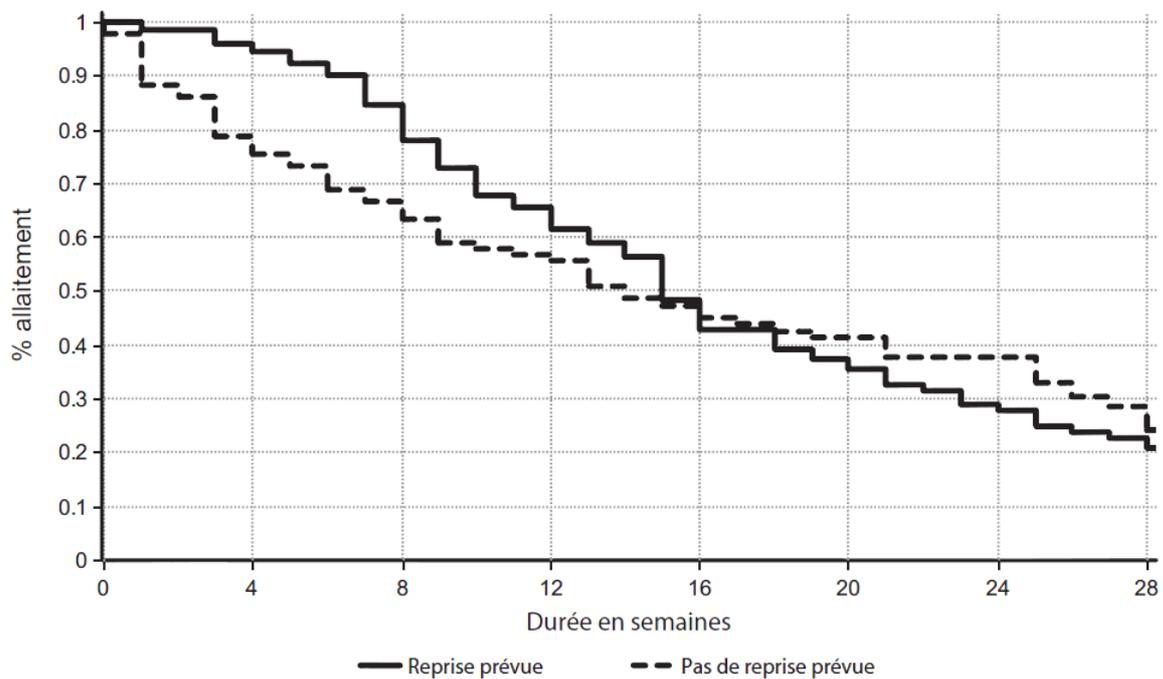


Figure 9: Durée d'allaitement maternel en fonction de la reprise ou non du travail: médianes de durée d'allaitement: 15 semaines lorsque la reprise était prévue versus 14 semaines lorsqu'elle ne l'était pas [35]

On observe un croisement des 2 courbes vers 16 semaines (au moment de la fin des congés de maternité et autres congés). Les femmes qui avaient leur travail à reprendre étaient plus nombreuses à allaiter jusqu'à cette date, mais à 6 mois, le taux d'allaitement était semblable qu'elles aient ou non à reprendre leur travail. Le rôle de la reprise du travail paraît faible dans cette étude, prenant à contre-courant les idées préconçues dans ce domaine: en fait, les facteurs liés au travail (parité, catégorie socioprofessionnelle, moment de la décision...) sont plus importants que le travail lui-même, même si vers 16 semaines, une inflexion se dessine sur les courbes de probabilité d'allaitement. Sans reprise du travail, la courbe ne chuterait probablement pas et les taux de probabilité à 6 mois seraient probablement plus élevés.

Dans l'enquête faite à Toulouse en 2005, la reprise du travail était responsable de 54 % des arrêts d'AM entre 3 et 6 mois, alors qu'elle n'était responsable que de 19 % des arrêts avant 3 mois.

Malgré l'intention de nombreuses femmes de continuer d'allaiter après le retour au travail, l'emploi de la mère constitue un facteur associé à un sevrage précoce.

Toutes les femmes n'ont pas la possibilité de poursuivre l'allaitement après la reprise du travail. L'environnement de travail joue un rôle important.

Les freins à l'allaitement identifiés sur le lieu de travail incluent:

- le manque de soutien de l'employeur et des collègues;
- l'accès limité à l'utilisation d'un tire-lait;
- le manque de lieu disponible pour tirer son lait;
- l'absence d'un réfrigérateur pour conserver le lait;
- le manque de flexibilité horaire pour pouvoir tirer son lait durant les heures de travail.

Peu de mères disent avoir utilisé un tire-lait sur leur lieu de travail et la plupart ont éprouvé des difficultés liées à l'expression du lait, par manque de connaissance de la technique.

Le temps de travail a également un impact important sur la durée de l'allaitement: des données américaines montrent que 42,4 % des femmes travaillant à temps partiel allaitent toujours leur bébé à quatre mois contre 34,3 % des femmes travaillant à temps plein et 39,9 % des femmes ne travaillant pas.

Enfin il est évident que plus les circonstances sont favorables, plus il sera facile de concilier travail et allaitement :

- un bébé plus âgé (un mois de plus ou de moins peut faire une grande différence: dans l'étude de K. Auerbach , les mères qui reprenaient le travail quand leur bébé avait au moins 16 semaines allaitaient plus longtemps que les autres);
- un temps de transport plus court;
- un bébé gardé près du lieu de travail, voire sur le lieu de travail.

II.B.2. Facteurs liés au bébé et à son état de santé [18]

[14][47][46]

La prévalence de l'allaitement augmente avec l'âge gestationnel de l'enfant et son poids à la naissance, mais diminue pour les enfants de 4 Kg ou plus.

Les taux d'initiation de l'allaitement sont plus faibles chez les enfants prématurés, mais les enfants prématurés allaités ne le sont pas moins longtemps que les autres.

La mise en place et la poursuite de l'allaitement maternel des grands prématurés se heurtent à des obstacles, tels que la séparation mère-enfant et le stress parental. Les taux d'allaitement maternel des prématurés de moins de 32 SA sont en moyenne plus faibles que ceux observés dans les maternités au sein d'une même région. La proportion de prématurés allaités à la sortie des unités de néonatalogie est variable en Europe, avec des extrêmes allant de 90 % en Suède à 19 % en Bourgogne.

Une étude a été menée dans le service de néonatalogie du centre hospitalier universitaire (CHU) d'Amiens entre le 1^{er} janvier 2009 et le 30 juin 2011, soixante-dix-sept nouveau-nés avant 32 SA ont été inclus. Alors que 66 % des mères avaient souhaité allaiter à la naissance, le taux de succès d'allaitement maternel à la sortie d'hospitalisation a été de 38 %. Le taux d'allaitement maternel exclusif était de 22 %. La proportion de femmes mariées était significativement plus élevée dans le groupe « succès d'allaitement maternel ». Mais il n'existait pas de différence significative entre les 2 groupes concernant les données néonatales.

D'autre part, la faible prise de poids du bébé rapportée par les mères durant la première semaine, de même qu'une perte de poids mesurée de plus de 10 % en maternité sont associées à un sevrage plus précoce.

La présence d'un problème de succion du bébé est un prédicteur significatif de non-allaitement exclusif à 12 semaines. Une technique de succion correcte est un préalable indispensable à la réussite de l'allaitement et à sa durée. Celle-ci peut être corrigée précocement, ce qui permet d'atteindre le même niveau d'allaitement.

Certains obstacles peuvent provenir de la morphologie buccale du bébé, comme l'épaisseur trop importante du frein de la langue.

II.B.3. Facteurs liés à l'accouchement [14][48]

Des recherches indiquent que l'expérience obstétrique des femmes peut influencer le comportement d'allaitement.

Concernant le mode d'accouchement, il a été démontré que l'accouchement par voie vaginale pouvait avoir une influence positive sur le comportement d'allaitement, tandis qu'un accouchement par césarienne a été identifié comme un facteur significatif de sevrage avant quatre mois.

En France (environ 80 000 naissances par an et un taux de césarienne moyen de 20 %), 200 000 parturientes accouchent par césarienne, dont une sur deux envisage d'allaiter. Depuis une quinzaine d'années, la prise en charge des césariennes a évolué tant sur le plan chirurgical (technique moins délabrante), qu'anesthésique (prépondérance de l'anesthésie locorégionale) ou environnemental (mise au sein précoce, accompagnement à l'allaitement). Pourtant la césarienne semble toujours

avoir un impact négatif sur l'allaitement, à court terme moins fréquemment pratiqué et produisant une quantité globale de lait ingéré par les enfants inférieure dans les premiers jours. L'allaitement exclusif est en particulier moins fréquent lorsque la naissance a lieu par césarienne.

Tous les auteurs s'accordent sur l'importance du contact et de la mise au sein précoce de l'enfant né par césarienne. L'Académie de pédiatrie recommande que cette mise au sein soit réalisée dans les 30 minutes qui suivent la naissance, quel qu'en soit le mode.

L'impact négatif sur la quantité de lait absorbée par l'enfant est lié probablement à un retard de montée laiteuse et à un comportement suboptimal de l'enfant face à la tétée. Les enfants nés par césarienne ont un risque augmenté d'allaitement sous-optimal et de perte de poids excessive dans les premiers jours. Parmi les hypothèses invoquées dans la littérature pédiatrique (allaitement, hémorragie...), la douleur ressentie après une césarienne est potentiellement un frein à l'allaitement.

Interrogées par questionnaire, 60 femmes suédoises ayant accouché par césarienne sous analgésie locorégionale avec un plan d'analgésie postopératoire multimodale ont rapporté dans 78 % des cas une douleur supérieure à 4 dans les premières 24 heures. Cette douleur n'était pas corrélée à un mauvais vécu de l'accouchement, mais les patientes rapportaient une limitation dans leur capacité à s'occuper de leur enfant dans 42 % des cas, du fait de la douleur. Dans 30 % des cas, elles soulignaient que la douleur limitait sérieusement leur capacité à allaiter leur bébé. Les chercheurs Hirose et coll. ont ainsi comparé deux groupes de 15 patientes ayant donné naissance par césarienne sous rachianesthésie. Dans un groupe, les patientes ont reçu des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) à la demande et dans l'autre, elles ont bénéficié d'une perfusion péridurale continue d'anesthésique local pendant trois jours et des AINS à la demande. La douleur postopératoire était moindre dans le groupe bénéficiant de l'analgésie péridurale: le poids des enfants et la quantité de lait ingérée par l'enfant étaient supérieurs dans le groupe bénéficiant de l'analgésie péridurale. Ce bénéfice attribué à une meilleure analgésie se poursuivait pendant les 12 jours suivant l'accouchement.

Une des hypothèses des auteurs est que les cathécholamines sécrétées sous l'effet de la douleur intense inhibent la sécrétion de l'ocytocine impliquée dans la montée laiteuse.

D'après le rapport de l'Anaes, l'analgésie péridurale pendant le travail peut retarder le réflexe de succion mais ne compromet pas le devenir de l'allaitement. Il semble que la réussite ou l'échec de l'allaitement est plus à mettre sur le compte de la qualité du soutien global dont bénéficient ou non les mères, notamment au moment de la mise en œuvre de l'allaitement.

L'effet de la longueur du séjour à l'hôpital n'est pas clair. Deux études suédoises ont obtenu des résultats contradictoires: l'une montrant que la longueur du séjour

hospitalier après la naissance n'était pas associée avec la durée de l'allaitement et que certaines caractéristiques maternelles pouvaient être des prédicteurs plus importants d'un allaitement prolongé; l'autre montrant qu'une sortie « rapide » de l'hôpital (72 heures après la naissance) était associée à une durée plus courte d'AM exclusif.

II.B.4. Facteurs liés à l'entourage [14][26][44]

Plusieurs études ont montré que les pères avaient un rôle influent dans la prise de décision des femmes d'allaiter leur enfant et que leur soutien était crucial pour le succès de l'allaitement.

Dans l'enquête menée à Angers en 2010, les mères déclaraient avoir été influencées par le père du bébé dans le choix de l'allaitement au sein dans 18,6 % des cas contre 5,2 % des femmes allaitant artificiellement.

Parmi les femmes allaitant au sein, 13,1 % avaient été influencées par le reste de leur entourage (famille, amis) dans leur choix du type d'allaitement contre 6,2 % des femmes allaitant au biberon.

Les professionnels de santé avaient influencé les femmes allaitant au sein dans leur choix dans 27,1 % des cas, contre 0,5 % des femmes allaitant au biberon.

Dans l'étude de Scott et coll., menée en Australie, 59 % des femmes qui percevaient que leur partenaire était plus favorable à l'allaitement ont maintenu l'allaitement jusqu'à six mois et 53 % ont allaité exclusivement leur enfant jusqu'à trois mois, contre 30 et 26 %, respectivement, des femmes qui percevaient que leur partenaire était plus favorable au biberon ou ambivalent quant au type d'alimentation du bébé.

Les mères qui allaitent plus de neuf mois leur enfant expriment une plus grande satisfaction à propos du soutien émotionnel reçu de la part de leur conjoint et de leur propre mère que les mères qui sèvrèrent rapidement leur enfant.

Les croyances et représentations au sujet de l'allaitement des autres mères et grands-mères (« Es-tu sûre d'avoir assez de lait? », « N'a-t-il pas encore faim? ») peuvent malheureusement avoir une influence néfaste sur la confiance en soi des mères et la prolongation de l'AM.

Un soutien des autres mères sous forme d'appui téléphonique, en augmentant la confiance en elles des mères, permet parfois d'améliorer la durée et l'exclusivité de l'AM.

Enfin, dans l'étude menée en Rhône-Alpes en 2004-2006, à 1 mois ou à 3 mois, les femmes poursuivant l'allaitement ne sont pas significativement plus aidées sur le plan des travaux domestiques ou du soin aux autres enfants que les femmes ayant sevré.

II.B.5. Facteurs liés au système de santé

II.B.5.a. Pratiques hospitalières des soins mère/enfant

[14][49][50][51]

Selon le rapport de l'Anaes, il semble encore fréquent en France que des nouveau-nés même bien portants soient séparés de leur mère à la naissance pour des soins de routine ou une surveillance, malgré les bénéfices connus d'un contact précoce avec la mère:

- première tétée précoce;
- maintien efficace de la température corporelle du bébé;
- amélioration de son bien-être;
- bonne adaptation métabolique;
- renforcement des liens mère/enfant.

Les études portant sur l'efficacité du contact précoce sur la durée de l'allaitement montrent des résultats hétérogènes. D'après l'étude Epifane, les taux d'allaitement étaient plus élevés avec le fait d'avoir été en contact direct peau-à-peau avec son enfant dans l'heure suivant l'accouchement. Il ne semble pas facile de séparer les effets du contact précoce avec la mère et ceux de la mise au sein précoce. Guise et coll., dans une méta-analyse, ont trouvé qu'il n'y avait pas d'association entre le contact maternel précoce et l'initiation de l'allaitement.

L'OMS recommande de débiter l'allaitement dans la demi-heure suivant la naissance. La mise au sein précoce après l'accouchement, que la tétée soit « efficace » ou non, a été soulignée comme bénéfique sur la durée d'allaitement, tandis qu'une mise au sein différée semble être un facteur de risque de sevrage plus précoce.

La tétée précoce a plusieurs avantages:

- mise à profit du réflexe de succion du bébé qui est innée et qui risque de disparaître (dans les deux premières heures de sa vie, ce réflexe est à son maximum);
- favorise la production de colostrum (anti-infectieux, évacuateur de méconium et sécrété en quantité adaptée à la taille de l'estomac);
- stimule la montée de lait;
- prévient l'hémorragie de la délivrance ainsi que les problèmes de sein.

Le fait de recommander certaines pratiques, comme l'allaitement à horaires fixes, l'utilisation d'une tétine ou d'une sucette ou de donner des compléments de lait artificiel sans indication médicale en maternité, est défavorable à la poursuite de l'allaitement. En revanche, promouvoir un allaitement fréquent a une influence positive sur la durée de l'allaitement.

La distribution d'échantillons gratuits de lait réduit l'allaitement exclusif, en particulier pour les femmes n'ayant pas encore fait un choix en ce qui concerne l'allaitement.

II.B.5.b. Soutien des professionnels de santé [26]

Tous les facteurs liés à l'information prénatale sur l'AM par les professionnels de santé sont significativement corrélés à la mise en route de l'AM.

II.B.5.b.1. Information des femmes [26][19][44]

Tableau 10: Initiation de l'allaitement maternel selon l'information prénatale sur l'allaitement maternel par les professionnels de santé [26]

	Participants, n (%)	Initiation de l'allaitement maternel, %	OR (IC à 95 %)	p
<i>Information par un soignant sur l'allaitement maternel</i>				
Oui	365 (73,1)	67,4	2,6 (2,1–2,9)	< 0,001
Non	134 (26,9)	44	1	
<i>Information sur les bénéfices de l'allaitement maternel pour l'enfant</i>				
Oui	389 (77,8)	64,8	1,9 (1,2–2,9)	< 0,01
Non	111 (22,2)	48,6	1	
<i>Information sur les bénéfices de l'allaitement maternel pour la mère</i>				
Oui	257 (51,4)	66,1	1,5 (1,0–2,2)	0,04
Non	243 (48,6)	56	1	
<i>Conseil d'un allaitement maternel exclusif de 6 mois</i>				
Oui	137 (27,4)	72,3	1,9 (1,2–3)	< 0,01
Non	363 (72,6)	57	1	
<i>Participation à des cours de préparation à la naissance</i>				
Oui	256 (51,2)	67,6	1,7 (1,2–2,5)	< 0,01
Non	244 (48,8)	54,5	1	

OR : odds ratio ; IC : intervalle de confiance.

Dans l'étude d'Angers en 2010, plus d'un quart des femmes (26,9 %) ont déclaré n'avoir reçu aucune information sur l'AM par un professionnel de santé pendant leur grossesse, ce qui va à l'encontre des recommandations de la HAS. Pour les autres, l'information avait émané principalement des sages-femmes (63,7 %) et rarement par des médecins: 5 % par un médecin généraliste et 3,6 % par un gynécologue obstétricien.

L'AM est plus souvent abordé par les sages-femmes car elles réalisent des cours de préparation à la naissance durant lesquels le mode d'alimentation du nouveau-né est systématiquement abordé.

Par ailleurs, les cours de préparation à la naissance ont lieu assez tardivement dans la grossesse alors que la majorité des femmes prennent leur décision tôt, soit avant la conception, soit en début de grossesse. Cela pourrait expliquer, finalement, le peu d'impact de l'information sur l'allaitement donnée pendant la grossesse par les professionnels de santé quels qu'ils soient. Ainsi, la période pré-conceptionnelle ou le début de grossesse pourraient être propice à la promotion de l'AM et permettre aux professionnels de santé de prendre également en compte le père. Si la moitié des femmes de l'étude ont déclaré avoir assisté à des cours de préparation à la naissance,

au niveau national le taux est inférieur avec une tendance à la baisse depuis plusieurs années.

Toutefois, une étude réalisée en 2001–2002, auprès de 331 femmes a montré qu'un soutien post-natal précoce individualisé, par un pédiatre ou un généraliste sensibilisé à l'allaitement, au 15^e jour du post-partum permettait d'allonger la durée médiane d'allaitement (18 semaines versus 13 semaines) et la durée d'allaitement à six mois (31 % versus 22 %), sans pour autant rallonger le délai de reprise du travail (17 semaines dans les deux groupes). La période du post-partum précoce semblerait une période charnière pour soutenir les femmes à poursuivre l'allaitement alors qu'actuellement en France, les consultations systématiques proposées aux femmes et à leur enfant sont plus tardives: l'examen post-natal est proposé aux femmes six à huit semaines après l'accouchement et la première consultation du nourrisson à un mois de vie. En fonction des besoins des mères, deux séances individuelles peuvent être prises en charge du 8^e jour suivant l'accouchement jusqu'à l'examen médical postnatal mais une consultation systématique proposée dans les 15 jours suivant le retour à domicile serait certainement très utile pour soutenir et accompagner les femmes allaitantes.

Dans l'enquête d'Angers, une information sur les bénéfices de l'AM pour l'enfant et pour elles-mêmes avait été prodiguée à 77,8 % et 51,4 % des femmes respectivement. Or, la principale raison invoquée par les mères pour expliquer leur choix d'AM est la connaissance des avantages du lait maternel pour la santé de leur enfant. Par ailleurs, il a été montré que la connaissance des bénéfices de l'AM pour l'enfant était un facteur associé à la mise en route de l'AM. Une étude réalisée en 2002 par Duclos et coll. sur les facteurs associés au choix du mode d'alimentation pour un nouveau-né hospitalisé a montré que le choix d'allaiter croissait significativement avec le nombre de qualités du lait maternel connues par les femmes (taux d'AM de 10 % pour celles qui n'en connaissaient aucune à 76 % pour celles en connaissant quatre). Il paraît donc essentiel que chaque femme enceinte soit informée des bénéfices du lait maternel pour qu'elle puisse prendre une décision éclairée concernant le choix du mode d'alimentation de son enfant.

Enfin la HAS recommande aux professionnels de santé de conseiller à chaque femme enceinte un AM exclusif pendant 6 mois, or seulement 27,4 % disaient avoir reçu ce conseil.

Conseiller aux femmes enceintes un allaitement au sein exclusif paraît d'autant plus important que l'encouragement des professionnels de santé influence positivement la mise en route de l'AM. Ainsi une étude américaine portant sur 1229 femmes a montré une proportion 4 fois plus élevée de femmes allaitant au sein parmi celles qui avaient été encouragées à le faire par un professionnel de santé au cours de leur grossesse; et ce, quelle que soit leur catégorie sociale et leur ethnie. Même dans les populations

qui ont habituellement moins tendance à allaiter au sein, l'encouragement des professionnels de santé augmente de façon significative la mise en route de l'AM: près de 3 fois plus chez les femmes jeunes et de bas niveau socioéconomique, et 11 fois plus chez les mères célibataires. Par ailleurs, Peters et coll. ont observé que les mères (65 %) qui avaient connaissance des recommandations d'allaiter au sein exclusivement pendant 6 mois allaitaient de façon significative plus longtemps (plus de quatre mois). Alors qu'en France la durée médiane de l'AM est de 15 semaines et bien que d'autres facteurs interviennent dans cette durée, il paraît essentiel que chaque femme enceinte soit informée de cette recommandation.

La HAS recommande aux professionnels de santé de s'informer des représentations et des connaissances sur l'AM de toute femme enceinte afin de cibler les interventions de soutien. Moins de la moitié des femmes de l'étude (43,4 %) avait été interrogée sur ses représentations en matière d'allaitement au sein. Ces représentations des mères concernant l'alimentation du bébé sont un facteur prédictif du choix du type d'allaitement encore plus fort que les facteurs sociodémographiques. Ainsi les femmes qui allaitent au sein ont une perception favorable de ce mode d'allaitement souvent étayée par les arguments de professionnels ou les témoignages favorables de l'entourage. Les mères qui allaitent au biberon ont, quant à elles, souvent des idées fausses en rapport avec l'allaitement au sein (douleur, impossibilité ou contraintes trop importantes) ainsi que sur l'allaitement au biberon (par exemple: « lait artificiel issu du lait de vache présentant les mêmes vertus que le lait maternel »). De ce fait, il est nécessaire de prendre connaissance des représentations des mères en matière d'AM afin d'apporter une information objective et pertinente.

Tableau 11: Information sur la préparation des seins pendant la grossesse et sur les modalités de mise en œuvre de l'allaitement maternel par les professionnels de santé [26]

	Participants, n (%)
<i>Information sur la préparation des seins à l'allaitement</i>	
Question de la préparation des seins à l'allaitement maternel abordée	341 (68,2)
Si oui, quel conseil ?	
On vous a encouragé à préparer vos seins	131 (82,9)
On vous a déconseillé la préparation des seins	1 (0,6)
On vous a dit « cela n'a pas d'utilité »	26 (16,5)
Si conseil de préparation des seins	
Application de crème sur les mamelons	80 (61,1)
Expression manuelle de colostrum	62 (47,3)
Port de coupelles pour des mamelons ombiliqués	12 (9,2)
Manœuvres d'étirement des mamelons pour des mamelons ombiliqués	8 (6,1)
Autre	10 (7,6)
<i>Modalités de mise en œuvre de l'allaitement maternel</i>	
Information	
Sur le contact peau à peau et la tétée précoce	359 (71,9)
De l'intérêt de garder son bébé à proximité les premiers jours	268 (53,8)
Du besoin fréquent de téter des bébés allaités au sein	315 (63)
De la réalisation de l'allaitement à la demande	292 (58,5)
De la bonne position d'un nouveau né au sein	316 (63,2)
Des signes d'une prise correcte du sein par l'enfant	311 (62,2)

Seulement 5,2 % des femmes de l'étude avaient été informées de l'inutilité de la préparation des seins à l'AM pendant la grossesse comme le recommande la HAS; la préparation des seins n'apportant pas de bénéfices même en cas de mamelons rétractés ou peu extensibles. Pourtant, encore un quart des femmes de l'étude avait reçu un conseil de préparation des seins pendant la grossesse: que ce soit par l'application de crème sur les mamelons, par l'expression manuelle de colostrum, le port de coupelles ou la réalisation de manœuvres d'étirement en cas de mamelons rétractés.

Selon les recommandations les plus récentes de la HAS et de l'Académie américaine de pédiatrie, le tabagisme n'est pas une contre-indication à l'AM. Peu de femmes de l'étude avaient reçu cette information (22,5 %) et certaines avaient été informées que le tabagisme empêchait l'AM. Donner l'information aux femmes fumeuses que le tabagisme n'empêche pas l'AM et que ce dernier est pour elle et leur enfant le meilleur choix permettrait d'augmenter le taux d'AM chez les femmes fumeuses. C'est ce que souligne cette étude dans laquelle les femmes fumeuses pendant la grossesse informées que le tabagisme n'empêche pas l'AM étaient 6 fois plus nombreuses à allaiter au sein que celles ayant reçu l'information contraire.

Une majorité des femmes de l'étude avait été informée de la physiologie de l'AM et de ses modalités de mise en œuvre. Informer les femmes sur ces points augmente le degré de connaissance des futures mères sur l'AM. Faire en sorte que les futures mères aient une bonne connaissance de l'allaitement au sein est essentiel car il a été démontré que le degré de connaissance des femmes enceintes sur l'AM était en corrélation étroite avec leur confiance en leur capacité d'allaiter et avec la durée de l'AM. Toutefois, cet effet dépend de la parité des mères. En effet, un degré de connaissance élevé chez les mères primipares est associé à une durée d'allaitement prolongée, mais cette association n'est pas retrouvée chez les mères multipares.

Moins de la moitié des femmes de l'étude avait reçu un document d'information sur l'AM pendant sa grossesse. En revanche, le contenu du document d'information reçu était dans la majorité des cas conforme aux recommandations, rappelant la physiologie et les bénéfices de l'allaitement au sein et détaillant des sources d'information.

En France, l'accès aux réseaux de soutien professionnels ou associatifs pour la poursuite de l'allaitement maternel est faible contrairement à la plupart des pays nord-européens.

L'étude menée en Rhône-Alpes en 2004-2006 révèle:

- qu'au cours du premier mois, que l'allaitement se poursuive ou que l'enfant soit sevré au moment de l'appel téléphonique pour l'enquête, 1 mère sur 3 n'a fait appel à aucun conseil en allaitement.

- Entre 1 et 3 mois, le taux de recours est équivalent entre les mères qui poursuivent l'AM et celles ayant sevré au moment de l'appel: globalement 47 % des mères, (tous types de recours confondus: entourage familial et amical, professionnels de santé, ou associations).

Plus d'une femme sur 3 se tourne vers des recours spécialisés (professionnels de santé et associations). Le recours aux associations reste toutefois rare: 11,4 % des mères ayant recouru à une aide.

Le taux de satisfaction de ces recours est élevé à 1 mois comme à 3 mois: les mères ne remettent pas en cause la « compétence » des professionnels, qu'elles aient sevré ou qu'elles poursuivent leur allaitement après avoir sollicité cette aide.

Les motivations ou les aides perçues comme facilitatrices évoluent fortement au fur et à mesure du déroulement de l'allaitement.

Ainsi à 9 mois, l'aide des professionnels est très peu citée, alors que les facteurs ayant aidé le plus à la poursuite de l'allaitement sont, du plus au moins fréquent:

- l'envie de l'enfant, son plaisir;
- la qualité de la relation mère-enfant,
- le plaisir d'allaiter:
- le désir d'allaiter, motivation personnelle;
- le fait que ce soit bon pour la santé de l'enfant;
- le côté pratique de l'AM;
- l'AM qui se passe bien;
- le fait de ne pas travailler.

II.B.5.b.2. Information de l'entourage [26]

Dans l'enquête d'Angers, plus d'un tiers des femmes (36,5 %) a déclaré avoir été informé sur le rôle de soutien de l'entourage dans la mise en œuvre et la poursuite de l'AM. Le père avait assisté à une consultation de suivi de grossesse dans 37,1 % des cas; dans 10,2 % des cas suite au conseil d'un professionnel de santé. Le mode d'alimentation du futur bébé avait été abordé en présence du père lors d'une consultation de suivi de grossesse dans 15,4 % des cas. Un professionnel de santé avait proposé à une personne de l'entourage des femmes d'assister à une séance de préparation à la naissance portant sur l'allaitement au sein dans 10,8 % des cas ce qui avait été suivi d'effet dans 4,8 % des cas.

II.B.6. Facteurs liés aux politiques de santé publique

II.B.6.a. Publicité sur les substituts de lait – distribution d'échantillons en maternité [14][19][29]

Des législations nationales régulant la commercialisation des substituts de lait maternel existent dans les pays européens, mais elles sont loin d'appliquer le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

Certains auteurs suggèrent qu'étant donné l'impact négatif constaté sur les durées d'allaitement de la distribution d'échantillons de lait artificiel en maternité et l'absence d'effets préjudiciables liés à la non-distribution des colis-cadeaux, la distribution d'échantillons de substitut de lait devrait être abandonnée et la distribution de coussinets d'allaitement et/ou de tire-lait étudiée.

La législation pour protéger parents et futurs parents des incitations commerciales des marques de préparations pour nourrissons est peu respectée par les fabricants et distributeurs et le plus souvent méconnue des professionnels qui participent à sa violation, sans le savoir.

La pression publicitaire importante donne à l'alimentation de substitution la première place au niveau des espaces publicitaires, contrairement à l'allaitement maternel qui ne peut se vendre. Il est urgent que des espaces de communication soient aussi ouverts à la promotion de l'allaitement afin d'avoir un autre regard sur celui-ci.

II.B.6.b. Politiques d'emploi – congé de maternité [20] [14][19]

Les efforts mondiaux pour promouvoir l'allaitement au travail commencent à porter leurs fruits. Ainsi, plus de 65 % des pays dans le monde ont une législation autorisant les mères à des pauses rémunérées pour allaiter ou à une réduction de leur horaire journalier.

L'association négative entre le retour précoce au travail et la durée de l'allaitement a été documentée dans de nombreuses études dans les pays industrialisés. De fait, les pays permettant aux mères d'avoir accès à un congé de maternité rémunéré prolongé (tels que les pays scandinaves, par exemple) montrent des taux d'allaitement supérieurs.

En France, le congé de maternité est court dans un pays où, contrairement à d'autres pays européens, un très grand nombre de femmes retravaillent dans la première année qui suit la naissance de leur enfant.

En Europe, la durée et la rémunération du congé de maternité varient d'un pays à l'autre.

Selon Scott et coll., « en l'absence de politiques d'emploi favorables à un AM de longue durée, des conditions de travail plus flexibles incluant davantage d'opportunités de travailler à temps partiel, de meilleures conditions au travail pour allaiter et la possibilité de bénéficier de pauses d'allaitement aideront les mères à poursuivre l'allaitement tout en reprenant le travail ».

II.B.6.c. Initiative « Hôpital ami des bébés » (IHAB) de l'OMS/Unicef [14][24][51]

Plusieurs études montrent que toutes les interventions visant à changer les pratiques, fondées sur les « dix conditions pour le succès de l'Allaitement maternel », proposées par l'OMS et l'Unicef dans le cadre de l'initiative « Hôpital ami des bébés » (IHAB), améliorent le taux d'allaitement à la sortie de la maternité et entraînent une augmentation de la durée de l'allaitement exclusif.

Tableau 12: Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel [24]

TAB	LEAU	Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel (OMS, 2006)
1		Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants
2		Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique
3		Informar toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement et de sa pratique
4		Aider les mères à commencer à allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance
5		Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson
6		Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale
7		Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour
8		Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant
9		Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette
10		Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique

En Suisse, l'étude de Merten et coll. a montré l'influence positive sur la durée de l'AM de la conformité aux directives de l'IHAB: les enfants nés dans un hôpital « ami des bébés » ont plus de chance d'être allaités plus longtemps, en particulier si l'hôpital montre une conformité élevée aux directives. Les résultats ont montré que la proportion d'AM exclusif des enfants de cinq mois était de 42 % pour les enfants nés dans des hôpitaux « amis des bébés », comparée à 34 % des bébés nés ailleurs. La durée de l'AM pour les bébés nés dans les hôpitaux « amis des bébés », comparée aux enfants nés dans d'autres hôpitaux, était plus longue si l'hôpital montrait une bonne conformité aux directives de l'Unicef (35 semaines vs 29 semaines pour l'allaitement partiel, 12 semaines vs six semaines pour l'allaitement exclusif).

En France, en 2013, seuls 20 hôpitaux ont obtenu ce label, assurant 3 % des naissances.

Le fait que les taux d'allaitement se soient généralement améliorés également dans les hôpitaux non « amis des bébés » peut être indirectement lié à l'IHAB. Sa publicité et ses programmes de formation pour les professionnels de santé ont accru la conscience publique quant aux avantages de l'AM et le nombre de conseillers professionnels de l'allaitement augmente constamment.

Par ailleurs, l'Académie américaine de pédiatrie (AAP) a publié en 2012 des recommandations visant à optimiser l'initiation de l'allaitement:

Tableau 13: Recommandations de l'Académie américaine de pédiatrie (2012) [51]

Recommandations de l'AAP
Initier l'allaitement dans la première heure
Garder la mère et le bébé ensemble
Éviter de stimuler la succion du bébé inutilement
Éviter les procédures traumatiques
Favoriser le peau à peau
Retarder la mesure du poids et de la taille du bébé, l'administration de la vitamine K et les soins oculaires après la première tétée
Donner des informations concernant l'allaitement durant le travail et la délivrance
Éviter l'utilisation de formules infantiles en dehors d'une vraie indication médicale prescrite par un pédiatre
Éviter l'utilisation de tétines chez l'enfant bien portant à terme, jusqu'à ce que l'allaitement soit bien établi (environ 3 à 4 semaines)

Il serait intéressant d'avoir en France des recommandations similaires, basées sur des mesures simples.

III. Conclusion ^{[26][28][27][74]}

Le PNNS recommande d'allaiter son enfant de façon exclusive au moins jusqu'à 4 mois; or, à 3 mois, en 2012, seuls 10 % des enfants l'étaient de façon exclusive et 21 % de façon exclusive ou prédominante.

Les raisons qui pourraient expliquer la situation particulièrement défavorable de la France sont:

- une formation initiale insuffisante des personnels de santé;
- le manque de soutien auprès des mères qui souhaitent allaiter, à la maternité et lors du retour à domicile;
- la durée des congés maternité et les difficultés pratiques de l'allaitement sur le lieu de travail;
- le manque de confiance des jeunes mères dans leur capacité à allaiter;
- le désintérêt du conjoint;
- le manque de culture familiale (les mères des femmes enceintes ne les ayant pas elles-mêmes allaitées);
- l'image peu valorisée de la femme qui allaite;
- l'ancrage de la séparation mère-enfant;
- l'impact de la promotion en faveur des laits industriels.

De nombreuses études ont montré que le lait maternel avait un impact positif sur la santé du nourrisson et de sa mère ainsi que sur le développement des liens psychoaffectifs entre les deux protagonistes et permettait à la famille de réaliser une économie importante.

Ces avantages ont conduit à des campagnes de promotion de l'AM par l'OMS et à la mise en place du label IHAB. Mais la promotion de l'allaitement ne signifie pas son obligation et une culpabilisation maternelle en cas de choix différent. Ce mode d'alimentation naturel n'est pas inné chez toutes les femmes et nécessite une information claire, loyale et compréhensible de la part des professionnels de santé.

Toutes les déterminants de l'AM cités précédemment soulignent l'importance de cette information. La participation à des séances de préparation à l'accouchement, la perception de l'allaitement ou encore le contact peau-à-peau dans un délai court après la naissance, sont par ailleurs des facteurs possiblement modifiables par des actions de santé publique, tant auprès de la population que des personnels de santé impliqués dans la prise en charge périnatale. Ces interventions devraient avoir lieu pendant la grossesse, à la naissance et lors du post-partum précoce, pour que les pratiques d'alimentation des nourrissons au cours des premières semaines de vie se rapprochent des recommandations actuelles.

Les actions de santé publique visant la promotion de l'AM devraient aussi s'intéresser à la diminution de l'AM exclusif, particulièrement rapide au cours de la première semaine et qui se poursuit régulièrement au-delà.

Dans l'enquête du réseau ELENA, les femmes allaitantes ont fait des propositions pour améliorer l'AM en France:

- 36 % souhaiteraient plus d'informations pratiques;
- 32 % plus d'accompagnement à la maternité par les soignants lors de la mise en route de l'allaitement et une visite systématique par une conseillère en lactation dès la maternité de toutes les femmes allaitantes;
- 13 % un congé maternité plus long;
- 12 % une meilleure formation du personnel soignant pour éviter les informations contradictoires déstabilisantes;
- 5 % une meilleure prise en compte du ressenti de la mère.

Certaines ont enfin souhaité instaurer un parrainage de la jeune mère par une autre femme ayant eu une expérience positive de l'AM.

IV. Propositions pour favoriser l'allaitement maternel en France [26][14][29][6][74]

• Identifier les facteurs de risque chez les futures ou jeunes mères:

Les facteurs sociodémographiques et les caractéristiques maternelles influencent la mise en route de l'AM et déterminent un profil de femmes moins enclines à choisir l'allaitement au sein (jeunes mères, celles de faible niveau d'éducation, de forte corpulence, accouchées par césarienne, non mariées, fumeuses, sans expérience d'allaitement) vers lequel les professionnels de santé doivent cibler leurs efforts. Par exemple, le tabagisme pendant le post-partum, qui n'est pas une contre-indication à l'AM sous réserve de certaines précautions, devrait faire l'objet d'un discours adapté pour ne pas décourager ces mères d'allaiter si elles le souhaitent.

Un repérage précoce de ces femmes permettrait de mettre en place des interventions préventives adaptées. Cela nécessiterait d'évaluer le plus tôt possible durant la grossesse, les connaissances, perceptions, souhaits des mères concernant l'allaitement, de repérer d'éventuelles contre-indications à l'allaitement, d'encourager les mères et leur apporter une information correcte leur permettant de faire un choix éclairé quant au mode d'alimentation de leur bébé.

L'entretien prénatal précoce offre un cadre idéal pour ce type d'information. De même, tout contact avec les parents lors du séjour hospitalier et après le retour à domicile doit être l'occasion de rechercher la présence d'éventuelles difficultés, de conseiller et de soutenir les mères.

- **Renforcer le rôle des pères et de l'entourage:**

Les pères ont un rôle influent dans la prise de décision des femmes d'allaiter leur enfant et leur soutien est crucial pour le succès de l'allaitement. Or, dans nos pays industrialisés, les pères sont encore peu impliqués dans la préparation à la naissance. Il est donc important de veiller à les informer sur les bienfaits de l'allaitement, les problèmes et les difficultés qui peuvent survenir et sur la manière dont ils peuvent soutenir la mère et protéger l'allaitement.

De plus, les futures ou jeunes mères devraient être incitées à trouver, dans leur entourage, une personne de confiance (amie, sœur, belle-sœur...) ayant une expérience d'allaitement prolongé, à laquelle elles pourraient poser leurs questions et se référer en cas de difficultés.

- **Informier et former les professionnels de santé:**

Si, en France, un certain nombre de maternités semblent soucieuses d'améliorer leurs pratiques en termes d'allaitement par le biais de formations pour le personnel soignant, beaucoup reste à faire pour améliorer les connaissances, attitudes et pratiques des médecins, qu'ils soient généralistes, pédiatres ou obstétriciens. En témoigne la multitude de questions posées par les mères sur les forums de discussion d'internet, relatives aux messages contradictoires qu'elles reçoivent des professionnels de santé ou interrogeant d'autres mères sur les coordonnées de médecins « pro-allaitement » dans leur région.

La formation médicale initiale n'inclut que peu d'aspects relatifs à l'allaitement et de nombreux médecins se trouvent démunis face à des questions pratiques telles qu'une faible prise de poids du bébé (rappelons que les bébés nourris au sein s'écartent sensiblement après l'âge de quatre mois des courbes de croissance établies à partir d'une majorité d'enfants nourris avec des préparations lactées industrielles), la prise de médicaments par la mère, le tabagisme, etc. Contribuer à limiter les informations et messages contradictoires reçus par les mères devrait aujourd'hui être une priorité de santé publique dans nos pays. Ainsi les parents pourront prendre une décision éclairée quant au mode d'alimentation de leur enfant.

- **Prendre les mesures politiques nécessaires:**

Des mesures politiques à différents niveaux sont indispensables pour rejoindre les taux d'allaitement prolongé des pays scandinaves et atteindre les recommandations de l'OMS. À titre d'exemple, il faudrait:

- informer les mères et les employeurs sur les droits des mères en matière de protection de la maternité et d'allaitement dans les crèches, chez les assistantes maternelles et dans les lieux publics;
- comptabiliser comme un véritable acte médical le temps passé par les professionnels de santé pour l'écoute, l'information et les soins aux mères allaitantes et aux bébés, qui soit rémunéré à sa juste valeur, au même titre

- par exemple que l'entretien prénatal précoce;
- financer la recherche dans le domaine de la santé publique. Étant donné la différence de contextes sociaux, culturels, en termes de politiques d'emploi, etc. entre pays européens, il serait judicieux, dans nos pays, de documenter les problématiques d'allaitement au niveau régional pour mettre ensuite en place des politiques préventives qui correspondent à de réels besoins.

Il serait, par exemple, utile de:

- déterminer les interventions préventives les plus efficaces pour soutenir les mères présentant certains facteurs de risque (jeune âge des mères, niveaux socioéconomiques vulnérables, immigration, monoparentalité, etc.);
- déterminer les besoins de formation des soignants ainsi que l'impact d'une amélioration de leur formation sur les pratiques des mères;
- tester des interventions « pilotes » permettant aux mères ayant repris le travail de poursuivre l'allaitement (conditions pour pouvoir tirer son lait sur le lieu de travail, allaitement à la crèche...).

De plus, le financement de colloques scientifiques et de réseaux permettant des échanges entre professionnels et chercheurs pourrait être renforcé.

En France, la recherche dans le domaine de l'allaitement reste confidentielle, avec très peu de publications dans les revues nationales et internationales à comité de lecture. Il est pourtant essentiel de disposer d'éléments d'ordre physiologique, épidémiologique et socioéconomique, comparatifs à ceux des autres pays industrialisés. Nous ne disposons d'aucun centre d'observation national sur l'allaitement, d'aucune donnée statistique ou de suivi de cohorte à grande échelle, contrairement à beaucoup de pays européens.

Deuxième partie:

La physiologie de l'allaitement maternel, à la base de l'accompagnement à l'officine des mères allaitantes

I. Physiologie de l'allaitement ^[55]

Même si le nombre de femmes choisissant d'allaiter a augmenté en France au cours des dernières années, les taux d'allaitement baissent très rapidement après la sortie de la maternité. Bien que les raisons associées à cette situation soient multifactorielles, le rôle préjudiciable de certaines pratiques de soins en maternité et le manque de soutien de la part des professionnels de santé sont régulièrement mis en cause. La connaissance de la physiologie de la lactation est indispensable pour comprendre comment certaines pratiques d'allaitement peuvent retentir sur le processus de lactation et expliquer un certain nombre d'échecs.

I.A. Pré-requis pour la lactation ^[55]

Pour que la lactation se mette en place et fonctionne durablement, la coexistence de plusieurs facteurs interdépendants est nécessaire:

- le développement d'une glande mammaire fonctionnelle avec suffisamment de tissu glandulaire, des canaux et une innervation intacts;
- un environnement hormonal adéquat avec des concentrations adaptées d'hormones et notamment estrogènes, prolactine, progestérone, ocytocine, hormone de croissance, glucocorticoïdes et insuline;
- une extraction efficace de lait, dépendant à la fois de l'éjection et de la succion effectuée par l'enfant, véritable moteur de la lactation puisque c'est elle qui entretient la synthèse de lait.

I.B. Anatomie fonctionnelle du sein lactant

I.B.1. Aspect extérieur ^{[60][61][62]}

I.B.1.a. L'aréole

C'est un disque cutané, de 15 à 30 mm de diamètre, plus ou moins pigmenté. L'aréole prend une couleur brune durant la grossesse.

Sa surface est irrégulière, on y observe de petites saillies (12 à 20), les tubercules de Montgomery, qui sont des glandes sébacées, dont la sécrétion crémeuse est en réalité un « concentré d'odeur » spécifique de la mère, un puissant signal chimique qui guide le bébé dans sa recherche du sein. Laver ou décaper l'aréole avec des produits à odeur forte sous prétexte d'hygiène, c'est enlever à l'enfant un repère essentiel, et donc prendre un risque pour la réussite de l'allaitement.

L'aréole est plus solide que le reste du sein, elle est relativement riche en fibres conjonctives et élastiques, ce qui devrait lui permettre de résister aux efforts mécaniques de la tétée.

Les récepteurs sensitifs, transmettant le signal de la tétée et à l'origine de l'érection du mamelon, se trouvent non sur le mamelon, mais sur tout le pourtour de l'aréole. Ce sont des récepteurs sensibles à un étirement (non à une pression) qui amène doucement l'aréole de sa périphérie vers le mamelon. Ces récepteurs sont modifiés par l'imprégnation hormonale féminine: grossesse, postpartum, syndrome prémenstruel ou pré-ménopausique. C'est l'une des raisons de la grande sensibilité de l'aréole dans les premiers jours après la naissance, sensibilité souvent interprétée à tort comme une crevasse ou comme une douleur anormale, alors qu'il ne s'agit que d'une extrême sensibilité transitoire, qui s'apaisera au bout d'une dizaine de jours.

I.B.1.b. Le mamelon

Il se trouve sur la partie centrale de l'aréole. Il mesure 1 cm de hauteur, il est cylindrique, pigmenté et sa surface est parcourue des pores des canaux galactophores, disposés de façon circconférentielle, et au nombre de 10 à 20. Il n'existe aucun sphincter à l'orifice de ces canaux, preuve que le sein ne peut être un réservoir. Le mamelon est un organe sensible et érectile. Il peut être plat ou court, invaginé mais érectile lors de la contraction du muscle aréolaire, ombiliqué non érectile. Il ne prend sa forme « fonctionnelle » qu'après stimulation par la bouche du bébé. Donc la forme des mamelons au repos est absolument sans incidence sur la réussite de l'allaitement.

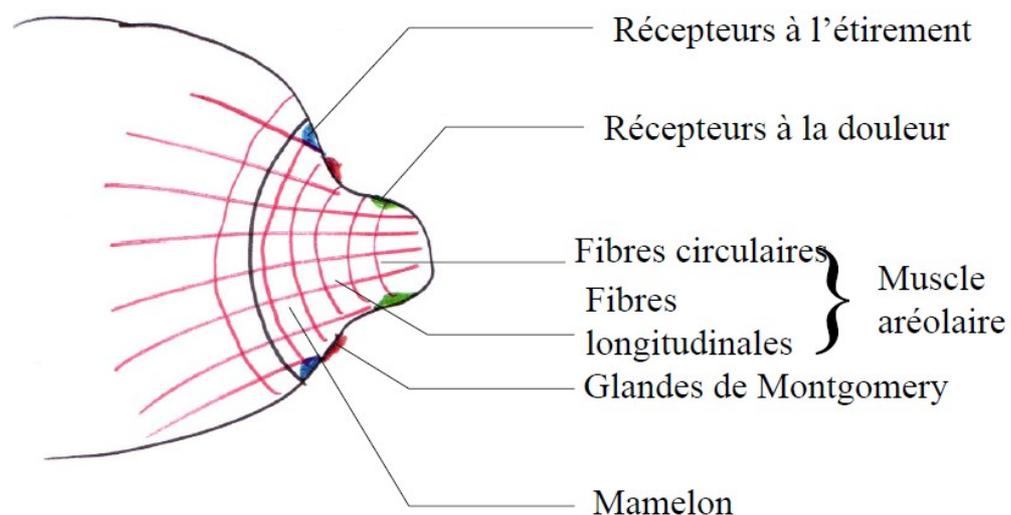


Figure 10: Anatomie du mamelon et de l'aréole [60]

Ces particularités déterminent des fonctions particulières du mamelon et de l'aréole:

- un **signal pour l'enfant** par:
 - sa couleur (pigmentation);
 - sa chaleur (vascularisation);
 - son odeur, par glandes sébacées de Montgomery;
- un **caractère érectile** grâce au muscle aréolaire (permet étirement jusqu'à 200 %);
- un **signal pour la libération des hormones** de la lactation par les récepteurs à l'étirement;
- un **signal d'une mauvaise position ou d'une mauvaise succion** par les récepteurs à la douleur;
- un **lubrifiant** par le sébum des glandes sébacées.

I.B.2. Contenu du sein [60][57][65][64][55]

Le sein contient:

- du tissu conjonctif qui le soutient;
- du tissu glandulaire qui produit et excrète le lait;
- du tissu adipeux qui forme le volume du sein et protège la glande;
- des nerfs;
- des vaisseaux sanguins;
- des vaisseaux lymphatiques.

La glande mammaire est une glande exocrine qui peut croître puis régresser en fonction de la période de la vie de la femme. Elle n'est fonctionnelle qu'au moment de la lactation. Lors de la grossesse, il se produit un premier phénomène appelé mammogénèse. La glande mammaire va atteindre son plein développement avec la mise en place du tissu sécrétoire proprement dit: le parenchyme mammaire s'hyperplasia. Les bourgeons épithéliaux se transforment en acini. Les canaux excréteurs (canaux galactophores) s'allongent et se ramifient. La couche adipeuse du stroma glandulaire se réduit, la vascularisation augmente.

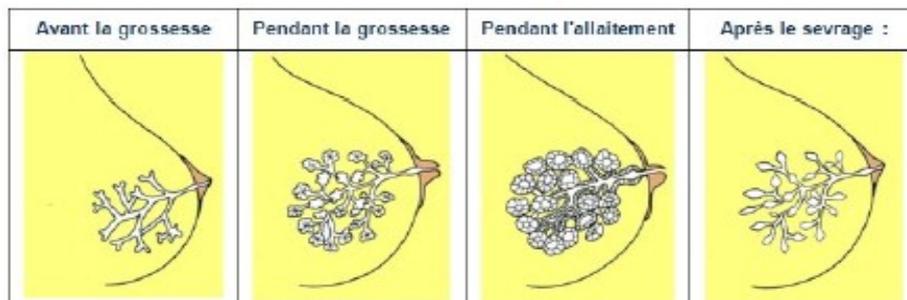


Figure 11: Evolution de la glande mammaire [65]

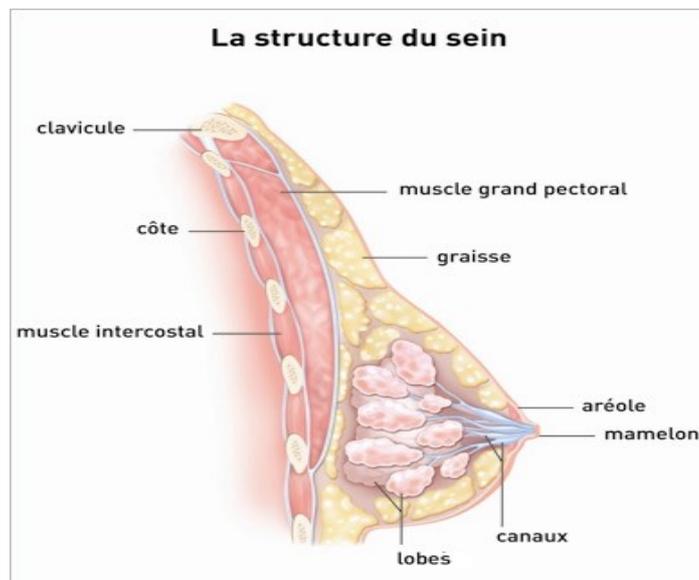


Figure 12: Structure du sein

<http://comitefeminingironde.com/le-cancer-du-sein/>

La glande mammaire présente un aspect en grappe, elle est divisée en 10 à 20 lobes indépendants et, les lobes sont subdivisés en lobules, formés des acini ou alvéoles et des canaux intralobulaires.

Chaque lobe possède un canal lactifère ou galactophore dans lequel se jettent les canaux interlobulaires venant des lobules. Ces canaux représentent les tiges de la grappe, ils sont en nombre égal aux lobes et débouchent sur des pores galactophores au niveau du mamelon.

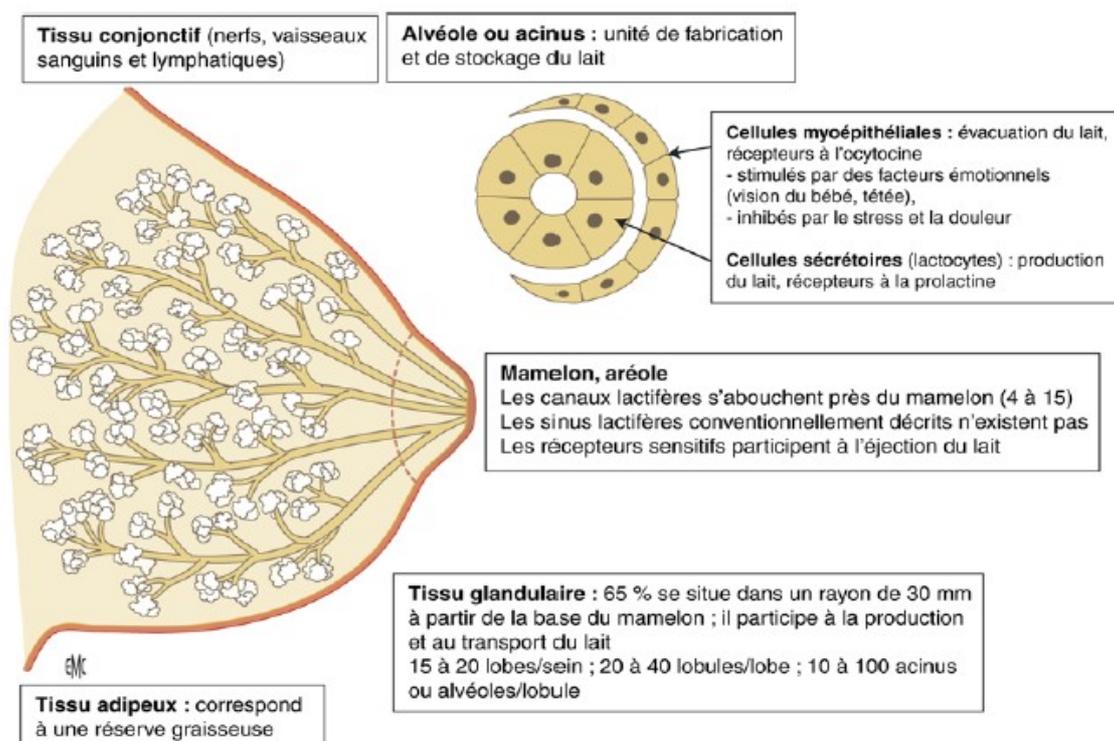


Figure 13: La glande mammaire pendant la lactation [64]

Si le ratio tissu glandulaire/tissu adipeux est en moyenne de 2/1, la proportion relative de l'un et de l'autre est très variable selon les seins, notamment pour ce qui est de la proportion de tissu adipeux intraglandulaire: chez certaines femmes le tissu adipeux peut représenter près de la moitié du volume tissulaire total, le volume d'un sein n'est donc pas un indicateur de sa capacité fonctionnelle. À l'exception du plan sous-cutané, graisse et tissu glandulaire sont intimement liés et donc inséparables. Les deux-tiers du tissu glandulaire se trouvent dans un rayon de 30mm à partir de la base du mamelon, drainés par un réseau de canalicules et de canaux lobulaires, lobaires et principaux. L'ensemble de ces données est important à considérer, notamment en cas de chirurgie de réduction mammaire: il n'est pas possible de retirer sélectivement le tissu adipeux sauf dans le plan sous-cutané; la plupart des mères ont moins que les 15 à 20 canaux habituellement décrits et l'ablation de seulement 4 d'entre eux pourrait complètement supprimer la fonction du sein chez certaines mères; la conservation du tissu glandulaire présent dans la région rétroaréolaire pourrait préserver une partie du potentiel lactant des mères subissant une chirurgie de réduction mammaire.

I.B.2.a. Acinus mammaire [60][59]

L'acinus est la structure élémentaire de la glande mammaire et l'unité de production du lait. C'est une cavité constituée d'une paroi cellulaire et d'une lumière dans laquelle va s'écouler le lait fabriqué. La paroi de l'acinus comprend deux couches cellulaires: un épithélium glandulaire continu, fait de cellules cubiques ou cylindriques sécrétrices, les lactocytes, bordé extérieurement par une assise discontinue de cellules myoépithéliales, cellules étroites, allongées, qui ont des propriétés contractiles.

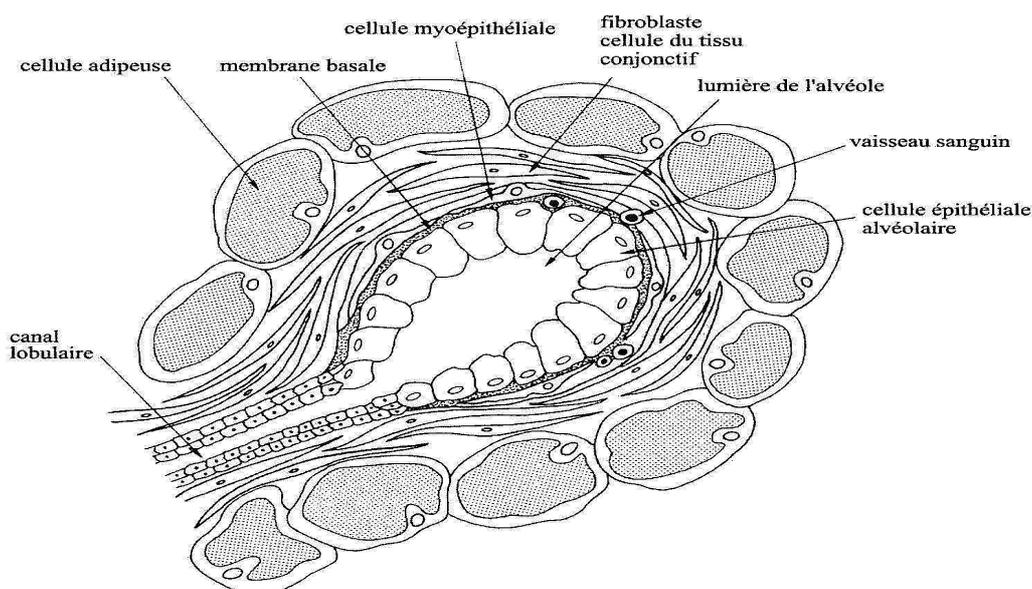


Figure 14: Anatomie de l'acinus mammaire

I.B.2.b. Canaux galactophores [59][55]

Ils représentent les voies excrétrices qui se ramifient dans tout le tissu mammaire et convergent vers le mamelon. Ce réseau canalaire complexe n'est pas disposé de manière symétrique ou en rayon de roue mais est au contraire sinueux et enchevêtré. On distingue les galactophores lobulaires et lobaires, et les galactophores terminaux.

I.B.2.b.1. Galactophores lobulaires et lobaires

La lumière des acini est en continuité avec les canalicules excréteurs interlobulaires qui se ramifient vers les canaux interlobaires, eux-mêmes se déversant dans les canaux galactophores terminaux.

I.B.2.b.2. Galactophores terminaux

Ces canaux principaux, d'un diamètre moyen de 2 mm, sont très superficiels; ils sont facilement compressibles et peuvent se boucher. Leur nombre, en moyenne de 9, est compris entre 4 et 18 et ils s'abouchent à la base du mamelon sans que soient mis en évidence à leur extrémité distale de soi-disantes dilatations appelées « sinus lactifères » censées stocker de petites réserves de lait, ce qui implique que la fonction des canaux est le transport et non le stockage du lait.

I.B.2.c. Tissu capillaire sanguin et lymphatique [62]

Minime en période « non productrice », il se développe pendant toute la grossesse, réalisant une véritable éponge vasculaire autour du tissu sécrétoire. Soumis aux stimulations hormonales du post-partum immédiat et aux modifications de débit sanguin qui l'accompagnent, ces vaisseaux vont se dilater, se contracter, expliquant par là toutes les variations brutales de volume des seins. Si les capillaires sont trop distendus, ils deviennent poreux, laissant filtrer du sérum sanguin dans le tissu interstitiel. Ainsi se constitue un œdème péri-glandulaire, appelé à tort engorgement.

Il est donc bien évident qu'appuyer sur le sein ne peut qu'aggraver les problèmes, tout traumatisme sur un tissu fragilisé, des vaisseaux distendus ne pouvant qu'accélérer la fuite sérique.

I.B.2.d. Un tissu interstitiel adipo-conjonctif [62]

Peu élastique, il s'enrichit pendant la grossesse de nombreuses réserves graisseuses en « sécurité d'apport » pour la production laitière. La caractéristique de ce tissu pendant l'allaitement est son exceptionnelle richesse en éléments de défense anti-infectieuse, pour juguler au mieux les réactions œdémateuses et inflammatoires du démarrage.

I.B.3. Régulation hormonale de la mammogénèse

[57][59]

Des influences hormonales multiples sont à l'origine de ces développements. Les œstrogènes et la progestérone placentaire jouent un rôle fondamental.

Les œstrogènes induisent le développement des canaux galactophores et sensibilisent la glande à l'action des autres hormones. Ils provoquent également la synthèse de **prolactine** (hormone qui va stimuler les lactocytes pour la synthèse des constituants du lait) en induisant une hyperplasie sélective des cellules lactotropes de l'antéhypophyse. Mais par un probable mécanisme de blocage des récepteurs de la prolactine au niveau de cellules de la glande mammaire, les œstrogènes et la progestérone s'opposent pendant toute la grossesse à l'excrétion lactée. Celle-ci ne se déclenchera que lorsque sera atteint un taux élevé de prolactine (dix fois supérieur au taux initial) faisant suite à une chute du taux de progestérone à l'accouchement et au début de la succion fréquente: c'est la **montée de lait**.

La progestérone induit quant à elle le développement des cellules sécrétoires des acini et des cellules myo-épithéliales de la glande mammaire.

L'hormone lactogénique placentaire agit sur la croissance de la glande.

Œstrogènes et progestérone sensibilisent également le sein aux divers agents responsables de la multiplication cellulaire comme l'insuline, la prolactine, les glucocorticoïdes, les hormones de croissance, l'IGF, l'EGF.

I.C. La composition du lait maternel [64][65][66][63]

I.C.1. L'eau (88 g / 100 mL)

C'est le principal constituant du lait (87 %). Il est donc absolument pas nécessaire d'associer un apport d'eau à allaitement exclusif.

I.C.2. Les protéines (0,9 à 1,2 g / 100 mL)

La quantité très faible de protéines du lait maternel est adaptée à l'immaturation rénale du nourrisson. Ces protéines sont d'excellente qualité.

La caséine représente 30 % des protéines totales, elle est très fine et très digeste.

Les protéines solubles représentent 70 % des protéines totales: lactoferrine (bactériostatique), alpha-lactalbumine (synthèse du lactose), immunoglobulines (en moins grande quantité que dans le colostrum. Le lait maternel contient peu d'IgG: l'enfant les a reçues de sa mère par voie transplacentaire. Par contre le lait est très riche en IgA sécrétoires, résistantes à l'acidité gastrique et donc actives dans la protection de la barrière intestinale); lysozyme (bactériostatique). Le lait a donc une double fonction, nutritive et non nutritive.

La teneur en protéides du lait de femme est inférieure à celle du lait de vache et à certaines préparations pour nourrissons. Les protéides du lait de femme ont une excellente biodisponibilité. Le faible pourcentage en caséine (30 versus 80 % pour le lait de vache) et la forte teneur en protéines solubles contribuent à accélérer la vidange gastrique. Cela explique pourquoi les enfants au sein réclament souvent à téter, jusqu'à huit à dix fois par jour au début. Le profil des acides aminés du lait de femme est parfaitement adapté aux besoins du nourrisson. Il est beaucoup plus riche en protéines non nutritives, et notamment en lactoferrine, immunoglobulines et lysozyme. À la différence du lait de vache, ces protéines solubles ne contiennent pas de bêta-lactoglobuline qui est à l'origine des allergies aux protéines de lait de vache.

I.C.3. Les lipides (3 à 4 g / 100 mL)

Leur composition est la plus variable, elle dépend de l'alimentation maternelle, du moment de la journée, du stade de la lactation et de la période de la tétée. Les lipides fournissent 50 % des apports caloriques: triglycérides (98 %) (constitution des membranes (cerveau, rétine...) et synthèse des prostaglandines), cholestérol.

La teneur en lipides est peu différente de celle du lait de vache, mais leur digestibilité et leur coefficient d'absorption sont bien supérieurs du fait essentiellement de la présence d'une lipase spécifique du lait. Le lait de femme est

riche en acides gras polyinsaturés (acide arachidonique et docosahéaénoïque) et en cholestérol dont le rôle dans les processus de maturation cérébrale et rétinienne est démontré.

I.C.4. Les glucides

Le lactose (6,8 g / 100 mL), nécessaire à la construction du cerveau, il existe en quantité importante dans le lait maternel; il protège le tube digestif contre la croissance bactérienne en induisant une baisse du pH intestinal.

Le lait maternel est riche en oligosaccharides (moins que le colostrum) et en prébiotiques (substrats des bifidobactéries), participant à la mise en place de la flore intestinale de l'enfant et à la prévention de certaines infections.

I.C.5. Les sels minéraux, oligo-éléments et vitamines hydrosolubles

La teneur des sels minéraux est relativement faible par rapport au lait de vache mais suffisante pour couvrir les besoins du nouveau-né. Leur quantité n'est pas fonction de l'alimentation maternelle.

- Sodium = 10 à 20 mg / 100 mL;
- Calcium = 25 à 50 mg / 100 mL;
- Fer = 0,05 mg / 100 mL;
- Le rapport calcium/ phosphore (= 2) est relativement élevé.

Sa teneur relativement faible en azote et sels minéraux limite la charge osmolaire rénale et le risque de déshydratation en cas de pertes hydriques excessives.

Les vitamines sont liées aux protéines.

Les apports en vitamine D dépendent de l'alimentation de la mère.

L'apport alimentaire maternel en vitamine K influence peu la composition du lait, d'où la nécessité d'apporter au nouveau-né, 20 mg de vitamine K par semaine en prévention de la maladie hémorragique et ce pendant toute la durée de l'allaitement maternel exclusif.

La concentration en vitamine C est satisfaisante.

L'alimentation de la femme allaitante n'influence que très peu la qualité de son lait.

Tableau 14: Comparaison de la composition du lait maternel et des préparations pour nourrissons [66]

Par 100 mL	Lait maternel	Préparations pour nourrissons
Energie (kcal)	72	67-72
Protéines (g)	1,1	1,2-1,9
Glucides (g)	6,8	6,8-8,4
Lipides (g)	4,5	3,1-3,8
Sodium (mg)	17	15-30
Calcium (mg)	34	41-82
Phosphore (mg)	14	21-56
Ca/P	2,4	1,2-2

Enfin, la composition du lait évolue dans le temps. D'abord, le colostrum, sécrété les tous premiers jours qui suivent la naissance, véritable concentré d'anticorps et de protéines, est également très salé. Il fournit au bébé tous les nutriments dont il a besoin pour s'adapter à son nouvel environnement et lui évite la déshydratation. Il aide également à l'évacuation du méconium. Au moment de la "montée de lait", va apparaître le lait de transition dont la composition est presque inverse à celle du colostrum: plus de lactose et de lipides que de protéines et de sels minéraux. Il est aussi plus calorique. Vers 15 jours d'allaitement, le lait de transition va devenir "lait mature". La composition du lait restera ensuite très stable tout au long de l'allaitement. Cela veut dire que le lait d'une femme dont l'enfant a deux mois n'est pas très différent de celui d'une mère dont l'enfant a deux ans. Une étude récente a tout de même trouvé une augmentation des lipides sur les 12 premiers mois d'allaitement, ce qui tendrait à combattre une autre idée fausse que le lait deviendrait moins nourrissant avec le temps, au point de devenir inutile pour l'enfant.

Le lait des femmes qui accouchent prématurément est plus riche en acides gras poly-insaturés, ce qui correspond aux besoins plus élevés des prématurés pour la maturation cérébrale.

I.D. Production de lait [57][55][56][73][59][60]

Parallèlement à la mammogénèse, se produit un second phénomène, la lactogénèse de type 1 (ou phase d'initiation sécrétoire), qui consiste en une différenciation cellulaire des cellules acineuses afin d'acquies un caractère sécrétoire d'éléments constitutifs du lait.

La lactation utilise environ 30 % des ressources d'énergie de l'organisme (23 % pour le cerveau).

Le lait est synthétisé par les lactocytes. Il est **secrété en continu** dans la lumière des alvéoles où il est stocké jusqu'à son expulsion dans les canaux galactophores vers le mamelon au cours de l'éjection. Cette production comprend :

- la filtration de certains éléments transmis depuis le sang de la mère vers l'alvéole: acides aminés, cellules, sels minéraux;
- la transformation dans les cellules d'éléments sanguins pour fabriquer sur place le lactose, certains acides gras et protéines spécifiques du lait.

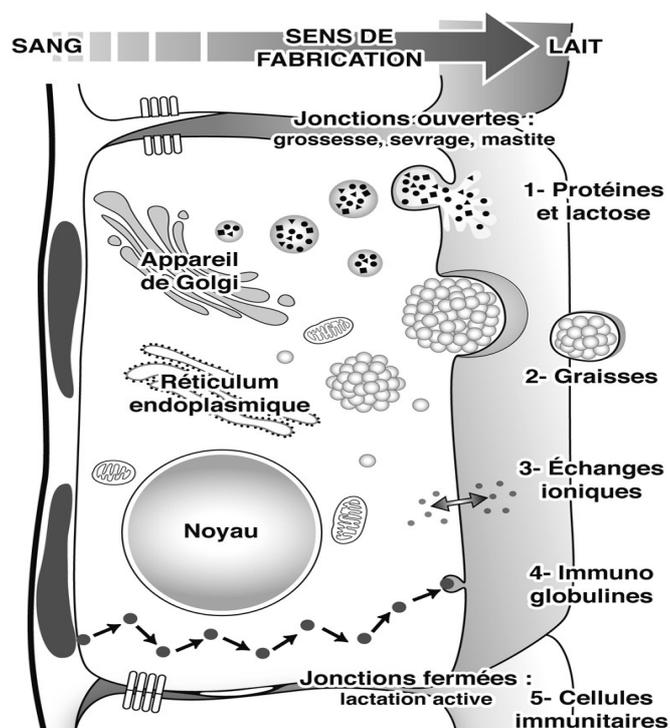


Figure 15: Les cinq voies de la synthèse du lait dans un lactocyte [56]

Cinq voies permettent le passage des éléments à partir du sang:

- une première voie (très active) pour le lactose et les protéines du lait, emballés avec la plus grande partie de l'eau sous forme de petites vésicules (micelles);
- une deuxième voie qui permet aux graisses de se réunir en larges gouttelettes graisseuses qui montent vers le bord apical. Là, elles s'enveloppent dans la membrane apicale, et l'ensemble se détache dans la lumière alvéolaire. Ce double emballage empêche les globules de graisses de s'agglutiner en trop grandes gouttelettes et de se condenser entre eux, à la manière du beurre;

- grâce à la troisième voie, quelques petites molécules passent directement à travers la membrane apicale: sodium, potassium, chlore, certains monosaccharides et le bicarbonate, avec une petite quantité d'eau;
- la quatrième voie permet aux protéines maternelles entières de traverser la cellule et de se déverser intactes dans le lait. Ce sont les immunoglobulines (IgA, IgM, de défense contre les infections) et de nombreuses hormones et facteurs de croissance;
- enfin, la dernière voie permet à certains éléments de migrer entre les cellules: dans les deux sens si les jonctions sont ouvertes et uniquement du plasma vers le lait si les jonctions sont fermées.

En pratique, comme cela se passe-t-il?

- À partir de la seconde moitié de la grossesse, les lactocytes fabriquent et déversent les éléments du lait (lactogénèse de type 1). Les jonctions sont ouvertes et cela permet de nettoyer le lait sécrété. De nombreuses petites protéines plasmatiques et acides aminés, de très nombreuses immunoglobulines, de multiples cellules immunitaires (lymphocytes et polynucléaires) passent dans le lait. La proportion de sels minéraux se met en équilibre avec ceux du plasma d'où la richesse en sodium, chlore. Le lait est dit colostrale.

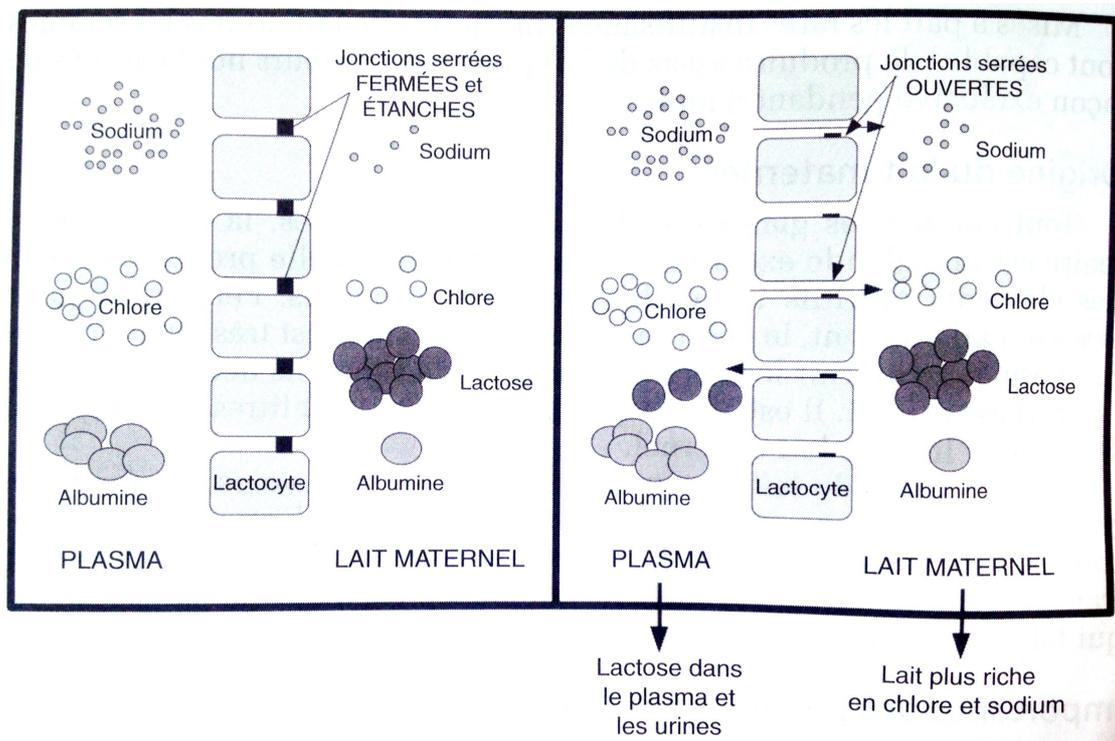


Figure 16: Impact de l'état des jonctions serrées sur la composition du lait maternel [73]

- Pendant la période de lactation active (dite lactogénèse de type 2 ou phase d'initiation sécrétoire), les jonctions sont étroitement fermées. Seules les

cellules immunitaires (globules blancs) arrivent à se « faufiler », les jonctions se refermant hermétiquement derrière elles. Le lait produit a donc une composition strictement contrôlée par les lactocytes, donc par le code génétique de notre espèce. Le colostrum se modifie en lait de transition puis en lait mature.

- Au moment du sevrage, ou si une infection, une grave stase lactée se produisent pendant l'allaitement, les jonctions s'ouvrent à nouveau. Le lait redevient plus colostré. Ainsi la présence de trop de sodium ou de chlore dans le lait, la présence de lactose dans les urines de la mère sont de bons tests biologiques de lactation non démarrée ou d'inflammation du sein.

Le contrôle de la synthèse, de la sécrétion et de l'éjection du lait est complexe et multifactoriel. Il implique 2 niveaux de régulation, celui de la synthèse-sécrétion et celui de l'éjection, et 2 mécanismes de contrôle:

- **l'un central endocrine**, un mécanisme hormonal sous l'action de la prolactine et de l'ocytocine;
- **l'autre local autocrine** un mécanisme intra-alvéolaire, permettant l'adaptation au jour le jour du volume produit à la quantité de lait prélevée par l'enfant;
- l'ensemble des processus dépendant de l'efficacité du transfert de lait et en particulier de la succion effectuée par l'enfant.

Le contrôle endocrine fait intervenir de nombreuses hormones dont la prolactine pour la synthèse, et l'ocytocine pour l'éjection.

La prolactine, sécrétée par les cellules lactotropes de l'antéhypophyse, atteint les récepteurs externes des lactocytes où elle active la synthèse des constituants du lait. Le contrôle hypothalamique de la sécrétion hypophysaire de la prolactine est essentiellement inhibiteur par l'intermédiaire de la dopamine. Le signal nerveux provenant de la succion de l'aréole entraîne une levée de cette inhibition par l'hypothalamus.

Le nombre de récepteurs à la prolactine des lactocytes augmentent avec la précocité et la fréquence des tétées dans les premiers jours de mise en place de la lactation. Ainsi, le volume de lait produit est plus en rapport avec le nombre de ces récepteurs qu'avec le taux sérique de la prolactine.

La succion ou la stimulation de l'aréole déclenche des pics de prolactine qui s'ajoutent au taux sérique de base, très élevé à l'accouchement, et qui culmine environ 45 min après le début de la tétée. Le taux de prolactine est plus élevé en fin de nuit, d'où l'importance des tétées de nuit. (La prolactine accélère le passage en

sommeil lent, donc la capacité de la mère à récupérer. Elle permet également de se réveiller et se rendormir sans difficultés plusieurs fois au cours de la même nuit, au moindre pleur du bébé.) La stimulation répétée des aréoles permet le maintien d'un taux efficace. Par ailleurs, par un mécanisme de rétrofreinage, cette hyperprolactinémie bloque l'ovulation, et l'aménorrhée du post-partum s'accompagne d'une infertilité, même si celle-ci n'est pas absolue.

Le taux de prolactine dépend surtout du nombre et de la durée des tétées: il chute nettement lorsque la fréquence tombe au-dessous de six par jour. En l'absence de stimulation de l'aréole, le taux de prolactine redescend au niveau antérieur à la grossesse en trois semaines environ. Le pic de prolactine est doublé quand deux enfants sont mis sur les seins simultanément. Le taux est donc bien lié au stimulus de la succion.

La prolactine agit en synergie dans l'initiation et le maintien de la lactation avec des hormones hypophysaires (hormones somatotrope, corticotrope (ACTH), thyrotrope (TSH)) et des hormones périphériques (thyroxine, cortisol, aldostérone, insuline). L'ensemble de ces facteurs constitue le « complexe hormonal lactogénique ».

Cependant, ce contrôle hormonal n'explique pas complètement la régulation du volume de lait produit: certaines mères qui allaitent préférentiellement d'un seul sein ont une production de lait qui finit par se tarir sur le sein non tété alors que ce sein reçoit les mêmes stimulations hormonales que le sein controlatéral. Il existe donc d'autres mécanismes de régulation qui prévalent sur l'action de la prolactine; il n'a d'ailleurs été trouvée aucune corrélation entre la synthèse du lait à court et à long terme et le taux sanguin de prolactine qui n'a qu'un rôle permissif sur la synthèse, laquelle dépend surtout de facteurs de régulation locale.

I.E. Régulation du volume de lait produit [55]

[56][58][72]

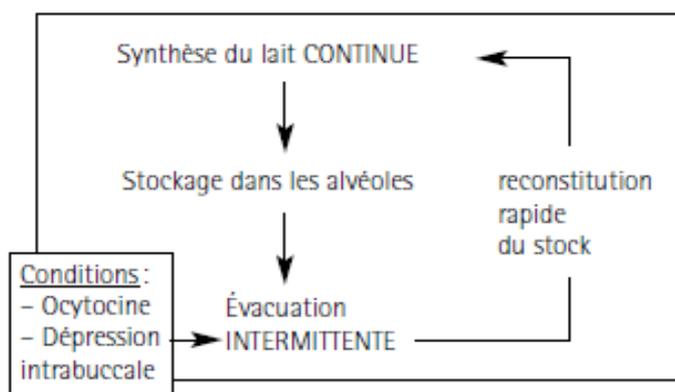


Figure 17: Le déclenchement des tétées [56]

Il existe un mécanisme de rétrocontrôle négatif, faisant intervenir le **feedback inhibitor of lactation (FIL)**, une petite glycoprotéine du lactosérum synthétisée par les lactocytes, qui freine la synthèse du lait au fur et à mesure que les alvéoles se remplissent, et qui s'évacue avec le lait au cours de la vidange alvéolaire. **Plus les alvéoles se remplissent de lait plus la synthèse est ralentie; plus l'enfant tète souvent et efficacement, plus la vitesse de production augmente** pour la tétée suivante. La vitesse de synthèse du lait varie considérablement au cours du temps (de 5,8 à 90 mL/h) et elle n'est pas identique dans les deux seins au même moment même si ceux-ci reçoivent la même stimulation hormonale. Cette modulation intervient lentement, sur plusieurs jours.

Ce mécanisme autocrine, en rapport avec le cycle drainage-remplissage des alvéoles, régule la production de lait de manière indépendante d'un sein à l'autre et de manière très ponctuelle à l'intérieur de chaque secteur du sein et permet de comprendre que:

- la production de lait, étant directement liée au volume prélevé, peut s'ajuster aux variations de consommation de lait d'une tétée à l'autre et répondre ainsi à la demande variable et a priori imprévisible de l'enfant;
- tous les facteurs qui limitent la demande et la quantité de lait prélevée (bébé endormi ou qui prend mal le sein et tête mal, nombre insuffisant de tétées, compléments de lait artificiel non indispensables, sucette, etc.) entraînent une baisse de production de lait; cette baisse est la conséquence d'un transfert inefficace ou insuffisant du lait à l'enfant, il ne s'agit pas d'une incapacité patho-physiologique maternelle à produire du lait en quantité suffisante;
- un engorgement peut entraîner rapidement une baisse de la production de lait;
- ainsi, toutes les difficultés d'allaitement peuvent se compliquer d'une insuffisance « secondaire » de lait;

- la production de lait peut augmenter grâce à l'efficacité et à la fréquence des tétées et s'il y a des jumeaux ou des triplés; si la mère tire du lait pour faire des réserves en plus des tétées, le volume s'adaptera et sera important.

Plus que la capacité maternelle à produire assez de lait, c'est le volume de lait produit qui est donc le reflet de la consommation de lait par l'enfant. D'ailleurs, au cours d'une tétée le bébé ne consomme pas tout le lait présent mais en moyenne 67 % du lait disponible. C'est son appétit qui détermine le volume de lait consommé, les seins sont rarement complètement drainés au cours d'une tétée, il n'est donc pas indispensable de les vider complètement à chaque tétée quand la production de lait est adéquate; mais en cas d'insuffisance de lait secondaire, il est possible d'optimiser le drainage des seins pour augmenter la production du lait, soit en améliorant la fréquence et l'efficacité des tétées, soit en tirant du lait à la place, pendant ou en plus des tétées.

Après la phase d'activation sécrétoire (« montée de lait ») qui intervient dans les 2 à 4 jours qui suivent la naissance, il existe une période d'ajustement de la production de lait aux besoins de l'enfant avec augmentation initiale rapide du volume produit jusqu'à environ 1 mois post-partum, période à partir de laquelle la production de lait se stabilise et reste à peu près constante pendant 1 à 6 mois: elle est en moyenne de 750 à 800 mL/j mais il y a de très importantes variations individuelles en lien avec la vitesse de croissance de l'enfant. Le volume de lait produit est caractéristique de chaque couple mère-enfant: il n'est lié ni au volume de lait produit à J₄-J₆ ni au poids de naissance mais est surtout corrélé au poids de l'enfant à un mois. Ce qui veut bien dire que l'enfant est le principal régulateur du volume de lait produit, via l'efficacité et la fréquence de l'extraction de lait.

Cette production de lait dépend aussi des mères: elles ont besoin en moyenne de 8 à 10 tétées par jour pour obtenir ce volume de 750 à 800 mL/j, certaines ont besoin de plus, d'autres de moins, leur capacité de stockage du sein étant variable.

Enfin il existe pour chaque mère un « seuil de fréquence » des tétées (très variable d'une mère à l'autre) qui permet d'entretenir la lactation tout au long de l'allaitement. En dessous de cette fréquence minimale, la lactation risque de diminuer, avec involution de la glande mammaire si la mère ne donne pas plus de tétées. Ne pas limiter le nombre et la durée des tétées permet d'établir une lactation adaptée aux capacités de la mère, qui sont inconnues au démarrage

I.F. Transfert de lait [55]

Indispensable à l'entretien de la lactation par le biais de la régulation autocrine, le transfert de lait représente la quantité de lait qui va de la mère à l'enfant et dépend de 2 processus complémentaires, l'éjection de lait et la succion effectuée par l'enfant.

I.F.1. L'éjection [55][56][58][59]

Le lait ayant tendance à adhérer aux membranes plasmiques, il a besoin d'être expulsé activement hors des alvéoles par le réflexe d'éjection. L'analyse échographique de l'éjection montre que la quantité de lait obtenue avant le début de l'éjection est très faible ce qui confirme que **le réflexe d'éjection est indispensable au transfert de lait** et que **les canaux ont un rôle de transport du lait plus que de stockage**.

Le réflexe d'éjection résulte de l'action de l'ocytocine post-hypophysaire; elle provoque la contraction des cellules myoépithéliales, le raccourcissement et la dilatation des canaux. Elle est larguée dans le sang dès qu'apparaît un signal annonçant une tétée.

Ce signal est surtout sensoriel, provoqué par la bouche de l'enfant sur l'aréole du sein. En effet, la succion du mamelon par l'enfant crée un arc réflexe dont les voies partent du sein pour atteindre l'hypothalamus et y stimuler la sécrétion d'ocytocine et provoquent en parallèle des pics sécrétoires de prolactine. Ils stimulent en même temps la sécrétion d'ACTH, de TSH et d'hormone somatotrope et agissent ainsi sur tous les composants du « complexe hormonal lactogénique ». Parallèlement, ils inhibent la sécrétion des hormones folliculo-stimulante (FSH) et lutéinisante (LH) et participent, ainsi, au freinage de l'ovulation durant l'allaitement.

Mais la vue, l'odeur, le cri du bébé ont aussi un très fort impact émotionnel sur la mère avant la tétée. Plus le nouveau né est proche de sa mère, en peau-à-peau surtout, plus le taux d'ocytocine augmente, même en l'absence de toute stimulation des seins. Ainsi certaines mères ont les seins qui coulent lorsqu'elles pensent à l'enfant. Cette montée hormonale est essentielle au processus d'attachement et au déclenchement de la lactation. A l'inverse, les émotions ou le stress peuvent inhiber la sécrétion d'ocytocine et de prolactine.

Amenée par le sang jusqu'au sein, l'ocytocine va avoir deux actions complémentaires:

- elle va comprimer les réservoirs alvéolaires en activant des cellules contractiles présentes sur chaque alvéole. Ces cellules agissent comme une main qui fait sortir un liquide d'une éponge;
- au même moment, sous son action, les canaux, tellement étroits en dehors des tétées qu'ils ne peuvent laisser couler un liquide épais comme le lait, vont s'ouvrir, se dilater, favorisant l'écoulement.

L'ocytocine est libérée de manière pulsatile et il y a généralement plusieurs éjections de lait au cours d'une tétée. **Le nombre d'éjections est significativement corrélé au volume de lait consommé ce qui signifie que c'est le nombre d'éjections plus que le temps passé au sein qui détermine le volume de lait d'une tétée.**

Les observations échographiques de l'éjection (mesure du nombre, de la durée et du degré de dilatation des canaux) mettent en évidence l'existence d'une grande variation individuelle des caractéristiques de l'éjection ce qui influence le transfert de lait. Certaines mères n'ont qu'une seule dilatation et donc une seule éjection, mais celle-ci dure significativement plus longtemps que la moyenne des éjections observées chez les mères qui en ont plusieurs. Chez les femmes qui ont une dilatation canalaire importante et une durée d'éjection plus élevée, le volume de lait transféré est plus élevé. Chez 39 % des mères ayant plusieurs éjections en cours de tétée, l'enfant s'arrête de téter au moment où les canaux sont à dilatation maximale, donc en cours d'éjection, ce qui est un argument supplémentaire pour affirmer que c'est bien l'enfant qui régule ses besoins et qu'il n'y a pas de durée normale de tétée. Il est plus important de se soucier de l'efficacité du transfert de lait par l'observation de la qualité de la succion que de chercher à définir une durée normale de tétée.

Il existe un mécanisme de flux rétrograde visible par le trajet des globules graisseux des gros canaux vers les canaux plus petits à la fin de l'éjection ce qui signifie là encore que le lait n'est pas stocké dans les canaux les plus larges. Ce mécanisme est à prendre en considération pour comprendre les processus contribuant à la constitution de la flore lactée et les mécanismes physiopathologiques de la mastite.

I.F.2. La succion, un jeu d'enfant [55][56][62][63][72][79]

Cette éjection hormonale d'ocytocine est complétée par le mouvement de la bouche du bébé. De l'efficacité de l'action de l'enfant dépendra la réussite du processus de l'allaitement. Si le bébé fait bien son travail et s'il peut le faire librement, les mères ont du lait. Non seulement au moment de la tétée, les bébés utilisent des mouvements de leurs mains sur les seins, en petits massages coordonnés pour stimuler encore la libération d'ocytocine, mais ils sont surtout les maîtres d'œuvre de la succion.

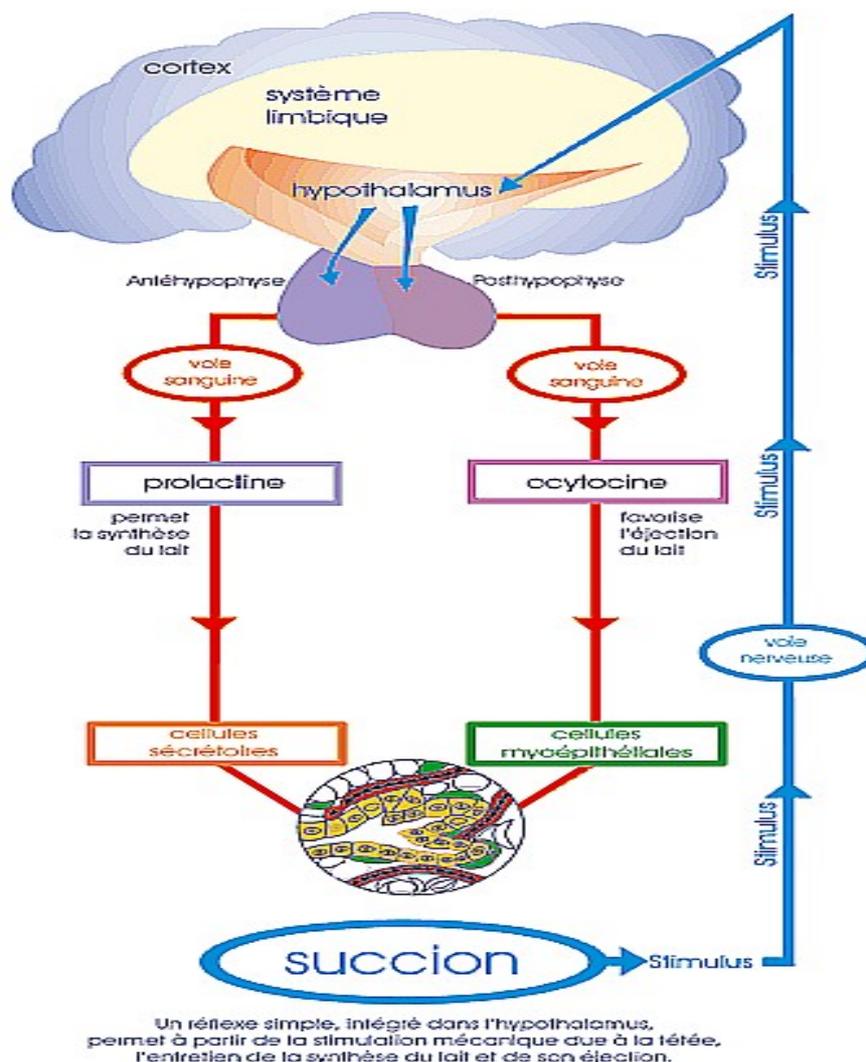


Figure 18: Déclenchement de la synthèse et de l'éjection du lait par la succion [63]

La succion comprend deux composantes, l'une, de **compression-expression** (la stimulation de l'aréole par la langue et les lèvres déclenche l'ocytocine et amorce l'éjection du lait) et surtout l'autre, de **dépression intrabuccale qui est le mécanisme principal** d'extraction du lait pendant la tétée au sein, puis, en une parfaite coordination, la déglutition et la respiration permettent un mouvement prolongé pendant plusieurs dizaines de minutes.

La manière dont l'enfant prend le sein plus ou moins profondément en bouche joue un rôle dans la création de la dépression intrabuccale et l'efficacité du transfert de lait. Les lèvres collées sur l'aréole en avant, une anatomie spéciale du pharynx en arrière (positionné au niveau de la première vertèbre cervicale, beaucoup plus haut que chez l'adulte), font de la bouche une cavité étanche. C'est pourquoi les tout petits bébés ne peuvent respirer que par le nez et sont très gênés au moindre rhume.

- Dans un premier temps, le bébé, stimulé par l'odeur de l'aréole, cherche le sein, se positionne activement et prend en bouche largement le pourtour de l'aréole. Cependant il y a un **temps de latence** entre le début de la tétée et l'éjection du lait. Pendant quelques secondes, mais parfois les premiers jours pendant plusieurs minutes, il ne se passe rien. Certains bébés coopérants patientent courageusement en faisant travailler leur langue, d'autres se fâchent très fort et affolent leur mère.
- Puis l'ocytocine et la prolactine arrivent au sein. Les signes peuvent être nettement perçus par la mère: le mamelon et l'aréole se mettent en érection, les fibres myoépithéliales se contractent, ce que la mère peut percevoir comme une sensation de durcissement, de tension, parfois de picotements. Enfin, les premiers flux de lait jaillissent, c'est le **réflexe d'éjection**, ce que le bébé fait entendre, modifiant radicalement le bruit sa déglutition. Plusieurs jets vont se succéder pendant quelques minutes puis surviendra une **nouvelle phase de latence** où le bébé devra poursuivre ses mouvements de succion pour provoquer **un autre flux d'éjection**, moins puissant que le premier. Certaines mamans peuvent observer 3, 4 voire 5 flux d'éjection successifs.

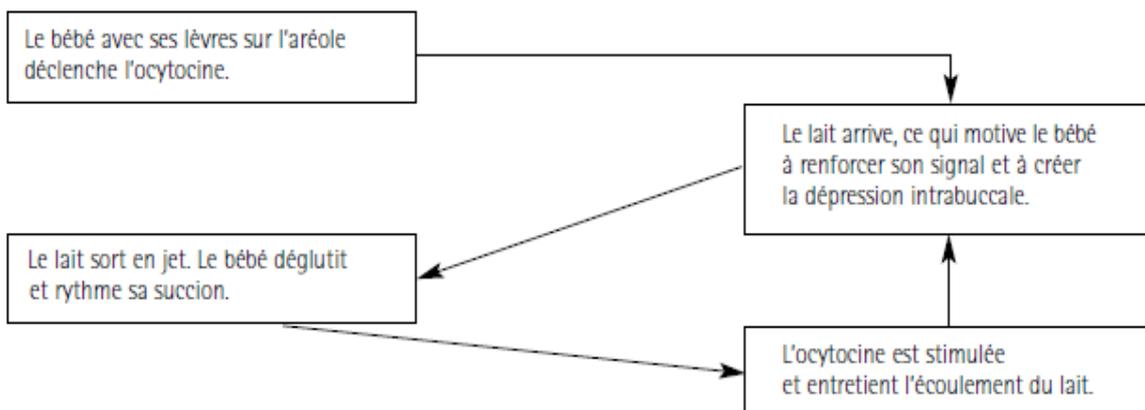


Figure 19: La coordination des phases de la succion [56]

Téter, c'est sortir la langue, en avant et au dessus des arcades dentaires, et lui faire effectuer, à un rythme rapide entrecoupé de pauses, un mouvement de va et vient. Ce mouvement se décompose schématiquement en plusieurs temps:

- le bébé prend en bouche le mamelon et la plus large partie d'aréole possible, en créant dans sa bouche une « **dépression** »;
- la langue sort vers l'extérieur en une avancée rapide, directe;
- le bébé relève puis abaisse son maxillaire inférieur et sa langue, pressant l'aréole et faisant varier le volume de sa cavité buccale, donc la pression. L'intensité de la dépression peut varier de 50 à 240 mmHg;
- la langue ne suit pas un mouvement péristaltique (c'est-à-dire de contraction puis d'aspiration), mais se déplace dans un mouvement assez droit de haut en bas;
- le mamelon n'est pas pincé de façon marquée, et suit le mouvement de haut en bas de la langue.

Ce double mouvement est puissant, et fait prendre en bouche toute l'aréole du sein (surtout pas le seul mamelon). Tous les récepteurs sensitifs en contact avec la langue sont ainsi largement stimulés.

Téter, c'est surtout déglutir lorsque la langue est sortie, au bout de son parcours vers l'extérieur. Cette déglutition, appelée « déglutition infantile », est strictement coordonnée au rythme de la langue, permettant au bébé l'exploit de téter, avaler et respirer sans avoir à lâcher le sein. Cette déglutition, physiologique pendant les premiers mois de vie, ne devrait normalement évoluer vers une déglutition de type adulte qu'avec l'introduction des premiers aliments solides, donc vers 6 mois.

Une succion efficace nutritive se reconnaît au rythme impulsé par le bébé. S'il tète bien, il va téter en longues salves ininterrompues :

- on peut compter les mouvements : dix, vingt, trente... cent ou plus (un bébé peut ainsi téter plusieurs minutes sans s'arrêter);
- les pauses entre les salves de succion sont rares et brèves et, durant ces pauses, le bébé ne lâche pas le sein;
- au cours des salves, les mouvements sont lents, environ un par seconde. Plus lents encore quand le débit de lait est important, pour permettre de « grosses gorgées »;
- pendant ces mouvements de succion, le bébé respire en continu, librement. Cette respiration s'interrompt brièvement à chaque déglutition, puis reprend son cycle;
- il y a une déglutition par mouvement de succion si le débit de lait est abondant (plutôt en début de tétée) puis une déglutition après 3 à 4 suctions.

C'est en observant et en écoutant les différents rythmes d'une tétée que la mère a l'assurance que son bébé est bien nourri et prend tout ce dont il a besoin et envie.

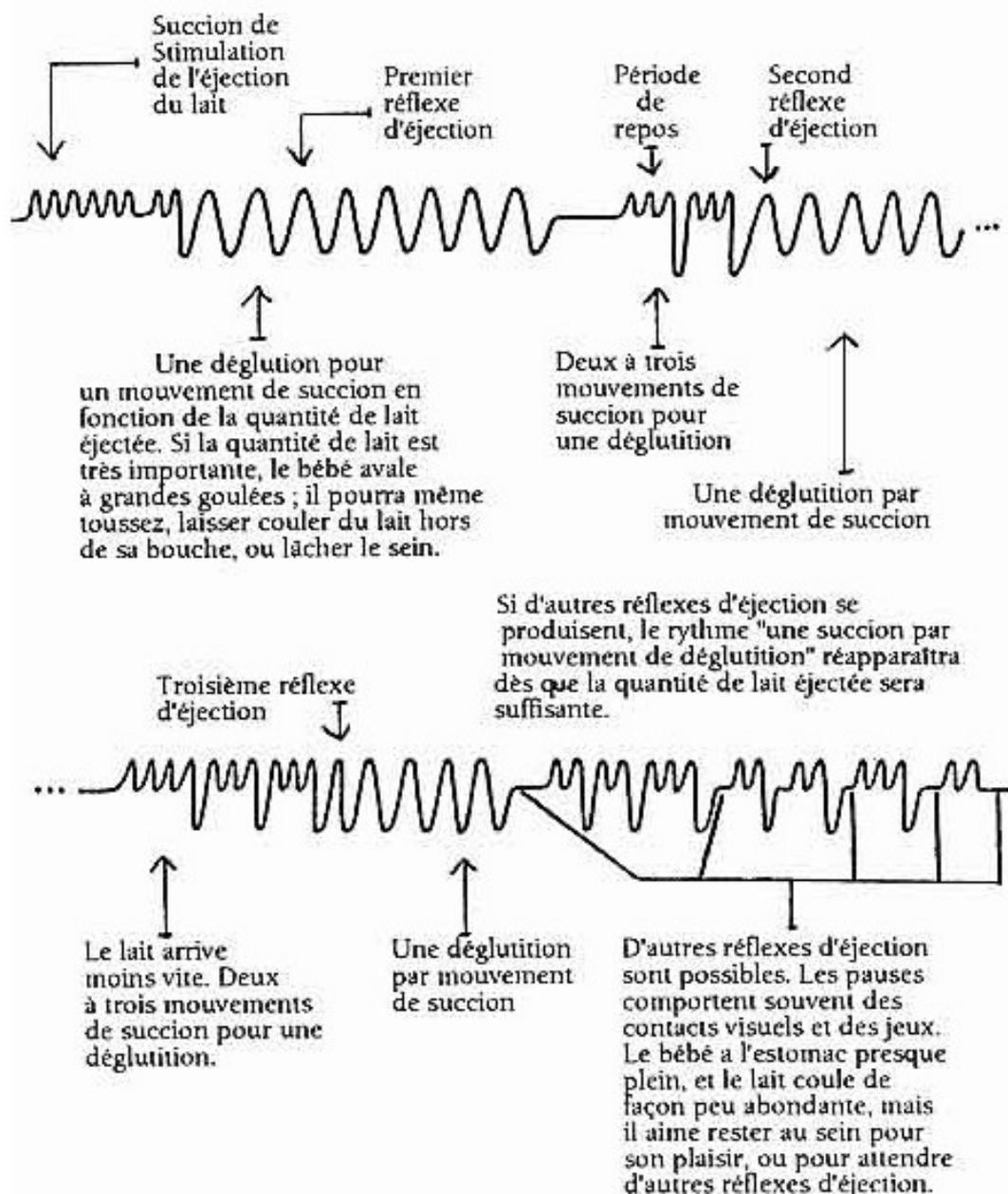


Figure 20: Le déroulement de la tétée [79]

À l'inverse, une succion non nutritive (un enfant qui « tétouille »), qui a lieu en fin de tétée, apaise et sécurise le bébé, se caractérise par un rythme beaucoup plus rapide de petits à-coups irréguliers (plus de deux par seconde), des salves courtes, incoordonnées, des pauses multiples et parfois longues, une déglutition rare, tous les six ou huit mouvements de succion. Cette succion normale in utero et avant terme, ne doit pas être confondue avec une succion nutritive.

Pour pouvoir téter efficacement, le bébé a besoin d'être dans un état d'éveil optimal et d'être positionné correctement pour prendre une grande bouchée de sein. Il doit:

- être calme, détendu sur sa mère, parfaitement réveillé;
- avoir le temps de prendre des repères, de sentir, de bouger sa tête, de lécher un peu le sein, véritables préliminaires moteurs, sensoriels et affectifs de la rencontre avec sa mère. Il doit avoir la possibilité d'exprimer ses réflexes sans contrainte et de mettre sa tête légèrement vers l'arrière afin de faciliter l'ouverture de sa bouche.

Si tout se passe bien, il peut alors ouvrir grand la bouche pour saisir largement l'aréole et initier ses mouvements de succion. La bouche du bébé doit recouvrir l'aréole du sein avec sa lèvre supérieure plus que la lèvre inférieure. Le menton est enfoui dans le sein, le nez se trouve plus en hauteur et est dégagé.

Une bonne prise du sein limite les risques de frictions et donc de lésions des mamelons, permet d'optimiser le drainage efficace et uniforme des lobes afin d'entretenir la production de lait et de limiter les risques d'engorgement localisé ou de mastite.

La prise du sein spontanée par l'enfant positionné ventre à ventre sur sa mère elle-même en position allongée ou demi-assise (auto-attachement) est une alternative à considérer y compris au-delà de la salle de naissance, de même qu'il est souhaitable de renoncer aux mises aux seins forcées ainsi qu'aux attitudes dogmatiques lors des conseils donnés aux mères pour se positionner et mettre leur enfant au sein.

Dans les premiers jours de vie, il conviendra de proposer le sein au bébé dès qu'il se réveille, sans attendre qu'il pleure. Ne jamais tenter de le forcer.

Les bébés nés avant terme ou ayant souffert, peuvent présenter des difficultés de deux ordres: une mauvaise coordination de la séquence succion-déglutition-respiration et une difficulté à rester réveillés assez longtemps et activement pour réussir à bien prendre le sein. Ils auront donc besoin d'un soutien tout spécial.

Du côté de la mère, tout le mécanisme de la tétée est donc un phénomène automatique, inconscient. Elle « laisse couler » le lait provoqué par l'enfant. Ses émotions peuvent ralentir, freiner, retarder ce réflexe mais elles ne produisent pas d'arrêt de la lactation. Et tout le travail actif est réalisé par l'enfant.

I.G. La capacité de stockage ^{[55][58][56]}

Elle représente la capacité des alvéoles à stocker du lait disponible pour l'enfant et varie d'un sein à l'autre.

Il existe d'importantes variations (de 80 à 600 mL) dans la capacité de stockage des seins d'une femme à l'autre et chez une même mère, d'un sein à l'autre. **Ces variations sont indépendantes de la capacité à produire suffisamment de lait mais elles peuvent avoir une influence sur le nombre de tétées et sur le devenir de la lactation.** En effet, un enfant ne peut pas prélever des seins plus de lait que ceux-ci ne peuvent en contenir et l'inhibition de la synthèse de lait est plus précoce au moment du remplissage si la capacité de stockage est faible, surtout si à cela s'ajoute une conduite non optimale de l'allaitement, un engorgement ou une mastite.

Les nourrissons dont les mères ont une faible capacité de stockage ont tendance à téter plus souvent. **Cependant, près d'un tiers des nourrissons dont les mères ont une grande capacité de stockage font de « petites » tétées alors que plus de lait est disponible et près de la moitié des nourrissons de mère ayant une faible capacité de stockage sont capables de faire de « plus grosses » tétées en drainant les seins plus complètement à chaque fois.**

Les femmes dont les enfants tètent souvent peuvent avoir l'impression d'être désavantagées et ce, en particulier parce que leur bébé tète souvent ou « ne fait pas ses nuits ». Mais une capacité de stockage peu importante n'est qu'un des éléments pouvant expliquer le besoin d'un nourrisson de téter la nuit: les données cliniques mettent en évidence que la persistance de tétées de nuit bien au-delà du premier mois est très fréquente y compris chez la plupart des nourrissons de mère ayant une grande capacité de stockage. Il est important d'expliquer aux mères que leur bébé a besoin de téter souvent pour entretenir la production de lait, et non parce qu'elles ne produisent pas assez de lait.

La capacité de stockage n'est pas fixe au cours de la lactation. Elle augmente de 180 g en moyenne à l'âge de 1 mois à 235 g à l'âge de 6 mois et est donc probablement capable de s'accroître afin de répondre à des besoins accrus.

Le nombre de tétées dont a besoin le nourrisson est fonction de la capacité de stockage des seins de sa mère, et non de sa fréquence d'éveil. Certains bébés se réveillent très peu souvent et se rendorment vite. Mais cela ne signifie pas forcément une bonne alimentation, ce peut être parfois un signe de ralentissement global de l'organisme par sous-nutrition.

I.H. Variations de la concentration en graisses [55][58][63]

La concentration en graisses est la variable la plus importante de la composition du lait maternel: elle change au cours de la tétée, au cours de la journée, au cours du temps, d'un individu à l'autre (22 à 62 g/L) et même d'un sein à l'autre chez une même mère.

Les graisses contribuent à un peu plus de la moitié des apports énergétiques de l'enfant allaité. Cependant, **la croissance des nourrissons est beaucoup plus liée à la quantité de lait qu'ils absorbent qu'à sa valeur calorique.** Il a été montré que lorsque la concentration du lait en matières grasses est plus faible que la moyenne, l'enfant consomme une plus grande quantité de lait. Si un nourrisson allaité en bonne santé ne prend pas assez de poids, ce n'est pas lié à un problème de « qualité » du lait mais de quantité consommée.

La concentration en graisses augmente au fur et à mesure de la tétée proportionnellement à la vidange des alvéoles. Toutefois, il faut être extrêmement prudent quant à l'usage que l'on peut faire en pratique de cette notion de physiologie. En effet, **l'augmentation de la concentration en graisses est fortement dépendante du degré de remplissage du sein mais le début ou la fin d'une tétée ne correspondent pas nécessairement au début ou à la fin du drainage des alvéoles.** Un enfant peut démarrer une tétée sur un sein déjà partiellement drainé: la concentration en graisses au début de cette tétée peut être aussi élevée qu'à la fin d'une autre tétée commençant sur un sein bien plus rempli.

La capacité de stockage a évidemment une influence sur l'importance de ces variations. Chez les mères qui ont une grande capacité de stockage, le début ou la fin d'une tétée ne correspondent pas nécessairement au début ou à la fin de la vidange alvéolaire; chez les mères qui ont une moindre capacité de stockage les variations de concentration en graisses sont plus stables d'une tétée à l'autre; quoiqu'il en soit, **la quantité totale de graisses consommée par l'enfant est indépendante de la capacité maternelle de stockage.**

Dans la mesure où la capacité de stockage n'est pas mesurée en routine et où l'enfant régule ses besoins selon son appétit, il est souhaitable de **ne pas trop s'occuper du problème de « lait de début/fin de tétée »** sauf dans les situations particulières où les mères ont une surproduction de lait. Le conseil de « ne donner qu'un seul sein par tétée pour permettre à l'enfant d'avoir les graisses de fin de tétée » ne convient pas à tous les couples mère-bébé car certains nourrissons ont parfois, et même toujours, besoin de téter les 2 seins et ils risquent de ne pas consommer assez de lait si on conseille à leur mère de ne leur donner qu'un seul sein par tétée.

I.I. Modalités pratiques d'allaitement [55][56]

Plusieurs études ont mis en évidence la **très grande variabilité existant dans les modalités d'allaitement pour chaque couple mère-enfant.**

I.I.1. Durée et fréquence des tétées

Hörnell et coll. ont étudié de façon prospective la fréquence et la durée des tétées pendant les 6 premiers mois de vie de l'enfant chez 506 mères suédoises allaitant à la demande pour 95 % d'entre elles.

La fréquence des tétées pendant les heures de jour (de 6 à 22 h) présentait de grandes différences individuelles:

- de 3 à 11 tétées de jour à 2 semaines de vie;
- de 3 à 8 tétées de jour à l'âge de 5 mois.

Le nombre de tétées de nuit (de 22 h à 6 h) était:

- de 1 à 5 à l'âge de 2 semaines;
- de 0 à 4 à 5 mois.

L'analyse des variations au jour le jour dans la fréquence des tétées pour une sélection de 40 enfants exclusivement allaités jusqu'à 4 mois et demi montrait que:

- pour environ 50 % d'entre eux, il y avait peu de variations dans le nombre quotidien de tétées au cours du temps;
- pour 25 %, le nombre de tétées avait tendance à diminuer graduellement au fil des mois;
- pour les 25 % restants, après un déclin initial, le nombre de tétées augmentait à nouveau vers 3 à 4 mois.

La comparaison de 2 sous-groupes d'enfants qui, à l'âge de 2 semaines, étaient en moyenne, soit moins de 6 fois par 24 h en passant environ 1,5 h par jour au sein, soit plus de 11 fois et environ 2,5 h par jour au sein, mettait en évidence qu'**un faible nombre de tétées était associé à un sevrage plus précoce.**

La durée moyenne d'allaitement exclusif était de 1,8 mois dans le groupe moins de 6 tétées par jour versus 4 mois dans l'autre groupe.

La durée moyenne d'allaitement partiel était de 8,6 mois versus 11,8 mois dans le groupe où les fréquences de tétées et le temps passé au sein étaient significativement plus élevés.

I.1.2. Lactation et modalités des tétées

Dans une autre étude, Kent et coll. ont collecté les données concernant la lactation et les modalités des tétées chez 71 femmes allaitant exclusivement à la demande un enfant en bonne santé âgé de 1 à 6 mois.

La production de lait totale par 24 h était en moyenne de 788 ± 169 g (extrêmes 478 – 1356 g); elle était constante de 1 à 6 mois ce qui est en accord avec d'autres études.

La capacité de stockage d'un sein, comprise entre 74 et 382 g était positivement corrélée au volume de lait produit, au volume maximum et moyen d'une tétée.

Un sein produisait en moyenne 123 mL de plus que l'autre, le droit dans 71 % des cas.

Une tétée représentant le volume pris sur un sein, un « repas » correspondait:

- soit à une tétée sur un seul sein;
- soit à une tétée sur les 2 seins;
- soit à une tétée groupée (l'enfant tète de nouveau le premier sein moins de 30 min après la fin de la tétée du second sein).

Dans cette étude, la fréquence des tétées était comprise entre 6 et 18 par 24 h et celle des repas entre 4 et 13 soit une moyenne d'environ 8 par 24 h. Un repas durait de 12 à 67 min, période pendant laquelle l'enfant buvait de 54 à 234 mL de lait; **il n'y avait pas de lien entre la durée de la tétée et le volume pris par l'enfant**; en effet, au sein l'enfant n'avale pas du lait continuellement mais passe un certain temps à faire de la succion non nutritive.

13 % des bébés tétaient toujours les 2 seins; 30 % faisaient toujours des tétées sur un seul sein et le reste des bébés (57 %) un mélange des deux.

Il n'y avait pas de différence entre les garçons et les filles pour la fréquence des repas.

Les enfants consommaient $76 \pm 12,6$ g par tétée (extrêmes 0 – 240 g) et $101,4 \pm 15,6$ g par repas (extrêmes 0 – 350 g). **Le volume de lait consommé au cours d'une tétée dépendait du fait qu'il s'agissait du sein le plus ou le moins productif, du type de tétée, couplée ou non, de l'ordre des seins en cas de tétée couplée ou groupée et du moment de la journée.**

Le volume moyen d'une tétée n'était pas corrélé à l'âge de l'enfant mais le volume maximum d'une tétée augmentait avec l'âge. Contrairement à ce qui se passe avec les laits artificiels donnés au biberon, l'enfant n'augmente pas forcément la quantité qu'il prend, mais accroît l'efficacité de sa digestion et de l'utilisation de son aliment. C'est la raison pour laquelle, le lait maternel étant un aliment sans résidu et peu à peu totalement digéré, les selles peuvent devenir rares après le premier mois, de façon tout à fait physiologique.

Tous les nourrissons de 4 à 9 semaines tétaient « la nuit » ainsi que 61 % des nourrissons âgés de 9 à 26 semaines. Ils consommaient alors 20 % de leur ration journalière. **Cela implique qu'environ deux-tiers des femmes ont besoin de donner le sein la nuit pour couvrir les besoins nutritionnels de l'enfant et maintenir leur production de lait.** Ceux qui ne tétaient pas la nuit consommaient une quantité équivalente de lait dans la journée et faisaient leur plus gros repas le matin. Il n'y avait **pas de différence significative dans la capacité de stockage** combinée des mères dont les enfants tétaient la nuit (386 ± 108 g) ou ne tétaient pas (342 ± 95 g).

Certains enfants tétaient moins de 1 h après des tétées pouvant aller jusqu'à 175 g, d'autres ne tétaient pas pendant plus de 8 h après une tétée de seulement 35 g. Une tétée riche en graisses n'était pas toujours suivie d'un long intervalle entre tétées.

Des données récentes mais encore limitées concernant les modalités de l'allaitement et le contenu du lait maternel en macronutriments indiquent que **le contenu en protéines et en lactose a plus d'influence sur la fréquence des tétées que la quantité de lipides ou de calories ingérées par l'enfant.**

L'intervalle de temps entre les repas est une obsession dans une culture qui met souvent comme priorité pour un nourrisson son aptitude à rester seul et à « faire ses nuits ».

Les études montrent que l'intervalle de temps entre les repas est indépendant du volume de lait consommé et de la valeur calorique du repas; c'est une donnée factuelle qui est à confronter à un préjugé culturel particulièrement tenace.

Les enfants des mères dont la capacité de stockage des deux seins était inférieure à 235 mL tétaient tous la nuit. Cependant la plupart des enfants de mères ayant une plus grande capacité de stockage tétaient également la nuit ce qui suggère que certains nourrissons « choisissent » de faire de fréquents petits repas même s'ils ont la possibilité de faire de gros repas.

I.J. Les conditions pour un bon démarrage [55]

[58][67][68][9][69][60][70][71]

Les principes physiologiques qui sous-tendent la régulation de la production de lait permettent à celle-ci de s'adapter aux besoins de l'enfant et il existe de grandes variations individuelles concernant les quantités de lait consommées par jour, les volumes de lait pris à chaque tétée, et les modalités pratiques de l'allaitement normal.

Pour que les mécanismes de régulation physiologique puissent fonctionner il est nécessaire de considérer à la fois la mère et l'enfant et de respecter les conditions suivantes:

I.J.1. A la naissance

- Un **contact peau-à-peau** (bébé nu avec une couche sur le torse nu de sa mère) immédiat et prolongé dès la naissance, les bébés ont besoin de contact pour se sentir rassurés, se calmer. Il permet aussi de favoriser l'attachement, de réguler la température du corps du bébé, son rythme cardiaque, sa respiration et sa glycémie. Il favorise l'écoulement du lait et peut augmenter la production de lait ainsi qu'une bonne prise au sein.
- Une **première tétée**, initiée par le bébé, dès qu'il s'y sent prêt, **dans les 2 premières heures**, moment où les réflexes néonataux sont à leur maximum. Attention, le contact et/ou l'odeur d'une main étrangère qui vient s'interposer pour forcer le nouveau-né à prendre le sein constituent pour lui une expérience désagréable. Tout seul et si on lui en laisse le temps, il rampera vers le sein, c'est le « réflexe de fouissement »: plus qu'un réflexe, c'est une extraordinaire façon d'être du bébé qui, peau-à-peau contre sa mère, est capable de se déplacer en se dirigeant grâce à son odorat, de tourner sa tête en tout sens et de trouver tout seul le mamelon, de l'attraper avec la bouche et de téter vigoureusement. Il a besoin d'être libre, de trouver tout seul. Après, il saura recommencer, il saura téter. Toute manipulation de la sphère ORL du bébé avant qu'il ait trouvé le sein risque de perturber par la suite son geste de tétée.

I.J.2. Dans les heures et les jours qui suivent

- Un bébé **physiquement proche de sa mère 24 h sur 24** pour favoriser l'allaitement à la demande, faciliter l'allaitement la nuit, limiter le risque de recours à un substitut de lait, le risque d'engorgement et de crevasses et favoriser le processus d'attachement entre la mère et l'enfant. C'est de la présence rassurante de sa mère dont il va avoir le plus besoin: sa voix et le contact physique vont lui rappeler le bien-être qui l'habitait lorsqu'il était encore dans le ventre de sa mère. De son côté, grâce à cette proximité, la mère apprendra très rapidement à comprendre son bébé et à reconnaître les signes de faim:
 - mouvements de succion avec protusion de la langue et éventuellement émission de salive;
 - bruits de succion;
 - la main qui se dirige vers la bouche;
 - légers gazouillis ou petits gémissements;
 - globes oculaires en mouvement rapide sous les paupières;
 - ouverture de la bouche;
 - la respiration peut changer;
 - changement de position du corps, les bras et les jambes gigotent ou s'étirent;
 - la tête tourne de tous côtés essayant d'attraper des choses avec la bouche.



Figure 21: Les signes d'éveil [9]

Si la mère ne profite pas de cette occasion pour offrir un repas au bébé, celui-ci peut se rendormir, et c'est une opportunité en moins de stimuler la montée de lait.

Il est généralement admis que seul l'allaitement à la demande permet au nourrisson de réguler ses besoins nutritionnels **MAIS À CONDITION** que la demande soit suffisante et bien perçue, que la succion du bébé soit efficace et que la tétée soit complète.

- Des tétées qui répondent à **la demande** du bébé, **tant en fréquence qu'en durée**, sans rigidité et sans montre. C'est le seul moyen de respecter totalement la physiologie de la lactation, d'éviter les difficultés (engorgements, insuffisance de prise pondérale...) et de répondre réellement aux besoins de l'enfant par une stimulation lactée suffisante. L'enfant doit avoir l'opportunité d'auto-réguler ses besoins qui peuvent être variables selon les périodes; il doit donc avoir accès au sein sans restriction, d'autant que la tétée a d'autres fonctions que nutritionnelle (réconfort, plaisir, tendresse).
Un bébé qui tète correctement ne restera pas au sein des heures durant pour une tétée. Si c'est le cas, c'est généralement qu'il ne prend pas correctement le sein et ne reçoit pas tout le lait qui est disponible.
Même si les tétées sont très rapprochées (moins d'une heure, par exemple), le bébé aura toujours du lait disponible (le lait étant sécrété en permanence dans les alvéoles, et d'autant plus rapidement qu'elles viennent d'être vidées). De plus, il n'y a aucun risque à donner le sein de façon rapprochée, puisque le lait maternel est très bien digéré et que bébé régule sa façon de téter quand son estomac est déjà plein.
- Le premier mois, il est important de ne pas attendre que le bébé pleure pour lui proposer un repas, mais de **veiller aux signes de faim**. Les pleurs sont un indice tardif de faim.
- Un accompagnement chaleureux favorisant un climat serein.
- Un bébé **bien positionné** face au sein et qui prend bien le sein en bouche. Les tétées doivent être efficaces et donc le comportement de l'enfant doit être optimal en terme de **qualité d'éveil et de succion**; il est indispensable de s'en assurer régulièrement.
- D'un repas à l'autre, ne pas initier la tétée toujours sur le même sein.
- A cours d'un repas, attendre que le bébé ne déglutisse plus avant de changer de sein ou d'arrêter le repas.
- Apprendre à exprimer le colostrum à la main afin d'encourager le bébé à prendre le sein, de prévenir les irritations du mamelon, de vider le trop-plein des seins si les seins sont très engorgés ou de séparation avec le bébé.
- **S'abstenir de donner des compléments** au bébé, sauf indication médicale particulière.

- **Éviter l'usage de tétines, de sucettes, de bouts de sein.** Le besoin de succion d'un tout-petit est très important les premières semaines mais il n'est pas conseillé de lui donner une tétine. Comme pour le biberon, la succion d'une tétine est très différente de la succion au sein: elle peut donc compromettre la mise en route de l'allaitement. D'autre part, le fait de satisfaire le besoin de succion du bébé peut le rendormir mais lui faire sauter un repas.
- Bannir ce qui dessèche la peau des mamelons et aréoles et ce qui perturbe leur odeur.
- Les premiers jours, au bout de 6 heures de repos, il est préférable de remettre l'enfant au sein, même s'il dort, afin de stimuler la lactation. Pour cela, la mère peut repérer ses signes d'éveil et le solliciter en le mettant contre elle en peau-à-peau.

I.J.3. De retour à la maison

- Respecter le principe de **tétées à volonté dès les signes d'éveil**, sans limitation de durée. Le nombre de tétées peut changer au fil des jours. Il peut y avoir des « jours de pointe », qui correspondent à des poussées de croissance, pendant lesquels l'enfant va réclamer plus longtemps, plus souvent.
- **Poursuivre la proximité mère-enfant**, ce qui va faciliter et donc faire durer les tétées de nuit le plus longtemps possible, dont les avantages sont nombreux:
 - entretenir la production de lait en maintenant un taux de prolactine élevé;
 - prévenir le risque d'engorgement;
 - faciliter le réendormissement car les tétées ont un effet soporifique;
 - allonger la durée de l'allaitement;
 - espacer les naissances.

Pour ne pas être fatiguée par les tétées de nuit, la mère peut placer le berceau du bébé près d'elle, apprendre à allaiter en position allongée, ne pas changer systématiquement le bébé dans la nuit.
- Adopter le même rythme que le bébé, faire la sieste en même temps que lui autant que possible.

En résumé, **les 4 règles d'or** de l'OMS pour un allaitement réussi sont:

- une proximité mère-enfant dès la naissance;
- une première tétée précoce;
- une bonne position;
- un allaitement à la demande, sans limitation de durée et sans complément.

Si les mères adoptent ou sont encouragées à adopter des comportements où elles exercent le contrôle principal sur la conduite de l'allaitement en imposant un nombre, une durée ou un espacement arbitraire des tétées, l'enfant risque de ne pas pouvoir réguler ses besoins nutritionnels de façon adéquate et la lactation risque de s'arrêter.

Un comportement d'éveil inadéquat de l'enfant, l'inefficacité pas toujours identifiée des tétées, les règles arbitraires sur la conduite de l'allaitement et les attentes irréalistes, culturellement construites, en matière de comportement des nourrissons et de sommeil de nuit expliquent la majorité des échecs d'allaitement.

Chaque couple mère-enfant doit être vu comme unique et il est tout à fait inapproprié de chercher à définir des normes et encore plus de vouloir les imposer. Plutôt que d'essayer de se conformer à des « moyennes » il est souhaitable d'encourager les mères à répondre aux signaux de leur enfant.

Ces connaissances permettent aux professionnels de santé de donner aux mères des conseils reposant sur les preuves et de leur offrir soutien et réassurance sur leurs capacités à allaiter.

II. Les difficultés rencontrées: exemple d'une enquête en région Loire-Nord Ardèche [28]

Le réseau de périnatalité Loire–Nord Ardèche (ELENA) a entrepris une enquête prospective auprès de toutes les femmes volontaires ayant accouché en octobre 2011 dans une des maternités du réseau afin d'évaluer le taux d'allaitement en sortie de maternité et à deux mois, et de cerner les besoins en termes de soutien maternel.

69 % des femmes ont initié un allaitement, 63 % l'ont poursuivi après le séjour en maternité et 50 % à deux mois.

Concernant les difficultés rencontrées dès la maternité, 54 % des femmes avaient vécu l'allaitement comme une expérience difficile, du fait de douleurs mammaires (40 %), d'un retard de montée de lait (24 %), de contractions utérines douloureuses (20 %), de crevasses (19 %) et 20 % considéraient que l'accompagnement par le personnel soignant à la maternité était insuffisant.

Pendant les deux mois suivants, sur 185 femmes poursuivant leur allaitement, 71 % ont déclaré au moins une difficulté, 38 % par manque de lait, 37 % du fait d'une fatigue importante, de douleurs mammaires (22 %), de crevasses (21 %) et d'engorgement (14 %).

Concernant les aides reçues au décours du séjour en maternité, parmi les 115 femmes ayant eu des difficultés avec l'allaitement, 23 % ont consulté une sage-femme, 17 % les services de PMI, 14 % le médecin généraliste, 10 % la conseillère en lactation, 5 % le pédiatre et 2 % le gynécologue. Un tiers n'ont pas consulté de professionnels de santé malgré leurs difficultés et 6 % ont pu trouver des réponses auprès de leur famille, amis ou sur Internet.

Sur les 57 femmes ayant sevré leur enfant à deux mois, 36 femmes en ont donné la raison: 50 % par un manque de lait, 25 % pour des symptômes bénins du post-partum (fatigue, douleur, crevasses, baby-blues...) et 15 % par angoisse de la quantité de lait apportée à l'enfant. Le manque de disponibilité pour les autres enfants, une hospitalisation du nourrisson, une contre-indication médicamenteuse à l'AM ou encore la reprise prochaine du travail ont été également rapportés.

II.A. Les différentes complications [69]

Pendant la période de l'allaitement, les seins ont une intense activité fonctionnelle sous contrôle hormonal. Ils sont soumis au cours des tétées successives à certaines contraintes. Cela conduit à une fragilité des seins, à l'origine de troubles bénins mais qui, s'ils ne sont pas convenablement pris en charge, peuvent avoir des conséquences angoissantes et douloureuses et conduire à l'arrêt de l'allaitement. Dans la majorité des cas, ces troubles surviennent dans la semaine suivant l'accouchement. Des difficultés importantes par leur fréquence, comme les crevasses et les engorgements seront à l'origine de complications plus graves, lymphangite et abcès du sein. Toutes ces complications peuvent s'intriquer, être cause ou conséquence de l'une ou de l'autre.

II.A.1. Les douleurs mammaires [75]

La douleur est un signe biologique qui, dans le contexte de l'allaitement, signifie à la mère que quelque chose ne va pas et qu'il faut modifier sa pratique de l'allaitement. Si ce signal n'est pas pris en compte, le mamelon risque d'être abîmé et le transfert de lait, d'être inefficace.

II.A.1.a. Sans lésions

II.A.1.a.1. Définition et conséquences [76][67][69]

Les premiers jours du post-partum, les récepteurs à l'étirement sont sensibles à l'imprégnation en œstrogènes. **Une hypersensibilité, voire une douleur, est donc fréquente**: la gêne peut être **vive en début de tétée et cède au cours de la tétée**, et cela dès la première tétée mais elle doit diminuer progressivement en 8 à 10 jours, grâce à la baisse du taux d'œstrogène.

Elle n'est donc pas due, ici, à des crevasses, et ne doit pas être traitée comme telle, mais il ne faut pas pour autant la minimiser, car elle peut jouer un rôle dans l'apparition d'un engorgement avec apparition d'un cercle vicieux entraînant une mise au sein de plus en plus difficile.

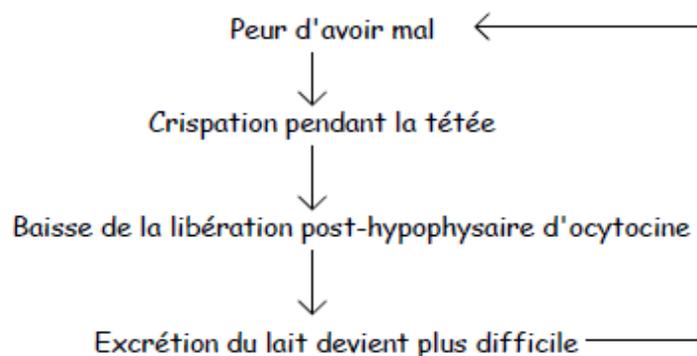


Figure 22: Le cercle vicieux des douleurs mammaires [69]

II.A.1.a.2. Causes [76][69]

Si ces douleurs persistent tout au long de la tétée ou ne s'améliorent pas au-delà de la première semaine, il faut **s'assurer de la bonne position et d'une bonne succion du bébé.**

En effet, pendant de nombreuses années, il était recommandé de limiter le temps de succion dans les premiers jours pour les problèmes de mamelons douloureux. De plus récentes études montrent que l'irritation des mamelons ne dépend pas de la durée des tétées mais est due à une mauvaise position du bébé au sein dans 85 % des cas ou à des problèmes de succion dans 15 % des cas qui font que le bébé ne met pas le mamelon assez loin dans sa bouche. Les douleurs mammaires peuvent aussi provenir de ces deux problèmes à la fois.

II.A.1.a.3. Adopter une bonne position [64][77][68][78][71]

Une bonne position du nouveau-né au sein entraîne une stimulation optimale de la lactation et prévient l'apparition de douleur mammaire, des crevasses, mais aussi des engorgements par un meilleur flux des alvéoles vers les canaux. Le meilleur traitement pour les mamelons douloureux est la prévention. La meilleure prévention est d'assurer une bonne prise du sein par le bébé dès le premier jour. Il est donc indispensable de repérer et de corriger systématiquement toute technique de succion inadéquate.

La maman doit connaître les différentes positions qu'elle peut adopter pour allaiter. Au début, il est quelquefois plus pratique d'allaiter torse nu, un châle posé sur les épaules pour ne pas avoir froid.



Figure 23: A. Face à face ou à califourchon [64]:
Placer toujours le bébé face à la maman, ventre contre ventre.



Figure 24: B. Décubitus [64]:

La maman est allongée sur le côté, jambes repliées, un oreiller sur les genoux, sous la tête et derrière le dos. Bébé installé latéralement en face à face, calé au moyen d'un traversin. Certaines mères préfèrent que la tête du bébé repose sur le lit, d'autres glissent leur avant-bras sous sa tête. Cette position est idéale pour les suites de césarienne ou d'épisiotomie. Elle permet d'allaiter au lit et favorise l'endormissement de la mère et du bébé.



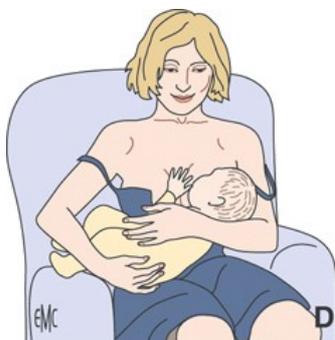
<http://bebe.net/astuces/alimentation/les-positions-pour-allaiter-1294.html>

Figure 25: C. Ballon de rugby:

Le bébé est à plat dos sur un coussin posé sur les cuisses de la maman. Sa tête sur l'avant-bras de la maman près de sa hanche, ses pieds sont en l'air et ses fesses sur le coussin, entre le coude et la taille de la mère. Cette position est idéale pour les seins volumineux ou en cas de jumeaux allaités en même temps, de césarienne ou d'engorgement. Elle est également utile pour les bébés qui ont des problèmes pour saisir le sein, car elle permet à la mère de bien voir ce qui se passe et de bien contrôler ce que fait le bébé quand il prend le sein. C'est aussi un bon choix pour les petits bébés.

Figure 26: D. Berceuse (« madone ») [64]:

La maman est assise, pieds légèrement surélevés, le coude reposé sur un accoudoir ou sur un coussin. La tête du bébé repose sur l'avant-bras de la maman dans le creux du coude. Il est ventre contre ventre avec la maman.



C'est la position la plus « classique ». Malheureusement, elle peut être difficile à apprendre pour une nouvelle mère inexpérimentée. Dans cette position, il peut être difficile de contrôler la tête du bébé, et de maintenir son corps assez haut et assez proche du sein. Dans cette position, un petit bébé peut avoir tendance à se rouler en boule. Ce n'est donc peut-être pas le meilleur choix s'il y a le moindre problème de prise du sein, de transfert de lait ou de mamelons douloureux.



Figure 27: E. La madone inversée:

<http://etreenceinte-leblog.etreenceinte.com/article/en-images-les-positions-de-l-allaitement>

L'estomac du bébé est contre celui de la mère, un coussin sur les cuisses de la mère met le bébé à la hauteur du mamelon. Lorsque la mère est prête à mettre le bébé au sein, il est important que la bouche de ce dernier soit dès le début très proche du mamelon. La nuque repose sur le creux formé par le pouce, l'index et la paume; la paume maternelle est entre ses omoplates. Lorsque le bébé ouvre grand sa bouche, la mère pousse avec la paume entre les omoplates, et non avec les doigts derrière la nuque. Cela aide le menton à atteindre le sein légèrement avant le nez.

Cette position est souvent recommandée les premiers jours pour les bébés qui ont besoin d'aide pour prendre correctement le sein ou en cas de douleurs mammaires. Il peut être plus facile pour la mère de mettre son bébé au sein dans cette position, car elle lui permet de mieux le guider. C'est pourquoi cette position est bonne pour les prématurés, les bébés de petit poids, les bébés hypotoniques ou pour les bébés dont le menton est fuyant et/ou qui ont un problème de frein de langue, car elle permet d'avoir une plus grande surface de la langue en contact avec le sein. Cela stabilise la langue et réduit la compression excessive du sein et du mamelon, ce qui permet au bébé de prendre de plus grandes gorgées du lait maternel.

Une fois que la mère s'est assurée d'une bonne prise du sein par le bébé, elle peut glisser son autre bras sous le bébé afin de finir la tétée dans la position madone, plus confortable. Cette position n'est à utiliser que de façon temporaire car elle est fatigante pour les bras.

La mère peut très bien commencer la tétée avec un sein dans la position en ballon de rugby, et terminer dans la position madone inversée à l'autre sein, sans changer la prise du bébé. Ou bien, la mère peut commencer avec la position madone inversée et terminer avec celle en ballon de rugby.

Coussin d'allaitement, fauteuil à accouder et marchepieds peuvent faciliter le positionnement.

La mère ne doit pas avoir à se pencher et le bébé ne doit pas tourner la tête pour prendre le sein. Le bras du dessous peut être placé sous la poitrine de la mère ou enroulé autour de sa taille, selon ce qui est le plus facile et le plus confortable. Il peut aussi être placé en travers de son propre torse.

Quelque soit la position choisie, le corps du bébé est aligné et non tordu. Il ne tourne pas la tête de côté, ce qui risquerait d'être désagréable pour la mère (traction sur le mamelon), pour lui et pour l'allaitement (moins bonne stimulation car moins bonne succion).

Les jumeaux peuvent être allaités ensemble ou séparément.

Enfin, une sage-femme anglaise, Suzanne Colson, a étudié le comportement de la mère et de l'enfant lorsque la mère donne le sein en **position semi-allongée** ou en « **transat** ». Cette position est couramment appelée « **Biological nurturing** ». Suzanne Colson propose une nouvelle approche de l'allaitement en utilisant les capacités du nouveau-né à trouver le sein, le prendre et le téter de manière innée et en prenant en compte le maternage englobant et relaxant. Elle a remarqué que les mères avaient des compétences pour guider leur bébé au sein quand elles étaient elles aussi mises dans des conditions optimales.



Figure 28: Biological nurturing
<http://www.llli.org/btissue5pg04>

Cette position est confortable pour la mère, qui est plus détendue qu'en position assise où le dos et le cou se crispent sous le poids du corps pour lutter contre la gravité. Ainsi, la mère choisit l'inclinaison qu'elle veut.

En étant assise, son corps fait un angle de 90°, alors qu'ici, elle ouvre son corps. Cette ouverture libère la position du bébé et favorise les réflexes néonataux du bébé (réflexe de fouissement et de succion) par simple gravité. En effet, l'enfant posé en peau-à-peau sur le torse de sa mère cherche le sein et déclenche ses réflexes, et le corps de la mère soutient le bébé une fois qu'il a trouvé sa position. La mère fait instinctivement un « nid » avec ses bras et guide spontanément le bébé

Voici comment utiliser cette position:

- S'asseoir confortablement en étant bien appuyée, à l'aide d'oreillers ou du coussin d'allaitement, et s'inclinant légèrement vers l'arrière. La tête, le cou, les épaules et les bras doivent être soutenus.
- Tenir le bébé peau-à-peau entre les deux seins, de sorte que son ventre repose sur la poitrine.
- Le bébé commencera à bouger sa tête de haut en bas, à la recherche du sein. Il aura l'air de donner de petits coups de tête ou de becs.



Figure 29: La prise du sein initiée par le bébé [71]

- Soutenir la nuque et les épaules du bébé d'une main (les doigts et le pouce à la base de sa nuque) et le fessier de l'autre alors qu'il essaie d'atteindre le sein. C'est ainsi que l'appui des pieds sur sa mère ou sur un coussin lui permet de se déplacer et déclenche ses réflexes buccaux, et que l'appui du menton favorise la prise du sein et la succion.

À l'inverse, en position assise, ces réflexes néonataux peuvent être une barrière à la prise du sein. En effet, le bébé repose alors sur le dos, et il ne peut utiliser ses appuis pour se mettre au sein.

Le réflexe de foussement peut donner l'impression que le bébé dit « non » de la tête, et les réflexes qui, lorsqu'il est à plat ventre, lui permettent de se déplacer, se traduisent, en position assise, par des cercles avec les mains, des mouvements des pieds qui donnent l'impression que le bébé boxe le sein ou se bat avec, et l'éloignent du corps de sa mère, donnant parfois aux mamans l'idée fausse que le bébé « ne veut pas » du sein.

Les balancements de la tête qui devraient lui permettre de trouver le mamelon donnent, dans la position assise, l'impression que le bébé « fait le pivot ». Il n'arrive pas à saisir le sein en bouche, car il n'est pas en appui sur sa mère. Lorsque le bébé se retrouve à plat ventre sur sa mère, soudain, les mouvements incohérents qu'il avait quand sa mère était assise et lui suspendu sur le côté, prennent sens. Le bébé avance et grimpe vers le sein.

Cette position est une alternative non négligeable pour les tétées douloureuses car d'une part, elle ne crée aucune tension sur les seins, et d'autre part, en faisant resurgir les réflexes néonataux même plusieurs mois après la naissance, l'enfant retrouve une bonne technique de succion.

Cette position peut aussi intéresser la mère qui souffre de la cicatrisation d'une césarienne. Le nouveau-né peut en effet se positionner à 360° autour du sein.

Ce simple changement de posture est à intégrer dans nos pratiques pour faciliter la mise en place de l'allaitement mais aussi dans nos esprits. En effet, on ne « met » pas l'enfant au sein: il se place de lui-même en position de tétée.

Cependant, il est important de ne pas se focaliser sur la position elle-même mais surtout sur le résultat et la qualité de la bouchée de sein prise par le bébé dans cette position.

II.A.1.a.4. Vérifier la bonne prise du sein [9][71][69][75]

Pour une bonne prise du sein, quelque soit la position:



Le visage doit être **face au sein** sans tourner la tête, le nez bien dégagé.

La **bouche** du bébé doit être **grande ouverte**, sa **langue** en forme de gouttière légèrement **sortie**.

Le bébé **aborde le sein avec son menton** et le mamelon doit être à la hauteur de son nez, afin de l'obliger à ouvrir grand la bouche. La mère le rapproche alors rapidement et l'amène au sein sans plaquer sa tête. Elle rapproche tout le corps du bébé contre elle par un appui sur les épaules



La bouche du bébé couvre donc davantage l'aréole sous le sein que sur le dessus, la **prise du sein est asymétrique**. La lèvre supérieure doit être la dernière partie à entrer en contact avec le sein.

Son menton s'enfonce dans le sein alors que son nez ne le touche que superficiellement. Ses **lèvres bien retroussées** sur le sein font un effet de ventouse.

Figure 30: Une bonne prise du sein [9]

Sa **tête est légèrement inclinée en arrière** pour lui permettre de bien avaler.

Cette prise du sein asymétrique est primordiale pour assurer une bonne succion. En effet, c'est l'orientation de la mâchoire inférieure qui est capitale. La mâchoire supérieure est immobile et sert uniquement d'appui.

L'ouverture et la fermeture de la mâchoire inférieure et l'action massante de la langue sur le sein créent l'alternance de pressions et de dépressions nécessaires à l'extraction du lait. C'est pourquoi il est essentiel que la mâchoire inférieure soit correctement placée.

Si la bouche couvre davantage le dessous de l'aréole, la fermeture des mâchoires se fait bien sur le sein offrant une grande bouchée et le mamelon risque moins d'être pincé. Ainsi le réflexe de succion se déclenche, et il entraîne une élongation de l'aréole suffisante pour permettre aux gencives de comprimer l'aréole sans meurtrir le mamelon. Quand le mamelon est mal placé, le bébé mâchouille sans savoir que faire, ou tourne la tête en tous sens.

Si le nez du bébé semble coincé dans le sein, bien plaquer les fesses du bébé contre la maman pour changer l'angle du corps et dégager le nez du sein. Il ne faut en aucun cas appuyer sur le sein pour dégager le nez, ce qui déplace par inadvertance le mamelon dans la bouche du bébé et entraîne une mauvaise succion.

Le corps du bébé doit être bien maintenu contre la mère de sorte à être bien détendu au niveau de la bouche. Si le bébé n'ouvre pas bien la bouche, sa mère peut l'aider en chatouillant son nez avec le mamelon et exprimer quelques gouttes de lait ou de colostrum pour l'encourager. Une fois qu'il a une bonne prise, la mère peut ajuster sa position et celle du bébé afin qu'ils soient confortables tous les deux. Il ne faut pas perdre de vue que la mère devra passer tous les jours un certain nombre d'heures à allaiter. Si la mère n'est pas bien soutenue, son dos et ses épaules se fatigueront et lui feront mal. Si le bébé n'est plus assez près du sein, il s'y agrippe avec plus de force, alors que le mamelon est en train de glisser vers l'avant de sa bouche. Le mamelon pourra alors être irrité par le frottement et la compression entre la langue et le palais dur, voire entre les gencives.

Ne pas forcer le bébé vers le sein. Les bébés ont besoin qu'on soutienne leur nuque, pas leur tête. Ils n'aiment pas être forcés et pourraient tenter de se repousser, laissant croire qu'ils n'ont pas faim.

Si le bébé se montre difficile et ne tète pas, sa mère peut le redresser entre ses deux seins et le caresser tout en lui parlant. Une fois qu'il s'est calmé, elle peut le remettre doucement en position et tenter de lui faire prendre le sein.

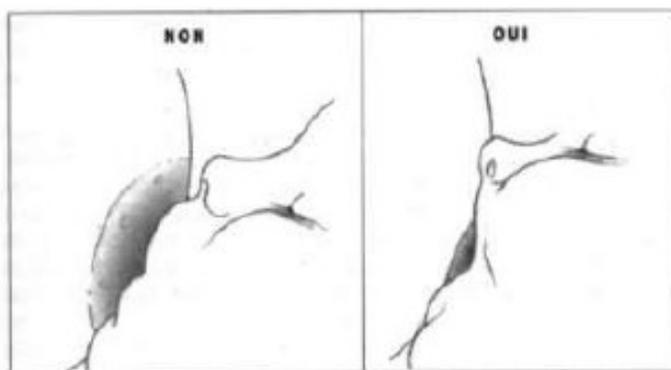


Figure 31 :
Position de la
bouche du bébé [69]

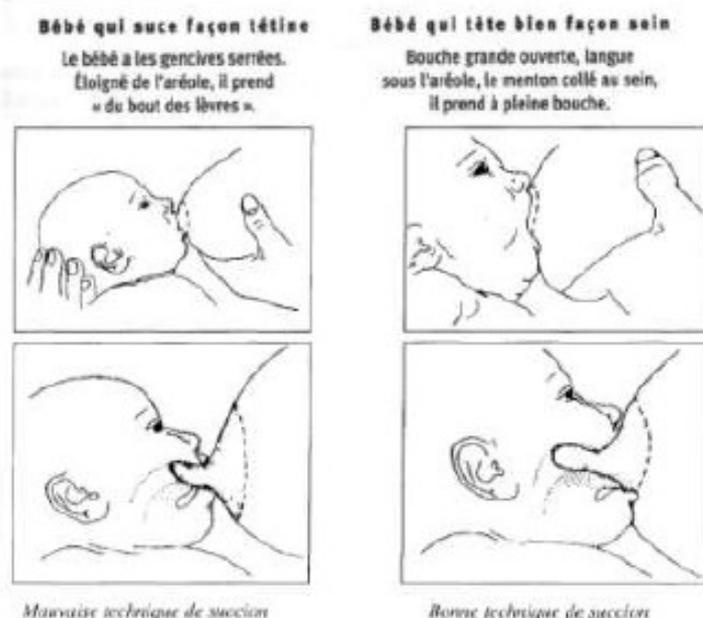


Figure 32 :
La technique de
suction [75]

La mère saura que son bébé prend bien le sein si:

- l'allaitement est confortable pour elle et elle ne se penche pas sur le bébé;
- la succion du bébé est ample et régulière et suit le rythme « bouche grande ouverte, pause, bouche fermée »;
- les pauses sont rares et brèves;
- la mâchoire inférieure descend bien bas, il se forme un creux au niveau des joues du bébé et on ne voit plus son double menton;
- elle l'entend avaler;
- il a la bouche grande ouverte (comme pour un bâillement), et ses lèvres sont retroussées (la lèvre inférieure touche presque le menton) (si le bébé est placé suffisamment proche de sa mère, ce dernier détail est difficile à repérer; la question par le professionnel de santé « les lèvres sont-elles retroussées? » et la réponse hésitante de la mère sont donc un indice de bonne ou mauvaise position);
- sa langue est légèrement sortie;
- les muscles de son visage travaillent tellement que même ses oreilles ou ses tempes bougent pendant qu'il boit;
- la mère peut aussi repérer les signes du réflexe d'éjection: sensations dans les seins: picotements, chaleur, tension, douleur... mais certaines femmes ne ressentent rien; l'autre sein peut couler, sensation de soif et surtout modification radicale du bruit de déglutition.

Lorsque bébé a terminé sa tétée:

- Il n'y a plus de creux au niveau des joues du bébé et la mère n'entend plus de bruits de déglutition;
- le mamelon étiré devrait reprendre sa forme ronde normale et ne pas avoir l'air pincé;
- les seins devraient être plus mous;
- le bébé devrait être détendu et satisfait.

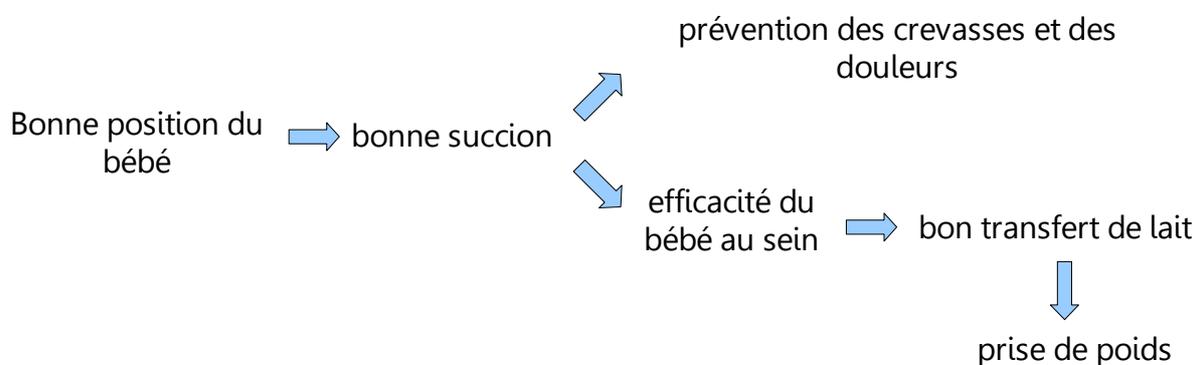


Figure 33: Conséquences d'une bonne position

II.A.1.a.5. Prise en charge [68][79][73][75][80][81][105]

La prise en charge des douleurs mammaires peut très bien se faire à l'officine, mais l'idéal est de pouvoir observer une tétée pour mieux déceler la cause du problème. L'Unicef et l'OMS proposent un exemple d'observation de tétée (Annexe 1).

Lorsque les mamelons sont douloureux, le protocole suivant peut être proposé aux mères: il consiste à retrouver de bonnes pratiques d'allaitement pour la mère et le bébé et de traiter la douleur.

i. La prévention ou traitement de la cause

- Continuez à allaiter pour éviter l'engorgement.
- Contrôlez votre position d'allaitement.
- Allaiter fréquemment et donc moins longtemps.
- Mettez votre enfant au sein dès les premiers signes de faim, avant qu'il ne devienne nerveux et ne commence à pleurer.
- Changez souvent de position (position berceuse, rugby, couchée, semi-allongée), afin de ménager vos mamelons (la position en madone inversée doit être temporaire).
- Ne laissez pas le bébé prendre le sein en aspirant. Assurez-vous qu'il ouvre grand les mâchoires pour que le mamelon soit, dès le départ, placé au fond de sa bouche.
- Si le bébé pince toujours trop fort quand il commence à téter, abaissez sa mâchoire inférieure avec votre doigt en tirant doucement son menton vers le bas (une pression trop forte sur le menton peut au contraire l'inciter à refermer la mâchoire et blesser le sein) et retroussez sa lèvre inférieure. Allaiter le bébé en le mettant en position assise pourra aussi aider.
- Si la douleur au mamelon persiste, tirez la lèvre inférieure du bébé vers le menton pendant qu'il tète et vérifiez que la langue est visible entre sa lèvre inférieure et le sein. Si vous ne voyez pas sa langue, il se peut que le bébé la tète en même temps que votre mamelon. Enlevez le bébé du sein et remettez-le, en vous assurant que sa bouche est grande ouverte et que sa langue est étirée par-dessus sa gencive inférieure.
- Si vous voulez retirer l'enfant du sein, retirez toujours le vide d'air avec votre petit doigt. Pour cela, mettez votre doigt au coin des lèvres du bébé et appuyez sur votre sein ou tirez doucement sur la joue de bébé.
- Ne répétez pas sans arrêt la mise au sein pour avoir une prise parfaite. Si le bébé prend et relâche le sein 5 fois et si cela fait mal, vous aurez 5 fois plus de douleur, et pire encore, 5 fois plus de dommage au mamelon. Corrigez la prise lorsque vous lui offrirez le deuxième sein ou à la prochaine tétée.

- N'utilisez des compresses d'allaitement que si nécessaire et changez-les fréquemment.
- Évitez de mettre du savon sur les mamelons. Le nettoyage des mamelons avant et/ou après une tétée semble augmenter l'incidence des douleurs des mamelons et complique inutilement l'allaitement.

La préparation mécanique des mamelons avant l'allaitement n'a aucun effet préventif.

Il n'existe pas de facteurs prédisposants tels que les peaux claires ou les cheveux blonds.

ii. La douleur

Le but est d'une part de diminuer l'appréhension de la mère:

- expliquer que la douleur disparaît quand le réflexe d'éjection se déclenche;
- expliquer que les douleurs peuvent disparaître en 24 à 48 h;
- relaxer la mère ou trouver un moyen personnel pour diminuer l'appréhension de la douleur.

D'autre part, il faut diminuer la douleur:

- proposer un antalgique, par exemple du paracétamol, 1/2 heure avant la tétée, ou de l'ibuprofène. 40 % des arrêts précoces de l'allaitement sont dus à la douleur, pourtant ces 2 antalgiques sont compatibles avec l'allaitement. La prise maximale de 1 g de paracétamol toutes les 6 h en alternance avec 400 mg d'ibuprofène 3 fois / jour pendant les repas atténue les douleurs sans présenter de danger pour le nourrisson allaité.
- Il peut être utile de déclencher un réflexe d'éjection de lait par massage avant l'allaitement afin de diminuer les douleurs.
- Si nécessaire, mettre un gant de toilette contenant des glaçons, sur le sein, juste avant la tétée. Ceci anesthésie partiellement et momentanément la douleur au niveau du sein mais peut couper le réflexe d'éjection. Il peut aussi être utilisé après la tétée.
- Commencer la tétée par le sein le moins douloureux.
- Dans un premier temps, adopter une position radicalement différente pour soulager le sein, puis, varier les positions.
- Soutenir les seins durant l'allaitement, en formant un grand C (pour la position allongée ou rugby) ou U (pour la position madone ou madone inversée) avec le pouce et les doigts, mais en plaçant les doigts loin du visage de l'enfant, bien en retrait de la zone du mamelon.
- Si la douleur est trop grande, pendant 24 heures, extraire le lait manuellement et le donner au bébé à la tasse ou à la cuillère.

Les « bouts de sein » sont des accessoires en silicone ayant la forme d'un bout de sein. Ils sont mis en place avant la tétée et permettent d'éviter un contact direct entre le mamelon et la bouche du nourrisson. Ils ne doivent être utilisés que dans des cas exceptionnels (en cas de mamelons plats ou rétractés, de prématurés dont la succion est faible, d'excès de dépression intrabuccale), en dernier recours et de manière ponctuelle.



Figure 34: Bout de sein [105]

Même s'il a été prouvé que le transfert de lait et les réponses hormonales de la mère sont identiques, qu'il y ait ou non usage d'un bout de sein, leur usage est très controversé. Les qualités sont très variables en fonction des marques: il vaut mieux proposer des modèles en silicone ultra-fine, avec un goût et une odeur neutres, échancrés (découpés sur le haut pour maintenir le contact olfactif entre le nourrisson et sa mère) et de taille adaptable à la morphologie de la mère.

Les bouts de sein n'améliorent pas systématiquement la prise du sein et ne sont jamais une solution miracle. Les problèmes les plus fréquemment rencontrés sont:

- une aggravation du problème, lié à un modèle de mauvaise qualité ou de taille inadaptée;
- une mauvaise prise du sein par l'enfant à cause du bout de sein, même si l'indication est correcte et le modèle de bonne qualité;
- une « dépendance » au bout de sein, chez la mère ou l'enfant.

Un bon positionnement du bout de sein est essentiel pour obtenir le résultat escompté. Il est conseillé de retourner les bords tel un « sombrero » et de les humidifier légèrement pour améliorer l'adhésion. Il suffit ensuite de placer le bout de sein sur le mamelon en rabattant les bords sur l'aréole et le sein et en vérifiant que la découpe soit orientée vers le nez de l'enfant. Certaines mères mettent leurs doigts en croix sur le bord du bout de sein puis le tourne un peu en appuyant. Cela améliore l'adhésivité et enfonce davantage le mamelon dans la cavité du bout de sein.

Lorsque le problème qui a nécessité leur présence est résolu, il est conseillé de stopper leur usage. La suppression se fait en commençant une mise au sein avec le bout de sein et un retrait de ce dernier au bout de quelques minutes de tétées. Certains nourrissons se passeront du bout de sein en une ou deux tétées, dans d'autres cas, il faudra plus de temps.

Conseiller l'usage d'un bout de sein n'est pas anodin et n'est envisagé qu'après une évaluation du rapport bénéfices/risques. C'est un indicateur de difficulté. La mère doit donc être revue, il faudra vérifier que la sécrétion lactée est suffisante et que l'enfant prend du poids normalement.

Sinon, en cas de mamelons plats ou ombiliqués, on peut, avant la mise au sein, masser les mamelons avec le pouce et l'index (le faire rouler sous ses doigts) afin de favoriser l'érection du mamelon.

Précision sur le **maintien du sein avec la main**: les mères ayant des seins trop lourds ou trop souples auront peut être besoin de soutenir le sein avec la main en C ou en U au moment où le bébé s'apprête à le prendre.

La technique du « mamelon en sandwich », permet de donner une forme ovale au mamelon et de le faire pointer plus fortement vers le haut. Ceci permet de faciliter la prise du sein du bébé.

Le sein peut être soutenu tout au long de la tétée, car son poids fait une pression sur la bouche du bébé. Celui-ci risque d'endommager le mamelon de sa mère, si sa bouche glisse de l'aréole vers le mamelon.

Il faut faire attention à bien placer les doigts loin derrière l'aréole.

Prise en C:

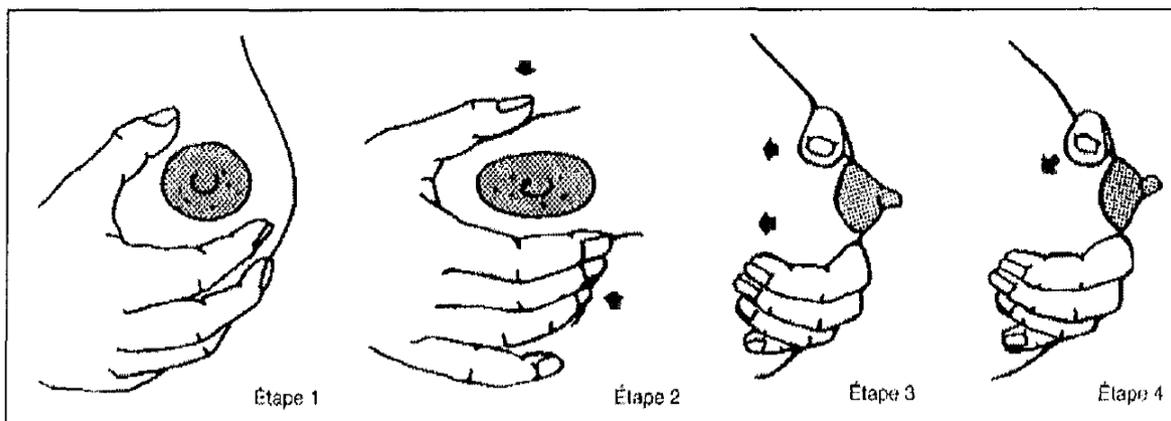


Figure 35: Technique du « mamelon en sandwich » [75]

Le traitement peut aussi faire appel à l'homéopathie:

- pour la douleur, Phellandrium en 9 CH, 5 granules 10 minutes avant la mise au sein;
- s'il s'agit d'une meurtrissure locale ou d'un suçon, Arnica, mais aussi Bellis perennis en 5 CH;
- contre le stress, Gelsemium sempervirens en 9 CH, 5 granules 3 fois / jour.

La persistance de la douleur malgré une prise correcte du sein doit faire évoquer d'autres problèmes:

- une confusion sein-tétine. En effet l'enfant peut alors essayer de téter le sein en utilisant les mêmes mouvements de la mâchoire, de la langue et de la bouche, que ceux utilisés sur la tétine artificielle. Ainsi la tétine artificielle habitue l'enfant à mal téter, provoquant des douleurs et des crevasses. Elles entraînent également une réduction de la tétée et une diminution de la stimulation lactée à l'origine d'engorgement;
- un engorgement, l'aréole devenant plate et tendue, empêchant le bébé de saisir le mamelon dans sa bouche. Ainsi l'allaitement sera d'une part douloureux, mais en plus l'enfant ne pourra pas faire couler le lait de façon adéquate, ce qui aggrave l'engorgement;
- un mamelon non érectile;
- un frein de langue trop court, limitant la mobilité de la langue, peut provoquer l'abrasion du mamelon. Le frein de la langue correspond à une membrane qui ressemble à une ficelle et qui relie la langue à la partie inférieure de la bouche. Il peut être sectionné par un médecin ou une sage-femme, afin de libérer la langue et de faciliter l'allaitement;
- le développement d'une mycose sur le sein ou d'un muguet dans la bouche du bébé, souvent non visible (pour la mycose) mais qui s'accompagne d'une douleur bien réelle, est possible à tout moment de l'allaitement. La douleur est ressentie comme un coup de poignard qui traverse le thorax pendant la tétée et même après celle-ci.

Ces deux derniers cas doivent être pris en charge par le pédiatre ou le médecin traitant.

II.A.1.b. Avec lésions: les gerçures et les crevasses

La fréquence des gerçures et crevasses est maximale entre le 3^e et le 7^e jour.

II.A.1.b.1. Définitions [69][73][75]

- **Irritations:** tissu cutané intact mais rougeur et œdème.
- **Gerçures:** effraction de l'épiderme sous forme de petites traînées rouges ou de fissures à la surface du mamelon, sensibles aux frottements et douloureuses surtout en début de tétée. Tout le mamelon peut aussi avoir un aspect rouge et abrasé.
- **Crevasses vraies:** effraction de l'épiderme sous forme de profond sillon rouge vif divisant la surface du mamelon, très douloureux au moment de la succion et entre les tétées, lésion généralement sèche, pas de saignement. Il peut y avoir aussi une vésicule.
- **Ulcerations:** lésion atteignant le derme profond, le revêtement cutané est « arraché », le mamelon est rouge vif, framboise, la douleur est intolérable, la plaie suintante et saignante lors des tétées.

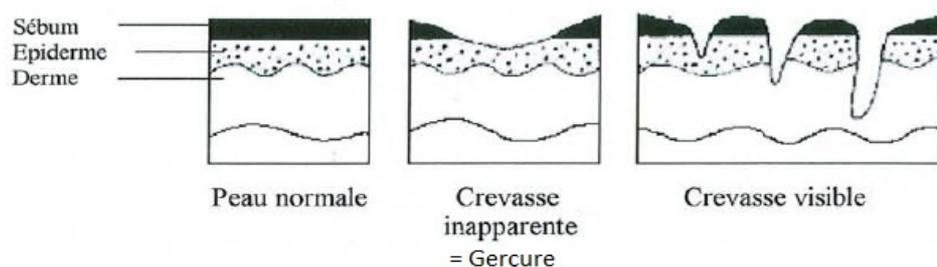


Figure 36: Les différents types de crevasses [75]

II.A.1.b.2. Conséquences [79][69][67]

L'effraction est due à un étirement excessif de la peau fragilisée qui se déchire. Ces crevasses deviennent facilement source d'angoisse et doivent être traitées rapidement avant qu'elles n'entraînent l'allaitement dans un cercle vicieux.

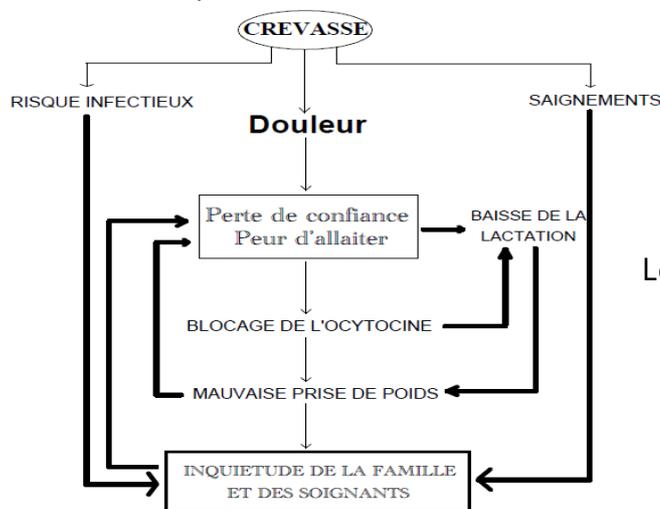


Figure 37:
Le cercle vicieux des crevasses [69]

Les crevasses réalisent une entrave à l'allaitement et représentent une cause d'abandon importante. Leur fréquence est grande surtout chez les primipares.

Les crevasses peuvent être sans lésions visibles au début, mais le mamelon est douloureux pendant les tétées. La déchirure ou l'abrasion peut se faire en quelques secondes si la technique de succion est incorrecte. A l'inverse, si cette technique est adéquate, une tétée même prolongée ne fait courir aucun risque.



Figure 38: Crevasse

http://www.lactitude.com/text/Article_1111.html

Le saignement éventuel, quand les lacis veineux ont été atteints, est rarement visible en dehors des tétées mais le plus souvent découvert au cours de régurgitations du bébé; il achève d'affoler la maman, bien que le sang avalé par le bébé ne représente pas un danger et n'est pas une contre-indication à la poursuite de l'allaitement. Enfin, les crevasses sont des portes d'entrée pour les infections. Pour éviter tout risque de surinfection, il faudra traiter précocement chaque début de crevasse.

II.A.1.b.3. Origines [73]

Parmi les causes d'apparition directes des crevasses, tous les auteurs insistent sur les points suivants:

- la mauvaise position du bébé (95 % des cas), la mauvaise succion, la traction asymétrique sur le mamelon (étirement de l'aréole par le doigt appuyé sur le sein « pour dégager le nez du bébé »), la préhension imparfaite de l'aréole par la bouche du bébé;
- une mauvaise hygiène, une macération du sein (une peau qui reste humide, chaude et moite sera plus propice à la formation de crevasses), ou un excès de lavage du mamelon, qui enlève le film gras protecteur de la peau, un séchage trop vigoureux, parfois conseillé au sèche-cheveux;
- l'engorgement du sein, une vidange inefficace;
- le bébé mis au sein quand il n'est pas prêt ou déjà très agité;
- l'usage maladroit du tire-lait (puissance d'aspiration trop élevée, dimension de l'embout non adapté à la dimension du mamelon, oubli de rupture du vide avant de retirer la tétérille du sein...);

- un problème de frein de langue du bébé;
- le port de vêtements synthétiques;
- des mamelons plats ou rétractés compliquent la prise en bouche par le bébé, et augmentent donc les tractions inopportunes;
- le fait d'enlever directement le bébé du sein sans glisser un doigt entre les gencives;
- une confusion sein-tétine;
- une mycose ou un muguet.

Les crevasses peuvent donc elles aussi le signe d'une mauvaise position du bébé au sein, d'une mauvaise technique de mise au sein, ou d'un problème de succion. La localisation de la crevasse et le moment de son apparition donnent des indications sur la cause:

- La localisation:
 - les crevasses sur le dessus du mamelon sont souvent dues à une mauvaise position du bébé au sein: bébé placé trop bas ou en arrière, qui tire le mamelon par dessous ou qui relève l'arrière de sa langue pendant la tétée;
 - les crevasses au niveau de la partie inférieure du mamelon peuvent également être dues à une mauvaise position du bébé au sein: bébé placé trop haut et prend une trop grande partie du haut du mamelon et trop peu du bas. Mais le bébé peut aussi téter sa lèvre inférieure en même temps que le mamelon (si c'est le cas, il faut encourager la mère à tirer tout doucement sur la lèvre);
 - les crevasses à la pointe du mamelon sont généralement provoquées par un bébé qui prend le mamelon de façon trop superficielle, qui le pince, ou au contraire qui le repousse, ou enfin, qui a un frein de langue trop court. Ces crevasses peuvent aussi apparaître si le mamelon pointe vers le haut ou vers le bas au moment de la mise au sein (plutôt que de pointer droit au moment où le bébé le prend). Le bébé peut avoir du mal à prendre le sein correctement si sa mère souffre d'un engorgement ou, si par exemple, elle appuie sur son sein pour dégager le nez de son bébé;
 - une abrasion de toute la surface du mamelon peut être causée par un frottement répété de la langue contre le mamelon lors d'un trouble de la succion (bébé ayant une succion vigoureuse, qui rétracte sa langue pendant la tétée ou qui enrôle le bout de sa langue); Cela peut également être dû au fait que la mère ne brise pas la succion lorsqu'elle enlève le bébé du sein ou qu'elle se penche vers le bébé pendant la tétée.
 - les crevasses se situant le long de la jonction mamelon – aréole signalent souvent que le bébé n'ouvre pas assez grand la bouche (confusion sein tétine par exemple) et donc, que la prise est là encore trop superficielle, le bébé pinçant le mamelon.

- Le moment:
 - des douleurs au début de la tétée, mais qui disparaissent lorsque le lait commence à couler, indiquent que la technique de mise au sein peut être améliorée ou que la succion est anormale;
 - des douleurs pendant toute la durée de la tétée peuvent indiquer un problème de position, de prise du sein ou de succion chez le bébé.

Les 6 points suivants suggèrent une anomalie de succion:

- bruits anormaux ou fuites de lait pendant les tétées;
- anomalies anatomiques de la sphère buccale (palais « dôme » ou ogival de nourrissons longtemps intubés en néonatalogie, rétrognathie, frein de langue court);
- immaturité, prématurité, irritabilité, problèmes neurologiques;
- visage asymétrique, mobilité anormale, torticolis;
- douleur plus forte pendant les périodes de succions précédant un réflexe d'éjection du lait (dépression intrabuccale trop élevée);
- antécédent d'accouchement traumatique.

II.A.1.b.4. Prise en charge [73]

Les crevasses peuvent être prises en charge à l'officine, sauf en cas de douleurs en « coup de poignard », d'écoulement, de pus, de symptômes de candidose ou de lésion persistante qui doivent être orientés vers une consultation spécialisée ou un médecin. Pour les traiter, il faut agir sur trois points:

- la prévention ou traitement de la cause;
- la cicatrisation, en rétablissant et maintenant une hydratation correcte de la peau;
- la douleur.

Une crevasse correctement soignée sur ces trois points devrait guérir en 48 h maximum.

Le pharmacien peut demander à la mère de décrire précisément ses douleurs, ses lésions (localisation sur le mamelon, présence d'écoulement...), ou avec l'accord de la patiente, d'observer la crevasse dans un espace de confidentialité.

Il doit faire vérifier l'absence d'un frein de langue court ou d'un palais ogival en orientant vers un spécialiste en allaitement, ou faire vérifier l'absence de pathologie telle qu'un muguet ou un herpès par un médecin.

Globalement, le protocole de traitement est le même que les douleurs mammaires mais en ajoutant la cicatrisation en milieu humide.

i. La prévention ou traitement de la cause [75]

Elle est indispensable à la guérison de la crevasse. Il faut donc rechercher la cause systématiquement:

- la peau du mamelon et de l'aréole est-elle déshydratée?
- le bébé tète-t-il mal (mauvaise position d'allaitement, mauvaise prise du sein...)?
- la mère pratique-t-elle des manœuvres traumatisantes?

Dès l'apparition des douleurs ou des crevasses, le mieux est de revoir sans attendre la mise au sein et le positionnement du bébé, comme décrit dans le paragraphe portant sur les douleurs mammaires:

- parce que certaines positions et une meilleure mise au sein apportent un soulagement immédiat, même s'il faut plusieurs jours aux crevasses pour cicatriser;
- pour aider le bébé à apprendre une « bonne façon de téter ».

Le traitement est le même que les douleurs mammaires.

ii. La douleur

Le traitement de la douleur est exactement le même que pour les douleurs mammaires.

iii. La cicatrisation [73][79][75][69][80][67][71][81][105]

Les deux mots d'ordre du traitement local des crevasses sont: **propreté** et **humidité**.

La cicatrisation en milieu humide prévient la formation de croûtes qui s'arrachent au moment de la tétée, interrompant le processus de guérison. Deux sortes d'hydratation sont impliquées dans ce processus: une hydratation interne, et l'humidification de surface. La cicatrisation en milieu hydratant préserve l'hydratation naturelle des tissus de l'aréole, permet à la crevasse de se combler sans formation de croûte, et à la peau de retrouver son état normal, souple et doux. Le « pansement idéal » serait donc celui qui retient une hydratation adéquate de la plaie, mais ne serait pas toxique pour le bébé qui l'ingère, n'irrite pas l'épiderme du mamelon, et ne doit pas être enlevé avant la mise au sein. Il existe un produit idéal, accessible, gratuit, compatible avec l'allaitement, lipidique, hydratant, comestible, non toxique, non allergisant et qui a une odeur connue, appréciée par le bébé: le colostrum et le lait qui lui succède, tout simplement.

Lors de la formation des gouttelettes lipidiques dans les cellules de la glande mammaire, une membrane vient entourer le futur globule gras. Cette paroi est constituée de glycoprotéines, de phospholipides, de triglycérides, de cholestérol et d'enzymes, si propices au comblement de la crevasse et à sa cicatrisation.

Le lait humain contient aussi des facteurs de croissance épidermique (EGF), qui agissent sur la multiplication cellulaire, favorisant ainsi la cicatrisation, et des facteurs anti-infectieux (immunoglobulines, macrophages, polynucléaires neutrophiles, lymphocytes...). Par ailleurs, la présence de *Lactobacillus bifidus* dans le lait s'oppose à la croissance de germes pathogènes en occupant le terrain. Un pansement constitué de colostrum ou de lait apporte donc tous les éléments directement opérationnels sur un processus anti-infectieux éventuel. En revanche, en cas de mycose ou de muguet, il n'est pas recommandé de mettre du colostrum sur le mamelon. En effet, c'est un excellent milieu de culture pour le champignon.

L'application de colostrum ou de lait à la fin de la tétée constitue aussi bien un traitement curatif que préventif.

Le bénéfice de ce procédé va être prolongé par l'application d'un pansement humide qui va conserver l'humidité du milieu et éviter la formation d'une croûte. Traiter une crevasse, ce sera donc à la fois proscrire tout ce qui pourrait aggraver la déshydratation, notamment le séchage au sèche-cheveux, et appliquer dessus du lait maternel. Le lait soulagera la douleur et créeront une barrière cutanée réduisant l'évaporation et maintenant une hydratation adéquate.

L'utilisation de crèmes cicatrisantes a été insuffisamment peu évaluée pour être recommandée. Mais en réponse à la demande d'une mère et après rappel des bénéfices de l'application de lait maternel, l'équipe officinale peut proposer des crèmes à base de lanoline, qui sont efficaces pour combattre les crevasses.

Lansinoh[®], PureLan 100[®] et Dodie crème Lanoline soin crevasses[®] ont de la lanoline pure, contrairement à Prelan[®], Avent crème mamelons sensibles[®] ou à la pommade au Calendula LHF[®].

D'autres onguents peuvent aussi être utilisés, comme la pommade au Castor equi[®], Véa olio[®] (vitamine E à 100 %) ou Mustela baume allaitement[®]. Cependant, seule la lanoline purifiée peut être laissée sans danger sur le mamelon pendant les tétées car le lanostérol se retrouve chez tous les mammifères y compris l'espèce humaine.

La pommade au Castor equi[®], la pommade au Calendula LHF[®] ou le Bepanthen[®] doivent être rincées avant la tétée car ils contiennent de la vaseline.

Par ailleurs, une trop grosse couche de crème ou de pommade rend le mamelon glissant et peut provoquer l'occlusion des pores au niveau du mamelon et l'aréole. Elle peut également provoquer l'occlusion des tubercules de Montgomery. Si la crème ou la pommade doit être ôtée avant de mettre l'enfant au sein, la friction peut provoquer davantage de lésions.

Voici comment procéder pour la cicatrisation:

- veiller à l'hygiène des mains de la mère et des soignants et à l'hygiène des seins pour éviter une surinfection: lavage une fois par jour, pas plus, à l'eau du robinet et avec un savon doux et éviter les antiseptiques (qui décapent la peau), le lait maternel jouera son rôle anti-infectieux;
- par des massages du sein, extraire du lait de fin de tétée plus gras, pour en imbiber une compresse de 5 sur 5 cm ou ajouter sur la compresse une noisette d'émollient;
- pour maintenir cette humidité localement, utiliser des compresses d'hydrogel (sauf en cas de candidose mammaire ou de crevasse infectée) ou couper un morceau de film plastique alimentaire de 7 sur 7 cm, et l'appliquer fermement sur la compresse imbibée;
- la maman remet son soutien-gorge pour maintenir le tout;
- dans la mesure du possible, essayer d'alimenter le bébé avec un seul sein par tétée, pour laisser plus de temps à l'autre pour cicatriser;
- si les crevasses sont trop importantes et si la maman manifeste trop d'appréhension, il pourra être nécessaire de tirer le lait manuellement de préférence, durant 2 ou 3 tétées, de manière à avoir un peu de lait en réserve à donner à la tasse. Le tire-lait est à éviter car il risque d'écarter les berges de la crevasse;
- changer les compresses au moins toutes les 4 heures le jour, toutes les 6 heures la nuit, sauf si le bébé se réveille plus tôt et réclame le sein.

Les caractéristiques des compresses d'hydrogel (compresses Medela® ou pansements Hydrosorb®, Intrasite®, Urgo hydrogel®...) sont très différentes en fonction du modèle (durée d'utilisation, modalités de rinçage...).

La conservation au réfrigérateur est possible (sauf en cas de vasospasme mamelonnaire) pendant les tétées pour augmenter l'effet antalgique lors de l'application.

L'usage de coussinets d'allaitement imbibés de lait maternel et appliqués sur les crevasses est à proscrire, surtout si les crevasses sont surinfectées. Les coussinets attirent le lait à l'intérieur en maintenant une surface sèche. La présence de lait en surface n'est donc possible que s'ils sont imprégnés de manière très importante.

L'usage de coquilles « protège mamelon » dans le soutien-gorge bien ample pour ne pas écraser le sein peut aussi être intéressant. Ces systèmes sont commercialisés par différents laboratoires (Ameda, Dodie, Medela...).



Figure 39:

Les coquilles protège mamelon [105]

Il est préférable de choisir un modèle avec une large ouverture. Elles ont de très nombreux trous d'aération pour laisser circuler l'air et éviter la macération. Les trous doivent être placés en haut. La partie en contact avec la peau est en silicone et donc souple.

Elles empêchent le soutien-gorge de coller aux mamelons, tout en favorisant l'absorption du lait maternel de fin de tétée, de l'onguent pour mamelons.

Elles ne doivent pas être portées en permanence (donc pas non plus la nuit) car sinon elles entraînent souvent une sur-stimulation de la lactation et un risque d'engorgement. Elles sont donc contre-indiquées en cas d'antécédent de stase lactée (engorgement, canal lactifère obstrué...).

Les éventuelles fuites de lait recueillies peuvent s'écouler hors des coquilles par les trous d'aération lorsque les mères se penchent en avant. Si les mères perdent d'importantes quantités de lait, les coupelles peuvent être munies de garniture absorbante.

Par ailleurs, le recours à l'homéopathie pour les complications de l'allaitement est une aide non négligeable. L'homéopathie peut être conseillée dans le traitement des crevasses mais son efficacité dans cette situation n'est pas prouvée scientifiquement:

- Nitricum acidum en 5 CH: 5 granules avant chaque tétée si la crevasse est nette à fond rouge avec sensation de « coup de canif ». Il est bien complété par Causticum 5 CH (en granules, 3 fois par jour) dont la douleur ressemble à une gerçure et s'aggrave à la tombée de la nuit;
- si le fond de la crevasse est évasé avec un aspect jaunâtre (plus rare), conseiller Graphites 15 CH, 5 granules 3 fois / jour.
- L'alternance de ces deux médicaments est possible.

Castor equi (4 CH) est un médicament de cicatrisation en général et Ratanhia (4 CH) est un médicament des jonctions cutanéomuqueuses avec prurit brûlant.

Si de petites papules pruriantes sont présentes au méat des canaux galactophores, Rhus toxicodendron sera préféré.

Le traitement restera inefficace si la cause du problème n'a pas été identifiée et corrigée (position, succion, mauvaises pratiques...).

II.A.2. Retard de la montée de lait, manque de lait et prise de poids insuffisante

II.A.2.a. Retard de la montée de lait

II.A.2.a.1. Rappel du rythme du nouveau-né lors de cette période charnière [82][73][83][80][84][79][67]

La « montée de lait » a lieu généralement **entre 36 et 72 heures post-partum**.

Elle fait suite à la chute brutale du taux de progestérone, qui permet à la prolactine d'exercer son pouvoir galactogène. Si cette chute du taux de progestérone ne se fait pas correctement, la lactation semble être retardée.

Après une période d'éveil après la naissance d'environ 2 heures où les capacités du nouveau-né sont à leur apogée, celui-ci devient le plus souvent somnolent au cours des 24 heures qui suivent.

Après un éveil progressif au cours du 2^{ème} jour, survient un épisode de demande frénétique, qui dure souvent plusieurs heures juste avant la montée laiteuse. Le colostrum est produit en quantité restreinte, adaptée à la petite taille de l'estomac, et constitue un produit très digeste. L'enfant peut donc réclamer le sein très fréquemment, d'autant plus qu'il ne boit que de petites quantités (7 à 14 mL par tétées et 100 mL/jr à J1).

Les mères, prévenues de l'existence de cet épisode normal et limité dans le temps, sont plus à même de répondre à cette demande si elles sont assurées de son caractère transitoire. Leurs deux inquiétudes à ce moment-là sont d'une part, de manquer de lait et d'autre part, la crainte de devoir suivre un tel rythme sur une longue période.

La perception, par la mère, d'un manque de lait dans les premières heures peut être d'abord le signe d'un **manque d'information** sur le délai nécessaire à l'installation de la lactation. Ceci amène à la révision d'une des plus ancrées de nos pratiques: la petite feuille de papier que l'on remet aux mères dès le premier jour de vie en exigeant qu'elles y notent l'heure de chaque tétée: « 9 h - sein gauche tété 10 min, 13 h - sein droit tété 5 min ». Cette pratique, qui n'est d'aucune efficacité, est en revanche un excellent moyen d'insécuriser les femmes.

Le nouveau-né doit pouvoir **accéder au colostrum de façon intensive**.

Tenu fréquemment près de la poitrine de sa mère, stimulé sensoriellement par l'odeur du sein, les bruits du cœur ou de la voix de sa maman, même s'il somnole beaucoup à cette période, il prend des **tétées nombreuses mais pas forcément régulières**, parfois très brèves, parfois au contraire performantes et longues.

A J1 et J2, les seins sont souples et le bébé boit du colostrum en quantité proche d'une cuillère à café mais doit déjà téter **les 2 seins** entre **8 à 12 fois par 24 h**.

Il devient ainsi expert au sein, et saura, à J3 et J4 lors de la « montée de lait », soulager l'engorgement de la mère.

Les tétées se déroulent souvent en deux temps. Le bébé s'éveille, réclame le sein et tête. Il se rendort généralement 20 à 30 minutes et réclame une deuxième fois. Sa mère lui proposera à nouveau le sein. Ensuite, il s'endort à nouveau, souvent pour un temps plus long.

Par ailleurs, le Ministère de la Santé et des Services sociaux Québécois propose un aide-mémoire pour femmes qui allaitent: il rappelle qu'à J1 et J2, l'estomac d'un nouveau-né a la taille d'une cerise, à J3 et J4, la taille d'une noix, à J5 et J6, la taille d'un petit abricot et de 1 à 3 semaines, la taille d'un œuf. Sachant cela, les mères comprendront mieux que leurs bébé ont besoins de petits repas, mais fréquents. (Annexe 2)

La montée de lait doit se traduire chez les mères par une augmentation notable et non douloureuse du volume des seins. Elle est ressentie comme une tension mammaire importante, liée à l'augmentation simultanée du débit sanguin dans les seins et du volume de lait produit.

Il est question d'un retard de la montée de lait lorsque celle-ci a lieu plus de 72 h après l'accouchement. Si un réel retard de la montée de lait se produit, le risque principal est la perte de poids excessive chez le nouveau-né.

II.A.2.a.2. Les causes du retard [82]

i. Succion inefficace ou absente

Même si la montée de lait est physiologique et interviendra également en absence de succion; la quantité de lait produite est corrélée à la quantité extraite, donc à une « vidange » régulière et efficace des seins soit par le bébé soit par l'utilisation du tire-lait. Une observation attentive de la succion du bébé et de son efficacité réduirait le nombre de « petites » montées laiteuses.

ii. Le stress

Le stress durant le travail et l'accouchement, le stress lié à la douleur lors de la tétée, due le plus souvent à une mauvaise position du bébé, peuvent être à l'origine d'une montée de lait retardée.

Une partie de l'explication réside dans le fait que les hormones « du stress » sont des antagonistes de l'ocytocine qui est l'hormone responsable de la sortie du lait .

Il est essentiel d'abaisser au maximum le stress moral et physique de la mère et des bébés, sans pour autant avoir recours aux médicaments.

iii. L'obésité, le surpoids

Les études ont montré un retard de 30 minutes de la montée laiteuse par point d'indice de masse corporelle.

Ceci est sûrement lié à une moins bonne réponses hormonales chez les femmes obèses.

iv. Le diabète

Le diabète tend à retarder le moment de la « montée de lait », car le tissu mammaire est sensible à l'insuline, et le corps a besoin d'insuline pour déclencher la « montée de lait ».

Une femme diabétique devrait être incitée à mettre son bébé au sein très souvent pour d'une part limiter les risques d'hypoglycémie et d'autre part permettre une stimulation plus importante.

v. La prématurité

La prématurité tend à retarder la lactogénèse, pour des raisons multifactorielles: une césarienne pratiquée en urgence peut avoir un impact sur le démarrage de la lactation à cause de la douleur, du stress. Celui-ci joue un rôle important sur le retard de la « montée de lait »: stress de l'état du bébé, stress des quantités tirées, stress de séparation des aînés, du mari, du bébé... Parfois l'absence de fourniture d'un tire-lait dans les 6 heures après la naissance, le manque de stimulation/vidange fréquente (notamment moins de 6 pompages par 24 h) peuvent retarder la « montée de lait », mais aussi une glande pas encore totalement « terminée » si la naissance est très précoce, notamment avant 28 semaines (la glande peut très bien achever son développement après la naissance).

vi. Autres facteurs

- La primiparité
- l'hypothyroïdie, parfois même si elle est bien équilibrée;
- les complications autour de la naissance, notamment une hémorragie importante (plus d'un litre);
- compléments de lait infantile (donner le lait maternel préalablement recueilli ne pose pas de problème car la glande mammaire est stimulée);
- une rétention placentaire;
- une chirurgie de réduction mammaire, qui aura retiré tout ou partie de la glande mammaire (l'incision péri-aréolaire multiplie le risque d'insuffisance de lait par 5, une augmentation mammaire peut donc aussi être concernée).

II.A.2.b. La prise de poids insuffisante et la perception d'un manque de lait [72][42][14][73]

L'expression « syndrome d'insuffisance de lait » est apparue dans la littérature biomédicale et anthropologique au début des années 80, à l'époque de la très large diffusion des laits industriels.

La prévalence élevée de ce syndrome dans la plupart des pays occidentaux contraste avec sa rareté dans les pays où l'allaitement maternel est très valorisé et le recours aux laits artificiels beaucoup moins facile, de même qu'il était quasiment inconnu à l'époque où l'allaitement était encore la norme et le mode d'alimentation prépondérant dans les pays occidentaux.

C'est devenu aujourd'hui une problématique extrêmement complexe qui dépasse les frontières nationales, culturelles et socioéconomiques. La croyance très répandue que de nombreuses mères ne sont pas capables de produire assez de lait ou du lait « pas assez riche » est profondément enracinée et contraste avec les connaissances factuelles concernant la physiologie de la lactation et les besoins et le comportement des nourrissons allaités.

Le problème de l'insuffisance de lait se pose dans de nombreuses circonstances: si la stagnation staturo-pondérale renvoie objectivement à une insuffisance d'apports, il s'agit plus souvent de critères très subjectifs tels que l'irritabilité de l'enfant, un nombre de tétées considéré comme anormalement élevé ou encore une modification des seins chez la mère ou des selles chez le nourrisson. Selon le rapport de l'Anaes, l'insuffisance de lait physiologique ou primaire (d'origine anatomique ou hormonale) est très rare (moins de 5 % des mères).

Une revue de la littérature de 2008 a étudié toutes les publications portant sur « la perception d'insuffisance de lait » et/ou « le manque de lait » entre 1996 et 2007, et s'intéressant à des allaitements de nourrissons en bonne santé et nés à terme.

20 publications ont été étudiées, provenant des États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, Canada, Mexico, Hong-Kong, Thaïlande et Turquie.

Un large pourcentage de mères allaitantes (de 35 % à 44 % d'après la plupart des études) rapporte la perception d'insuffisance de lait comme étant la principale difficulté rencontrée et la première cause de sevrage prématuré. Et bien que les 4 premières semaines du post-partum représentent la période « à risque », le problème de l'insuffisance de lait se pose tout au long de l'allaitement.

Une enquête a été effectuée par la DRASS Rhône-Alpes, elle portait sur les durées et facteurs influençant le déroulement de l'allaitement maternel en Rhône-Alpes en 2004/2006: pour les mères ayant sevré leur allaitement entre 0 et 6 mois, le « manque de lait » (perçu comme tel ou réel, selon l'expression des mères) reste l'incident de

parcours le plus souvent évoqué à l'échéance du 1^{er} mois, 3^{ème} mois et 6^{ème} mois. Viennent ensuite le découragement, le refus du sein, les crevasses et l'engorgement. Pour les mères qui ont poursuivi l'allaitement maternel à ces échéances, le manque de lait reste fréquemment évoqué. Il constitue la principale difficulté au 3^{ème} et 6^{ème} mois d'allaitement.

Dans la majorité des cas, il s'agit soit de la perception d'une insuffisance de lait, qui pourrait être liée à un manque de confiance en soi de la mère, soit d'une insuffisance de lait secondaire à un allaitement mal géré (suite à une fréquence ou à une durée des tétées inadéquates, par exemple), à l'introduction de compléments, à une position du bébé incorrecte ou un problème de succion qui induit une inefficacité du transfert de lait par l'enfant. Des attentes souvent irréalistes en termes de nombre de tétées ou de sommeil de nuit des nourrissons et un manque de confiance de l'entourage, tant familial que professionnel dans la capacité des femmes à allaiter de façon exclusive, sont souvent à l'origine de cette perception d'une insuffisance de lait.

Qu'elle soit perçue ou réelle, l'insuffisance de lait n'est pas toujours simple à repérer dans le discours des mères, mais elle est souvent la cause d'une demande de location de pèse-bébé, d'un achat de substance galactogène ou d'une location de tire-lait (afin que la mère connaisse le volume de lait qu'elle donne à son enfant).

Enfin, avant le sevrage, beaucoup de mères pratiquent un allaitement mixte en réponse au manque de lait perçu. Le manque de lait reste donc la principale raison pour introduire des compléments de lait artificiel. L'alimentation au biberon rassure car elle est quantifiable (nombre de biberons, quantité de lait) alors que l'allaitement maternel ne se mesure pas. Il engendre donc un maternage différent de celui lié à l'alimentation artificielle (symbiose, alors que l'autonomie de l'enfant est valorisée avec le biberon). La comparaison inévitable que font les mères allaitantes de leur bébé avec ceux nourris artificiellement est à l'origine d'un malaise et souvent d'une interruption précoce de l'allaitement maternel.

II.A.2.b.1. Rappel sur le rythme de vie du nourrisson pour déceler « les fausses alertes » [85]

La succion du nourrisson est contemporaine de ses capacités à s'éveiller, donc **le nourrisson tète chaque fois qu'il est en éveil, calme et sans pleurs** afin de se concentrer sur ce qu'il a à faire. Il tète **indifféremment le jour et la nuit, 8 à 12 fois par 24 heures** les 4 premières semaines **puis au moins 6 fois par 24 heures**, sans régularité autre que de profiter de ses éveils.

Les rythmes synchrones de la mère et de l'enfant sont induits par le climat neuro-hormonal. Sous l'influence de l'ocytocine produite à chaque tétée, la mère se détend et peut même s'endormir, tout en pouvant s'éveiller facilement grâce à l'action de la prolactine. Cette phase d'assoupissement lui permet de récupérer et ainsi de s'adapter au rythme de son nouveau-né.

i. Le bébé tète très souvent [83][73][86][117]

Depuis quelques années, les conseils aux mères vont dans le sens d'un allaitement « à la demande ». Or certaines mères se plaignent que leur bébé tète « tout le temps » ou bien qu'il « prend la nuit pour le jour ». Ces mères décrivent le plus souvent la situation suivante: le bébé dort le matin, avec des tétées plutôt espacées, mais pleure beaucoup le soir, moment où elles pensent manquer de lait ou que leur lait n'est pas assez nourrissant (le lait maternel est toujours nourrissant, si l'enfant ne grossit pas, c'est un problème de quantité et non de qualité).

Cette situation amène à donner un complément de lait industrialisé, mais elle touche là à la réalité concrète du rythme physiologique de l'allaitement maternel. Et c'est une réalité à laquelle les parents ne sont pas forcément préparés. Le nombre de tétées chez un nouveau-né allaité est plus élevé que le nombre théorique des biberons.

Par ailleurs, de nombreux bébés ont un grand besoin de succion ou de contact fréquent avec leur mère.

Enfin, un nourrisson se réveille non pas parce qu'il a faim mais qu'il est à la fin d'un cycle de sommeil. Une fois réveillé, il cherche à téter. Ainsi, un nourrisson qui dort beaucoup peut ne pas se nourrir suffisamment et à l'inverse, un nourrisson qui dort peu cherchera le sein très fréquemment.

ii. Le bébé semble avoir faim peu de temps après avoir été nourri [86][83][67][76][71][79][87][88]

D'une part, le lait maternel se digère plus rapidement que les laits industriels et demande moins d'efforts au système digestif immature du nouveau-né.

D'autre part, physiologiquement, les tétées du matin sont abondantes, riches en eau et en lactose, et relativement espacées (2 à 5 h). **A mesure de l'avancement de la journée, les tétées deviennent plus fréquentes, moins volumineuses mais plus grasses**, en même temps que l'éveil de l'enfant augmente.

Or souvent la maman, après avoir donné les deux seins à son enfant, pense qu'elle manque de lait si celui-ci réclame encore. Cette crainte est renforcée par le fait qu'à partir de la troisième semaine d'allaitement, les seins deviennent généralement plus souples.

Lorsque la mère comprend l'utilité de ce rythme (qui n'a rien d'anarchique), phénomène normal et habituel (et non un problème lié à son allaitement), et que sa production de lait n'est pas en cause, elle reprendra le plus souvent confiance en elle.

Il est normal qu'un bébé tète sans cesse le soir, sa succion lui permet de trouver à la fois le résultat escompté, à savoir du lait, mais aussi les hormones de plaisir produites si ces repas sont agréables sur le plan sensoriel, occasion d'échanges relationnels, créateurs de liens solides. La mère ne doit pas hésiter à le laisser téter aussi longtemps qu'il le demande. Ses besoins de succion sont plus intenses le soir.

Certains bébés ont besoin de téter toutes les heures (pas nécessairement pour de longs repas), pendant trois ou quatre heures d'affilée, une ou deux fois par jour. C'est ce qu'on appelle des tétées en grappe. Cette situation est fréquente chez les nourrissons durant les premières semaines d'allaitement, habituellement en soirée ou durant la nuit. De toute façon, téter quelques secondes ou quelques minutes est un excellent moyen pour stimuler la lactation.

Recommandation sur le rythme d'un repas, une fois la montée de lait passée: à ce stade, ce qui prime, ce n'est plus de téter les 2 seins mais surtout de finir le premier avant de téter le second. Le début de tétée étant riche en eau et lactose, les lipides n'arrivant qu'à la fin, si le repas consiste à téter 5 min chacun des seins, l'enfant s'est repu de lactose, il sera sujet aux coliques et prendra peu de poids. Il faut laisser le nourrisson faire un véritable travail sur le sein pour le drainer et récupérer « la crème ». La compression du sein peut aider l'enfant qui tétouille, qui s'endort. La mère peut aussi stimuler le bébé par un change et le remettre sur le même sein. Il est important de laisser l'enfant quitter de lui-même le sein.

Par ailleurs, l'étude de la physiologie de l'allaitement rappelle que les seins ne sont pas des récipients qui se vident puis se remplissent. Ils sont une "usine" en fonctionnement permanent et qui travaille à plein rendement quand le bébé est en train de téter. **C'est en vidant le sein efficacement que la production de lait se remet en route rapidement, le stockage du lait dans les alvéoles étant plutôt une phase ralentie de la production.** Cette caractéristique physiologique est valable pour toutes les mères.

Il est donc préférable d'opter pour des tétées fréquentes que pour des tétées espacées, même si ces dernières seront plus volumineuses, car les seins, à la longue, vont passer plus de temps dans un stade de latence que dans une phase productive, et la lactation va progressivement se tarir. D'ailleurs, ce rythme convient mieux au métabolisme des nourrissons.

Les seins stockent très peu de lait et la majeure partie du lait que reçoit le bébé est excrétée pendant que le bébé tète. Les seins ne sont JAMAIS vides. Et moins le flot de lait est important, plus le lait est riche en graisses et en calories.

La physiologie de l'allaitement rappelle aussi qu'il existe une **grande variabilité d'une mère à l'autre dans la capacité de stockage du sein.** Ceci est indépendant de la capacité à produire suffisamment de lait au cours de la journée mais peut avoir une influence sur le nombre de tétées. Sachant que l'inhibition de la synthèse du lait sera plus précoce si la capacité de stockage est faible, l'enfant ne pourra prélever plus de lait que les seins n'en contiennent. Si à cela s'ajoute une conduite non optimale de l'allaitement, l'enfant n'aura pas une ration de lait suffisante au cours des 24 h.

Ainsi, le nombre de tétées dont a besoin le nourrisson ne dépend pas de sa fréquence d'éveil mais de la capacité de stockage des seins de sa mère.

Mais que les mères concernées par cette petite capacité de stockage ne se sentent pas défavorisées, d'une part cette caractéristique n'est qu'un des éléments pouvant expliquer le besoin de téter souvent ou de téter la nuit et d'autre part, c'est pour entretenir la production de lait et non pas parce qu'elles ne produisent pas assez de lait que leur bébé a besoin de téter souvent.

iii. Les seins coulent très peu ou pas du tout [86]

Il n'y a pas forcément de relation entre le fait que les seins coulent et la quantité de lait produite. Les pertes de lait entre les tétées ne sont plus un problème dès que la lactation est bien établie et s'est ajustée aux besoins de l'enfant.

iv. Le bébé est maussade [68][73][69][89][86]

Les pleurs d'un bébé touchent son entourage. La mère doit réagir chaque fois que son enfant pleure, car c'est pour lui la seule manière de lui faire savoir qu'il ne se sent pas bien.

Ses pleurs ne signifient pas toujours qu'il a faim; peut-être a-t-il des coliques ou simplement besoin de tendresse, d'attention, de la présence de sa mère ou besoin de sommeil.

La maman peut très bien offrir le sein à chaque éveil, sans restriction d'horaires. La proximité du bébé avec ses parents doit aussi être encouragée, des moyens confortables et rassurants peuvent leur être soumis pour porter l'enfant aussi souvent et longtemps que possible, sans craindre de le rendre capricieux ou de lui donner de mauvaises habitudes. De nouvelles approches sensorielles apaisantes peuvent être développées: massage, câlins et caresses... Les parents peuvent passer le relais à une personne de l'entourage disponible pour calmer l'enfant si les pleurs ne sont plus supportables ou bien le laisser pleurer en sécurité dans son berceau en attendant de retrouver ses esprits.

Les périodes d'éveil calme et attentif sont très limitées en début de vie: 3 à 5 min 2 à 3 fois par jour, puis elles vont en s'allongeant: 30 min à la fin du premier mois. En revanche, le stade d'éveil le plus fréquent dans les premières semaines est l'éveil agité avec ou sans pleurs. Les pleurs sont alors souvent confondus avec des pleurs de faim et de coliques.

Les pleurs augmentent en général à partir de la 2^{ème} semaine et sont à leur maximum au cours du 2^{ème} mois du nourrisson, et plus particulièrement entre la 6^{ème} et la 8^{ème} semaine. Ils diminuent ensuite et se stabilisent vers 4 à 5 mois.

Des études ont montré que tous les bébés normaux et en bonne santé présentent à certaines périodes de leur développement des périodes difficiles faites de pleurs parfois incessants qui sont source d'anxiété et d'exaspération pour les parents. Ces périodes correspondent en fait à d'importants changements dans le développement psychomoteur des nourrissons et se manifestent par des modifications du comportement avec crises de pleurs ou agitation inexplicable. Ces jours difficiles précèdent l'apparition de nouvelles compétences, sorte de « bonds en avant » et surviennent à des âges sensiblement identiques et quasiment prévisibles pour la plupart des bébés.

Il ne faut cependant pas exclure une cause organique aux pleurs (reflux gastro-œsophagien, par exemple), surtout si ces pleurs persistent toute la journée et ne semblent pas pouvoir être consolés. Dans ce cas, une consultation médicale est recommandée.

v. Le bébé augmente brusquement la fréquence et/ou la durée des tétées [86][83]

Il arrive souvent que des bébés, très somnolents lorsqu'ils sont nouveau-nés surtout qu'en le débit ralentit, « s'éveillent » brusquement vers 5 semaines et se mettent à téter plus fréquemment ou lâchent le sein dès que le débit ralentit et semblent encore avoir faim. La sécrétion de lait n'a pas changé; c'est le bébé qui a changé. La compression du sein pourra alors résoudre le problème.

De plus, les bébés ont des poussées de croissance. Ce sont des périodes de quelques jours, que l'on observe souvent à des intervalles réguliers: autour de 3 semaines, 6 semaines, 3 mois, mais aussi avant ou pendant un épisode de développement spécifique à l'enfant: poussée dentaire, acquisition de la marche, épisode de maladie infantile, ou encore lors d'un changement familial: vacances, déménagement ou autre.

Appelés « poussées de croissance », ces phénomènes sont plutôt des « poussées de développement », épisodes comportementaux transitoires normaux adaptés au bon déroulement de l'allaitement, pendant lesquels l'enfant a besoin de plus de réconfort et de sécurité et donc de proximité physique. Ils se caractérisent par un changement de rythme de tétées, avec des tétées fréquentes tout au long des 24 h, pendant plusieurs jours.

La réponse adaptée à ce comportement est de répondre sans restriction à cette demande frénétique.

La prévention et l'information adéquate tout au long de la grossesse et en période post-natale a ici toute sa place.

vi. Le bébé diminue brusquement la durée de la tétée [86]

Par exemple, il peut réduire la tétée à quelques minutes par sein. S'il mouille et salit autant de couches que d'habitude, il se peut tout simplement qu'il soit capable d'extraire le lait plus rapidement pour récupérer le gras, ayant une plus grande expérience au sein.

Par ailleurs, plus que le temps passé au sein, c'est le nombre de réflexe d'éjection ou l'intensité de la dilatation canalaire qui déterminent le volume de lait d'une tétée.

vii. Le bébé prend un biberon après la tétée

Cela ne veut pas nécessairement dire que le bébé a faim. Ce n'est pas un bon moyen d'évaluation, car le biberon peut interférer avec l'allaitement.

viii. Conclusion [73][85]

Toutes ces fausses alertes ne doivent pas recourir à l'utilisation de compléments, ce ne sont pas des situations de manque de lait.

Le respect des rythmes du bébé favorise chez lui un comportement organisé, une réduction notable des épisodes de pleurs, des repas plus efficaces, des relations plus agréables.

Enfin, l'immaturation cérébrale du petit humain l'expose à un risque important de mort subite, et va donc nécessiter, de la part des adultes, une surveillance rapprochée et des pratiques sécurisantes pendant les mois qui suivent la naissance, et en particulier la nuit, quand tout le monde dort. Peur du bébé qui ne se réveille pas, peur de ne pas l'entendre pleurer, peur qu'il s'étouffe, la plupart des mères expriment ces peurs, aisément apaisées si les parents dorment à proximité de leur bébé.

II.A.2.b.2. Comment savoir si le bébé reçoit assez de lait?

[68][69][76][88][71][90][9][73]

Un nourrisson bien allaité, en bonne santé et qui boit suffisamment n'a besoin d'aucune nourriture supplémentaire au cours des six premiers mois. En été, s'il fait chaud et que le bébé a soif, il boira moins longtemps, mais plus fréquemment. Ainsi, il reçoit davantage de pré-lait, qui est plus désaltérant.

Dans un allaitement à la demande, il est inutile de chercher à savoir quelle quantité de lait le bébé prend, de le peser avant et après la tétée, il suffit de regarder l'enfant, d'examiner son comportement pour voir s'il est suffisamment nourri.

Lors de la tétée (confortable), si la mère a entendu de **nombreux bruits de déglutition** (une déglutition par succion après le temps de latence puis une déglutition pour 2 ou 3 suctions en fin de tétée), observé une **succion ample et régulière** sans essoufflement et que son **enfant lâche le sein calme et repu**, les mains détendues, ou s'il s'endort bienheureux au sein, c'est qu'il a satisfait ses besoins nutritionnels, mais aussi son besoin de succion. En effet, un bébé ne tète pas seulement pour se nourrir, mais aussi pour le réconfort, le plaisir et la tendresse.

Le **sein souple** est aussi un signe de bon transfert de lait: le sein n'est pas un réservoir plein de lait en début de tétée et qui se vide ensuite. C'est le taux sanguin des hormones de lactation qui conditionne la congestion des seins. Ainsi, le sein sera plus souple, moins tendu en fin de tétée car l'augmentation de la filtration du sérum permet de vider les acini et donc de diminuer les phénomènes congestifs. C'est ce qui explique aussi qu'en fin d'après-midi, le taux de prolactine étant plus bas, les mères ont l'impression de manquer de lait car leurs seins sont souples. En fait, ils sont seulement moins congestionnés. L'engorgement des premiers jours est dû non au lait, mais à l'œdème sanguin et lymphatique. Quand la lactation est bien mise en route, les seins redeviennent souples et moins volumineux, s'adaptant à leur fonction (la sécrétion lactée n'étant pas en train de se tarir).

Certaines circonstances sont de faux indices d'une alimentation suffisante:

- un bébé qui fait ses nuits assez tôt ou qui dort beaucoup (la notion qu'un nourrisson ne se laisse pas mourir de faim est une idée reçue);
- le bébé tète souvent ou très longtemps (il se peut en réalité qu'il ne soit pas efficace au sein).

Si l'un de ces éléments est absent, une prise en charge sera nécessaire.

De façon plus globale, le bébé reçoit assez de lait si:

- il paraît en **bonne santé**, il est tonique et éveillé;
- sa **peau** est élastique, de couleur **saine**, sa bouche est rose et mouillée;
- il tète **8 à 12 fois / 24 h**;
- il **mouille 5 à 6 couches** par 24 h avec des urines bien claires;
- il a des **selles fréquentes et liquides**, jaune d'or, plusieurs fois par 24 h le premier mois (au moins 3), ou moins fréquentes par la suite (il se peut qu'il se passe alors plusieurs jours entre deux selles) mais abondantes et molles. Des selles dures peuvent témoigner d'une insuffisance d'apports;
- il **prend du poids régulièrement** (au cours des 3 1^{ers} mois, prend largement plus de 20 g/jr ou entre 140 à 210 g/semaine pour une fille, entre 170 à 250 g/semaine pour un garçon).

- **Les urines:**

Les couches ayant de nos jours un fort pouvoir absorbant, il est difficile au début pour les parents de savoir quand bébé a mouillé sa couche: une couche très mouillée est plus lourde et plus gonflée qu'une couche sèche.

Toutefois, certains bébé peuvent avoir une prise de poids faible et des couches bien mouillées. Cela peut se voir dans le cas où la mère limite arbitrairement le temps passé au sein par le bébé, ce dernier arrive à être suffisamment hydraté grâce au lait de début de tétée mais il n'arrive pas à obtenir suffisamment de calories que pourrait lui apporter le lait de fin de tétée et il prendra peu de poids.

Durant les 2-3 premiers jours de vie, certains bébés ont des urines roses ou rouges. Ceci n'a rien d'inquiétant et n'indique pas que le bébé est déshydraté. La raison est inconnue. C'est vraisemblablement associé à une prise de lait plus faible pour les bébés allaités. L'apparition de cette coloration d'urine devrait amener à vérifier que le bébé est correctement mis au sein, et qu'il boit au sein.

- **Les selles:**

Après les selles méconiales des premières 48 heures et 24 heures de selles de « transition », les enfants allaités exclusivement ont, pendant la première semaine de vie, une selle après chaque tétée. Ces selles sont jaune d'or, d'odeur aigrelette, grumeleuses, assez liquides et parfois totalement liquides.

Des selles vertes et aqueuses peuvent correspondre à des apports en lactose trop importants par rapport aux apports en graisses.

La persistance de selles méconiales après le 4^{ème} jour est un signe de mauvais transfert de lait.

Ensuite, pendant le reste du premier mois, les bébés allaités ont 2 à 6 selles par 24 heures, molles ou liquides, et abondantes. Moins de selles peut signifier un apport insuffisant en lait et en particulier en lait gras de fin de tétée.

Par contre, en moyenne après 4 à 6 semaines, un enfant exclusivement allaité peut avoir des selles rares (une seule selle tous les 3, 4 jours voire moins) sans que cela soit inquiétant à condition qu'il grossisse correctement et que lorsqu'elle survient, la selle soit molle et très volumineuse.

En fait, il existe une grande disparité de la fréquence des selles suivant les enfants et c'est plutôt un changement brutal de fréquence ou d'aspect qui peut être alarmant. En effet, il faut expliquer aux mères la possibilité d'une diminution physiologique de la fréquence des selles ne correspondant pas à une constipation chez l'enfant allaité de plus de 4 à 6 semaines. On ne devrait parler de constipation que devant des signes pathologiques vrais: selles très dures, impossible à éliminer, abdomen ballonné, tendu, douloureux .

De même, les selles d'un enfant exclusivement allaité sont molles voire liquides et il ne saurait être question de diarrhée, même devant six à huit selles liquides par 24 heures, tant que la courbe de poids est normalement ascendante.

- **Le poids:**

Tableau 15: Prise de poids des nourrissons allaités selon l'âge [73]

Âge	Gain pondéral moyen (g/j)	Gain pondéral moyen (g/mois)
0-3 mois	25-40	750-1 200
3-6 mois	15-20	450-600
6-9 mois	10	300
9-12 mois	7	210

La prise de poids doit être calculée à partir du poids le plus bas de l'enfant et non de son poids de naissance.

Les premières semaines, il suffit, sauf indication médicale, de peser le bébé une fois par semaine, puis ensuite une fois par mois. La balance ne doit pas devenir un objet de stress.

II.A.2.b.3. Définition et contexte de la prise de poids insuffisante [72][73]

Il n'existe pas de définition précise de l'insuffisance de lait et dans ce contexte il est essentiel d'essayer de différencier:

- une incapacité physiologique maternelle à produire du lait ou assez de lait;
- un problème transitoire, susceptible d'être corrigé, donc une insuffisance de lait « secondaire »;
- la crainte ou la perception de l'insuffisance des apports maternels.

L'insuffisance de lait se traduit par un **manque ou une insuffisance de lactogénèse de stade 2 et/ou une prise de poids inférieure à 20 g/jr** chez un nourrisson exclusivement allaité.

i. A la maternité [64][50][84][91]

L'insuffisance de prise de poids précoce ou « retard à la récupération du poids de naissance » correspond typiquement à « un enfant trop sage qui fait déjà ces nuits ».

La perte de poids maximale attendue chez un nouveau-né en allaitement exclusif est en moyenne de 5 à 7 % au 2^e ou 3^e jour de vie. Une perte de poids inférieure à 10 % du poids de naissance (PN) est acceptable pour la plupart des équipes.

En effet, cette perte de poids est physiologique, reflétant l'adaptation métabolique liée en partie à l'élimination du méconium, des urines, à la plus grande consommation d'énergie et à la perte d'eau par évaporation.

Cette perte de poids ne doit en aucun cas faire courir le risque d'une déshydratation du nouveau-né. Les adaptations métaboliques néonatales amènent le nouveau-né à rééquilibrer sa masse hydrique, sans danger pour lui si cela se fait de façon progressive et si les apports nutritionnels viennent rapidement compenser les pertes, d'autant plus que le colostrum a des qualités colloïdales qui freinent les pertes hydriques.

La perte de poids associée à des signes de déshydratation ou à un ictère et la perte de poids excessive vont nécessiter l'apport de complément et une surveillance particulière par un médecin.

La perte de poids excessive est définie par une perte de poids supérieure ou égale à 10 % du PN.

Mulder et coll. ont montré chez 53 enfants allaités une perte de poids supérieure ou égale à 7 % du PN chez 20,8 % d'entre eux à 2 jours de vie. Ces enfants avaient eu plus de selles et d'urines que ceux ayant perdu moins de poids. Cette perte de poids s'accompagne normalement d'une augmentation progressive de la quantité de lait consommée sous réserve que le nouveau-né ait un accès au sein sans restriction.

La perte de poids fait peur car elle conditionne souvent la date de sortie. Elle augmente aussi le manque de confiance des mères et des soignants envers la capacité des mères à allaiter.

Plus tard, il faudra se préoccuper sérieusement de la situation si:

- le bébé continue toujours à perdre du poids après 10 jours de vie;
- il n'a pas repris son poids de naissance à 3 semaines;
- il casse brutalement sa courbe de croissance.

ii. En cours d'allaitement [92][72][89][51][93][91][69]

Il faut savoir que les quatre premiers mois, les bébés au sein ont une croissance en poids et en taille plus importante (+ 106 g et + 0,5 cm à 3 mois) que les bébés au biberon, alors qu'à partir de 4 mois, leur croissance est un peu plus lente, pour arriver, en moyenne, vers l'âge de 1 an, à 600 g de moins et 1 cm de moins qu'un enfant nourri au biberon. Alors que les tailles sont globalement équivalentes à 1 an, la différence de poids s'accroît nettement entre 9 et 12 mois, à un moment où la consommation de protéines est supérieure aux besoins dans les deux groupes, ce qui écarte toute relation avec ce facteur.

La croissance pondérale moins rapide des enfants nourris au sein, pourrait être liée au fait qu'ils stabilisent d'eux-mêmes leur consommation énergétique à un niveau plus faible. L'introduction d'aliments de complément n'affecte pas cette autorégulation, l'énergie fournie en supplément provoquant une réduction compensatrice de la consommation de lait. Les nourrissons dont l'allaitement maternel est prolongé déposent, par ailleurs, moins de graisses dans leurs tissus. La part de masse maigre dans leur accroissement pondéral et le gain de masse maigre par gramme de protéines consommées sont ainsi plus élevées que chez les enfants alimentés artificiellement. Cependant, les différences précoces de vitesse de croissance et de composition corporelle s'estompent complètement dans les mois et les années qui suivent.

L'OMS a établi en 2006 de nouvelles courbes adaptées aux bébés allaités (Annexe 3). Ces nouvelles courbes peuvent servir de référence internationale pour décrire au mieux la croissance physiologique de tous les enfants de moins de 5 ans. Elles permettent aussi d'établir l'enfant allaité au sein comme modèle normatif de croissance et de développement.

Pendant les premières semaines de l'allaitement une courbe de poids hésitante ne doit pas être considérée comme normale. **Si à partir de la fin de la première semaine, le nouveau-né ne prend pas au moins 120 à 130 grammes par semaine, il est probable qu'il ne consomme pas suffisamment de lait.**

Par contre, si la croissance d'un nourrisson en bonne santé, exclusivement allaité, a tendance à s'infléchir à partir du 3^{ème} ou du 4^{ème} mois, il n'y a pas lieu de s'alarmer ni de conseiller à la mère d'introduire des compléments.

Une étude parue en 2011 a mis en évidence des taux de ghréline significativement plus élevés dans les laits infantiles ($2\,007,1 \pm 1\,725,36$ pg/mL) que dans le lait maternel ($828,17 \pm 323,32$ pg/mL). La concentration sérique de ghréline était également significativement plus élevée chez les bébés non allaités ($1\,247,93 \pm 328,07$ pg/mL) que chez ceux allaités ($1\,045,7 \pm 263,38$ pg/mL); cette différence de concentration pourrait donc jouer un rôle dans la différence d'appétit des enfants en fonction du mode d'alimentation.

En cas de poids insuffisant, il est important d'étudier d'abord le contexte: s'agit-il d'un gain de poids lent ou bien d'un retard de croissance? On considérera que la prise de poids lente constitue la croissance normale d'un certain pourcentage de bébés, dépendant de facteurs généralement génétiques, alors que la Stagnation Staturo-pondérale (SSP) représente la situation anormale d'un bébé ne recevant pas un apport nutritionnel suffisant pour couvrir ses besoins. Il sera donc important de savoir les différencier. L'observation de la courbe de croissance, de l'état clinique du nourrisson et de la pratique de l'allaitement permettent de préciser dans quelle situation se trouve réellement l'enfant:

- **observation de la courbe de croissance:**



Figure 40: Comparaison des courbes entre un gain lent et un retard de croissance [93]

D'autres paramètres de croissance peuvent être appréciés: poids de naissance, poids le plus bas, poids et âge actuels, poids intermédiaires connus, mais aussi poids et taille des parents, courbes des enfants précédents, éventuellement...

- **état clinique de l'enfant et pratique de l'allaitement:**

Tableau 16: Comparaison entre un gain lent et un retard de croissance [93]

	Gain lent	Retard de croissance
Apparence	Éveillé, actif	Apathique, pleurs geignards après les tétées, dort « 24 h/24 h », ou « ne dort jamais »
Tonus	Bon tonus, vigoureux	Hypo ou hypertonique
Aspect	Peau saine, ferme et élastique même si le bébé est mince	Sécheresse de la peau et des muqueuses bébé maigre, voire d'aspect « vieux »
Mictions	≥ 6/jour	< 6/jour
Urine	Claire, diluée	Foncée, voire simple tâche à l'avant de la couche
Selles	Fréquentes, granuleuses, toujours molles Si rares, abondantes	Rares, petites, sèches, parfois simples tâches à l'arrière de la couche
Tétées	8-10/jour, Au moins 15-20 min le 1 ^{er} mois Nombreux bruits de déglutition pendant la tétée	< 8/jour ou, au contraire, bébé au sein en permanence, Courtes ou, au contraire, interminables (le bébé dort au sein) Peu de bruits de déglutition
Réflexe d'éjection	Bon réflexe	Pas de signe
Gain pondéral	Inférieur à la normale mais continu	Erratique, perte
Déroulement de l'allaitement	L'allaitement se passe bien	L'allaitement peut être émaillé d'incidents: engorgement, lymphangites récidivantes, mamelons chroniquement douloureux

La mère donne-t-elle les deux seins ou un seul? Y a-t-il une mauvaise position, un problème de succion, de mamelon...

Au cours des 3 premiers mois, **une prise de poids inférieure à 300 g/mois ou entre 300 et 500 g/mois associée à des signes de déshydratation, ou un état clinique altéré vont nécessiter une surveillance étroite et régulière de la croissance de l'enfant par un médecin ainsi que l'apport de complément**, en plus des recommandations qui seront précisées dans la prise en charge de la prise de poids insuffisante.

II.A.2.b.4. Circonstances [50][67][69]

Dans la littérature, les facteurs associés à la perte de poids excessive à la maternité sont la primiparité, la césarienne, le type de mamelon inhabituel et l'usage des compléments ainsi que l'état du nouveau-né à la naissance et un travail long.

La ou les causes d'une stagnation ou d'une perte de poids doivent être recherchées:

i. mauvaise pratique de l'allaitement: [76][73]

C'est le facteur le plus souvent diagnostiqué. Elle est due le plus souvent à un manque d'information et de soutien, et à l'oubli que l'obtention d'une sécrétion lactée adéquate nécessite une étroite collaboration entre la mère et son bébé. La fragilité de la lactation dans le post-partum précoce est très méconnue. L'énorme majorité des femmes produit suffisamment de lait, à condition de ne pas chercher à conduire l'allaitement maternel comme une alimentation au biberon. Les situations suivantes sont mises en causes:

- mise au sein retardée par des horaires imposés de tétées;
- tétées courtes, espacées ou peu nombreuses;
- mauvaise position et/ou douleur ou crevasses, ne permettant pas au bébé d'être efficace;
- utilisation de protège-mamelons;
- confusion sein-tétine après utilisation de protège-mamelon ou de biberon de compléments (dans ce cas-là, le bébé n'est pas confus. Il agit en fonction des circonstances: s'il va au sein et reçoit peu de lait avec un débit lent et ensuite reçoit un biberon avec un débit rapide, il va rapidement préférer le biberon);
- déséquilibre de lait de début de tétée/fin de tétée;
- engorgement important et/ou chronique;
- utilisation trop importante d'une sucette...

Si un bébé réclame en permanence, 24 h sur 24, sans période de sommeil calme, ou s'il a des épisodes de tétées groupées le matin en plus du soir, la fréquence des tétées n'est pas en cause, c'est l'efficacité du transfert de lait entre la mère et l'enfant qui pose problème. Le mauvais transfert de lait se manifeste souvent par des tétées très courtes: le bébé s'endort très vite au sein et se réveille en pleurant dès qu'il est posé dans son berceau. L'endormissement rapide du nourrisson au sein est souvent dû à une des raisons suivantes:

- un faible débit de lait;
- un enfant hypotonique;
- une faible résistance du nouveau-né à l'effort de la tétée (phénomène plus fréquent chez les enfants nés avant terme).

Le transfert de lait étant insuffisant, la prise de poids de l'enfant est mauvaise et la mère perd confiance en ses capacités à allaiter.

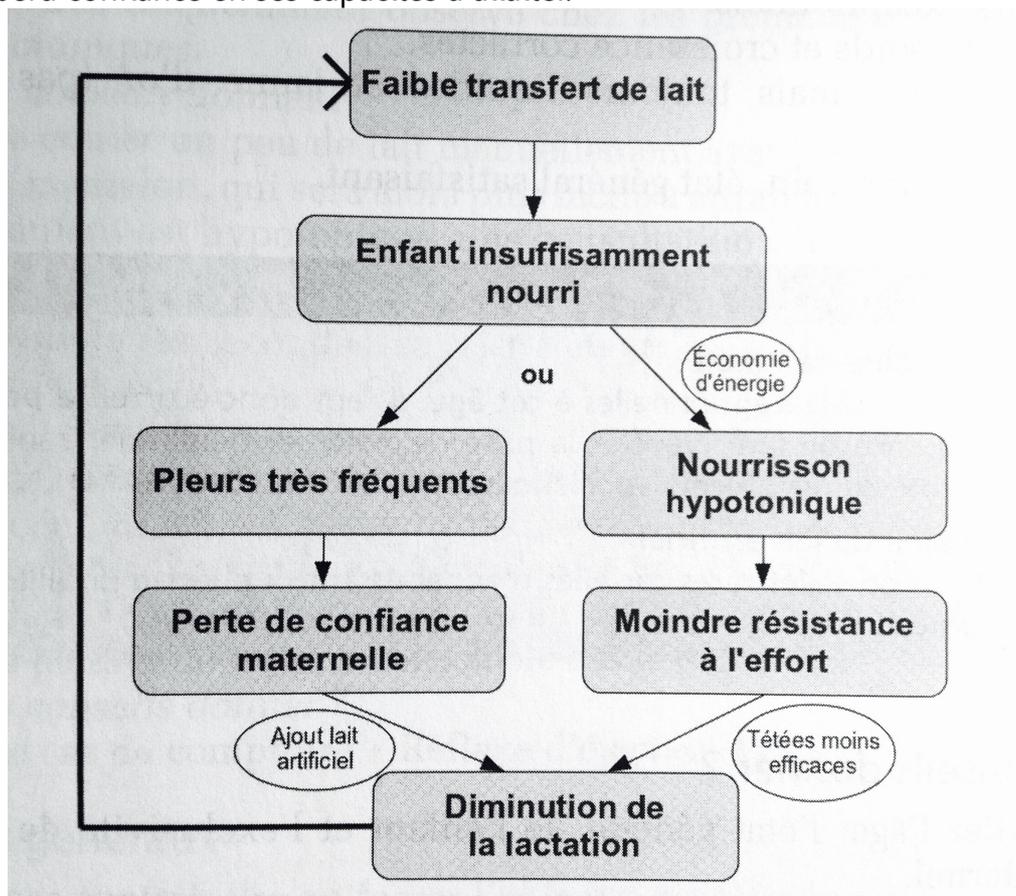


Figure 41: Cercle vicieux engendré par un transfert de lait insuffisant et non traité [73]

ii. causes liées au bébé: [79]

- le plus souvent problèmes de succion (faible dépression intrabuccale), pas de déglutition;
- problème physique: enfant somnolent, hypotonique, qui dort toute la journée et se réveille rarement pour se nourrir, ictère, tétée rendue douloureuse par une mycose ou un muguet;
- besoins élevés: prématuré, hyperactif (prise de toxiques comme tabac, caféine...), période de croissance, infection, pathologie cardiaque;
- plus rarement: frein de la langue trop court, malformations oro-buccales (fente labiale ou palatine, anomalie de mâchoire,...), troubles neurologiques, trisomie, mauvaise assimilation (sténose du pylore, allergie, infection, malabsorption (mucoviscidose, maladie métabolique, hypo ou hyperthyroïdie) régurgitations importantes,...)).

iii. causes liées à la mère: [69][91]

- sécrétion lactée insuffisante:
 - fatigue ou stress;
 - infection, surtout si elle est accompagnée de fièvre;
 - malnutrition majeure;
 - nouvelle grossesse;
 - pilule à base d'œstrogènes;
 - prise de médicaments inhibiteurs de la lactation: les diurétiques, les agonistes dopaminergiques, la calcitonine, les dérivés de l'ergot de seigle, le danazol, la pyridoxine, l'atropine, les antihistaminiques atropiniques, la pseudo-éphédrine;
 - une intervention chirurgicale aux seins comprenant les mammoplasties de réduction ou d'augmentation, d'autant plus s'il existe une incision péri-aréolaire;
 - antécédents de radiothérapie;
 - séquelles d'abcès;
 - une hypoplasie mammaire;
 - une cause primaire hormonale (hypothyroïdie, dystrophies ovariennes; rétention placentaire, déficit isolé en prolactine, anomalie des récepteurs à la prolactine);
 - une anomalie de la glande mammaire;
- anomalie du réflexe d'éjection:
 - trop fort: régurgitations, enfant gêné, agité, boudant le sein;
 - trop faible: le tabagisme, l'alcool, des difficultés relationnelles, le stress, un engorgement, certains médicaments (L-Dopa, ergot de seigle), une hypothyroïdie non traitée, des troubles hormonaux (de l'axe hypothalamo-hypophysaire en particulier), une chirurgie ou un traumatisme mammaire ayant provoqué des lésions nerveuses...;
- composition du lait inadaptée:
 - malnutrition majeure;
 - involution de la glande mammaire, due à un engorgement chronique, à des tétées trop espacées ou à des mastites fréquentes. Outre l'hypogalactie, cette circonstance induit une hypernatrémie du lait, source de déshydratation et d'hypoglycémie chez l'enfant, d'autant plus importante que la quantité de lait qu'il reçoit est faible;
 - prématurés de très petit poids de naissance: le lait d'une mère de prématuré peut ne pas suffire à lui seul à couvrir les besoins d'un bébé de moins de 1500 g. Il est recommandé d'utiliser ce lait comme base de l'alimentation entérale de ce bébé, en lui ajoutant les substances nécessaires pour pouvoir couvrir ses besoins particulièrement élevés.

II.A.2.c. Prise en charge [42][91][76][72][94][95][71][80][82][84][96][97]

La prise en charge consiste à corriger les éventuels problèmes identifiés, à optimiser la conduite pratique de l'allaitement et à restaurer la confiance de la mère dans ses capacités à satisfaire les besoins de son enfant. Un soutien émotionnel sera toujours utile. En effet, une mère se sent presque toujours coupable quand son bébé ne prend pas assez de poids.

La perte de poids est prise en charge par le pédiatre ou le médecin traitant.

Elle consiste d'abord à évaluer cliniquement un nouveau-né qui a perdu du poids, afin de connaître son état d'hydratation réel. L'évaluation doit être individualisée pour chaque couple mère-enfant: état d'hydratation du nouveau-né, signes d'établissement de la lactation de la mère et signes d'efficacité du transfert de lait.

La prise en charge nécessite ensuite de surveiller le poids du bébé très régulièrement, et d'associer des recommandations à la maman.

La pesée du bébé pouvant avoir lieu à l'officine, c'est l'occasion de faire les recommandations suivantes, qu'il s'agisse d'une perte de poids jugée trop importante, d'une stagnation staturo-pondérale ou simplement d'un enfant affamé:

- plutôt que l'allaitement à la demande, pratiquer l'**allaitement « aux signes d'éveil »**, surtout pour un nouveau-né, s'il est hypotonique et qu'il risque de sauter un repas ou si sa prise de poids est insuffisante. En le gardant dans la même pièce qu'elle, la mère pourra repérer ses périodes d'éveil qui entrecoupent ses cycles de sommeil et ainsi lui donner le sein plus souvent, y compris la nuit;
- favoriser des **tétées fréquentes jour et nuit** (plutôt 10 à 12 tétées/24 h) et **efficaces** (suction ample, déglutitions audibles, suffisamment longues sur le même sein). C'est la suction efficace de l'aréole qui stimule la production de lait et il faut laisser le temps au bébé de récupérer le gras de fin de tétée.

L'idéal serait de mettre le bébé au sein toutes les deux heures (entre le DEBUT d'une tétée et le DEBUT de la suivante). S'il est un gros dormeur, il devra être réveillé régulièrement. Il sera utile de réveiller le bébé la nuit, s'il ne le fait pas spontanément, tant que la prise de poids est trop basse.

Quelques jours d'allaitement intensif rétabliront la sécrétion lactée au top niveau. Il est conseillé à la mère de consacrer, pendant quelques jours, le plus de temps possible à son bébé.

Il lui sera utile de savoir que la FREQUENCE des tétées est un facteur plus important que la DUREE ou la valeur calorique. Augmenter la durée des tétées est inefficace, il convient surtout de ne plus limiter la durée en laissant l'enfant lâcher lui-même le sein;

- revoir la **position** (ou adopter transitoirement la position madone inversée ou en transat) et la **succion** du bébé (bouche ouverte-pause-bouche fermée), plus la pause est longue, plus le bébé boit de lait;
- pratiquer au maximum le **peau-à-peau** pour sécuriser l'enfant et susciter son intérêt pour le sein;
- utiliser la **compression mammaire**, par exemple en cas de bébé hypotonique qui s'endort au sein ou de bébé perpétuellement au sein (mais qui ne boit vraiment qu'une partie du temps);
- laisser l'enfant lâcher le sein de lui-même et proposer le 2^e sein systématiquement, voire changer de sein plusieurs fois au cours de la même tétée, à chaque fois que les bruits de déglutition se raréfient (« **super-alternance** »);
- **stimuler le réflexe d'éjection** avant la tétée en appliquant des compresses chaudes, en massant légèrement le sein sous une douche chaude ou en exprimant un peu de lait manuellement ou à l'aide d'un tire-lait, l'environnement doit être calme et agréable;
- **tirer ou exprimer le lait** après la tétée (pendant environ 10 min ou le temps nécessaire à l'éjection des 2 premiers flux) pour stimuler la production de lait (augmentation de 45 % en moyenne) **et donner le lait** à la tasse ou lors de la tétée suivante à l'aide du DAL (Dispositif d'Aide à la Lactation), petite sonde posé sur le sein que l'enfant va téter en même temps que le sein;
- **proscrire les sucettes et les tétines**: leur succion est différente de la succion au sein et certains bébés peuvent vite s'y habituer...et devenir moins efficaces au sein. De plus, téter fréquemment autre chose que le sein (biberon, sucette, doigt) peut espacer les tétées et diminuer la production de lait.
La maman peut très bien offrir le sein pour consoler le bébé ou pour l'endormir, même si ce n'est pas pour un repas;
- **économiser l'énergie du nourrisson** en évitant les bains, toilettes intempestives, déshabillages inutiles, pleurs de séparation, isolement, inconfort, stress..., situations responsables notamment d'une diurèse augmentée;
- **se reposer**, déléguer les tâches ménagères, diminuer le stress (Ignatia amara 9 CH (hypersensibilité émotionnelle), Argentum nitricum 15 CH (peur de ne pas y arriver), Gelsemium sempervirens 9 CH (perte de confiance), 5 granules 3 fois / jour);
- augmenter la ration hydrique de la mère ne permet pas d'augmenter la production de lait;
- restreindre au maximum la consommation de tabac et d'alcool.

La compression du sein fonctionne particulièrement bien les premiers jours, pour aider le bébé à boire davantage de colostrum. Le but de la compression du sein est de maintenir l'écoulement du lait quand le bébé ne boit plus par lui-même (ne fait que téter) au sein, ce qui lui permet:

- d'obtenir davantage de lait;
- d'obtenir du lait de fin de tétée riche en graisses.

Elle simule le réflexe d'éjection et peut souvent provoquer un réflexe d'éjection naturel. Pendant les 3 à 6 premières semaines, les bébés ont tendance à s'endormir au sein dès que le lait coule lentement, même s'ils n'ont pas eu assez de lait. Passé cette période, ils pourront s'agiter au sein si le flot de lait est peu abondant.

Comment faire la compression du sein:

- Soutenir le bébé avec un bras.
- Tenir le sein avec l'autre main, pouce d'un côté (en haut du sein), les autres doigts à plat sous le sein, loin du mamelon.
- Surveiller la façon dont le bébé tète. Il n'est pas nécessaire d'en faire une obsession, comme en ne quittant pas des yeux la bouche du bébé. Il reçoit de bonnes quantités de lait tant qu'il tète suivant le rythme « ouvrir grand la bouche-pause-fermer » pour chaque succion.
- Lorsque le bébé se met à « tétouiller » et qu'il ne tète plus comme cité précédemment, comprimer le sein. Ne pas rouler les doigts vers le mamelon, mais seulement comprimer. Le geste ne doit pas être douloureux, et ne devrait pas changer la forme de l'aréole. Avec la compression, le bébé devrait recommencer à avaler du lait avec une bonne succion. Faire la compression lorsque le bébé tète mais n'avale pas.
- Continuer ce procédé jusqu'au moment où le bébé n'avale plus de lait, et relâcher. Si le bébé arrête de téter, recommencer. Si le bébé continue à téter lorsque la mère a cessé de comprimer son sein, elle pourra attendre un petit moment avant de recommencer la compression.
- Continuer ainsi au premier sein jusqu'au moment où le bébé n'avale plus de lait, même avec l'aide de la compression; le laisser téter quelques minutes même s'il n'avale plus rien, au cas où un nouveau réflexe d'éjection surviendrait; si ce n'est pas le cas, le retirer du sein.
- Le mettre à l'autre sein et répéter le processus.

Il faut que le geste soit confortable pour la mère. Par ailleurs, cette manœuvre ne sera peut-être plus nécessaire, lorsque l'enfant deviendra plus efficace au sein.

Si la mère a des difficultés à réveiller son bébé pour le nourrir, elle peut le faire rouler doucement d'un côté à l'autre et lui parler, puis le déshabiller et changer sa couche si elle est humide.

Avant de commencer la tétée, elle peut le placer contre son épaule et lui frotter le dos, le masser ou bien l'assoir en prenant la tête du bébé dans ses mains. Enfin, exprimer un peu de lait du mamelon pourra stimuler son appétit.

En cours de tétée, si le bébé s'endort sur le sein, on peut proposer à la mère de:

- lui caresser le menton, les pieds ou les mains;
- masser et comprimer le sein pour refaire couler le lait dans sa bouche;
- utiliser la position à califourchon ou la position rugby;
- parcourir sa colonne vertébrale avec les doigts.

Si les bébés ne sont pas actifs, la mère peut stimuler et vider ses seins toutes les deux heures et après chaque tétée (sans en limiter la durée).

Si l'enfant refuse le sein, laisser l'enfant libre de ses mouvements et le laisser longuement sentir le mamelon. La mère ne doit pas hésiter à le prendre en peau-à-peau, y compris dans le bain, à lui proposer le sein au calme voire dans son sommeil. Avec de la patience, il ne tardera pas à reprendre le sein.

Dans la soirée lorsque les bébés veulent souvent être au sein pendant de longues périodes, la mère peut envisager d'allaiter allongée, et ainsi se laisser gagner par le sommeil, ou bien lire un livre ou regarder un film.

L'enfant sera revu 2 à 4 jours plus tard par son médecin. Le poids de l'enfant devrait se stabiliser pendant les premiers 2 à 4 jours, et devrait ensuite augmenter régulièrement. L'enfant sera vu toutes les semaines pendant plusieurs semaines pour surveiller l'évolution. Si la sécrétion lactée maternelle n'augmente pas en dépit des efforts de la mère, le médecin évaluera la possibilité d'un problème maternel (anomalie ou lésion de la glande mammaire, médicament, pilule contraceptive, problème hormonal...), refera un interrogatoire et un examen clinique; des examens biologiques seront éventuellement demandés (bilan thyroïdien par exemple). La prescription d'un galactogogue sera envisagée. Si l'enfant refuse les compléments, ou qu'il les accepte mais ne prend toujours pas de poids, il faudra suspecter une maladie infantile, et agir en conséquence.

II.A.2.d. Les galactogogues [98]

Avec le temps, le taux basal de prolactine baisse progressivement, mais la sécrétion lactée est maintenue ou augmentée par des mécanismes locaux (contrôle autocrine). Donc, une augmentation du taux de prolactine est nécessaire pour augmenter la sécrétion lactée, mais pas pour la maintenir. Si les seins ne sont pas stimulés régulièrement et de façon suffisante, la production lactée diminue. En revanche, si les seins sont « vidés » plus souvent et plus complètement, la production lactée augmente habituellement.

II.A.2.d.1. Précautions d'emploi [98]

L'utilisation de galactogogues pour augmenter la production lactée devrait être réservée aux situations dans lesquelles une évaluation soigneuse n'a pas retrouvé de cause que l'on pourrait traiter (une hypothyroïdie maternelle, la prise d'un médicament...), et lorsqu'une augmentation de la fréquence des tétées et/ou de l'expression du lait n'a pas permis d'obtenir un résultat.

Il sera donc indispensable d'effectuer une évaluation complète du déroulement de l'allaitement (séparation mère-enfant, fréquence des tétées ou des séances d'expression du lait, compléments éventuellement donnés, efficacité de l'enfant au sein...), et de mettre en œuvre les mesures destinées à remédier aux éventuels problèmes constatés.

On peut espérer que les galactogogues seront efficaces chez la mère d'un bébé prématuré ou malade qui tire régulièrement son lait pour son bébé hospitalisé, et qui voit sa sécrétion lactée baisser au bout de quelques semaines, ou lorsque la mère a vu sa sécrétion lactée baisser suite à la prise d'une contraception hormonale contenant des œstrogènes, ou lorsque la mère voit sa sécrétion lactée baisser pour une raison qui reste inconnue, après plusieurs mois pendant lesquels elle était suffisante. En revanche, l'efficacité est nettement plus aléatoire chez la mère qui souhaite induire une lactation pour allaiter un bébé adopté, ou lorsque la mère ne met pas son bébé au sein (ou ne tire pas son lait) avec une fréquence suffisante.

En pratique, ce sont la sage-femme, le pédiatre ou le médecin traitant qui prescrivent le galactogogue.

De nombreux médicaments, aliments et plantes, ont été recommandés comme galactogogues. Les médicaments agissent souvent par le biais d'un antagonisme avec les récepteurs dopaminergiques, qui induit une augmentation du taux de prolactine. Dans de nombreux cas, le(s) mécanisme(s) d'action est inconnu(s). Bien qu'une utilisation à court terme (1-3 semaines) ait été évaluée pour certaines de ces

substances, une utilisation à long terme n'a pas été étudiée. Il existe des rapports anecdotiques permettant de penser qu'il n'y a, en pareil cas, aucune augmentation des effets secondaires avec les produits les plus souvent utilisés (métoclopramide, dompéridone, fenugrec), mais l'impact à long terme sur la mère et l'enfant est inconnu.

II.A.2.d.2. La dompéridone [98][99]

La dompéridone (Motilium[®], Périidys[®]), utilisée comme stimulant de la motricité intestinale, a pour effet secondaire d'augmenter la sécrétion de prolactine, par antagonisme sur la dopamine, cette dernière ayant une action inhibitrice sur la sécrétion de prolactine. Elle est habituellement utilisée pour le traitement symptomatique des nausées et vomissements et des troubles de la motricité digestive. Son impact sur la prolactinémie est listé au nombre de ses effets iatrogènes. Cet effet secondaire, connu depuis la commercialisation de ce médicament en 1970, est utilisé depuis déjà longtemps dans certains pays pour augmenter la sécrétion lactée.

La dompéridone est le galactogogue le plus souvent choisi, mais les nouvelles recommandations de prescription de l'Ansm datant de septembre 2014 visant à minimiser les risques d'effets indésirables cardiaques graves compromettent son utilisation, déjà hors AMM, dans le cadre d'une stimulation de la lactation.

De nouveaux cas d'effets indésirables graves cardiaques associés à l'utilisation de la dompéridone ont conduit l'Agence Belge du Médicament à déclencher une réévaluation européenne des risques cardiaques par rapport aux bénéfices. Cette réévaluation confirme une légère augmentation du risque d'effets indésirables cardiaques graves liés à l'utilisation de la dompéridone.

Le rapport bénéfice-risque de la dompéridone reste positif chez les adultes, les adolescents et les enfants, pour les formes orales (comprimés dosés à 10 mg et suspensions buvables) dans le cadre du soulagement des symptômes de type nausées et vomissements, et dans cette indication uniquement. Il a donc été conclu que des mesures de minimisation des risques étaient requises afin d'améliorer le rapport bénéfice-risque:

- La dompéridone doit être utilisée à la dose efficace la plus faible, pour une période la plus courte possible. La durée maximale du traitement ne doit généralement pas dépasser une semaine;
- Les nouvelles posologies recommandées sont pour les adultes de 10 mg jusqu'à 3 fois par jour, la dose quotidienne maximale étant de 30 mg;
- la dompéridone est désormais contre-indiquée chez les patients présentant une insuffisance hépatique modérée ou sévère, en cas d'affections qui allongent ou qui pourraient affecter la conduction cardiaque, en cas

d'affections cardiaques sous-jacentes telles qu'une insuffisance cardiaque congestive, ainsi qu'en cas de prise concomitante de médicaments qui allongent l'intervalle QT (antipsychotiques, antidépresseurs tricycliques, macrolides et analogues, fluoroquinolones, antipaludéens, citalopram, paroxétine, agonistes β_2 -adrénergiques, antiarythmiques...) ou d'inhibiteurs puissants du cytochrome P 450 3A4;

- les spécialités contenant 20 mg de dompéridone sont retirées du marché depuis le 10 septembre 2014.

La restriction de durée de traitement à une semaine rend son utilisation inutile dans le domaine de la lactation, mais surtout, la balance bénéfico-risque négative en dehors de l'indication nausées et vomissements dissuade tout prescripteur à la recherche d'un galactogogue.

II.A.2.d.3. Le métoclopramide [98]

Le métoclopramide (Aناسین[®], Primpéran[®], Prokinyl[®]) est la molécule la mieux étudiée et la plus utilisée pour l'induction ou l'augmentation de la lactation aux États-Unis. Il s'agit d'un neuroleptique utilisé comme anti-émétique et qui favorise la production lactée en bloquant les récepteurs dopaminergiques au niveau du système nerveux central, ce qui induit une augmentation de la sécrétion de prolactine, mais il ne possède pas d'AMM dans ce domaine.

Divers travaux ont montré que la prise de métoclopramide augmentait le taux de prolactine, tant chez les hommes que chez les femmes, et ce quel que soit le mode d'administration (oral, IM ou IV). Une dose de 10 mg augmente le taux de prolactine de 3 à 8 fois, et ce taux reste élevé pendant au moins 8 heures.

De nombreuses études ont constaté son efficacité pour induire ou augmenter une sécrétion lactée. Des doses de 10 mg de métoclopramide 3 fois par jour chez des femmes qui avaient une sécrétion lactée insuffisante ont « donné des résultats très encourageants, sans effets secondaires chez la mère ou l'enfant ». Un tel traitement pendant 7 jours (avec baisse progressive sur 2 jours) a donné de bons résultats chez des mères de prématurés qui n'avaient pas pu mettre leur bébé au sein rapidement après la naissance, sans qu'aucun effet secondaire ne soit noté chez la mère ou l'enfant.

Dans une autre étude, les mères qui recevaient du métoclopramide avaient à J5 une sécrétion lactée plus abondante que les mères qui recevaient un placebo. Les taux de prolactine et de sodium du lait étaient similaires dans les deux groupes.

Le métoclopramide est peu lié aux protéines plasmatiques, et sa demi-vie plasmatique est de 3 à 6 heures. Il passe faiblement dans le lait et ne s'y accumule pas.

A la posologie de 10 mg 3 fois par jour, le taux lacté était compris entre 0,02 et 0,157 mg/L; le taux lacté est plus bas lorsque le métoclopramide est utilisé en post-partum tardif qu'en post-partum précoce.

L'enfant absorbait au maximum 0,032 à 0,040 mg/Kg/jour, ce qui correspond à moins de 10 % de la dose utilisée en pédiatrie (0,5 mg/Kg/jour).

Le taux de métoclopramide du lait n'avait aucun impact sur le taux sérique de prolactine de l'enfant, et les auteurs concluaient que le taux lacté de métoclopramide était trop bas pour avoir un effet néfaste sur l'enfant. Aucun effet secondaire documenté n'a été rapporté chez les enfants allaités par des mères traitées par métoclopramide. Le métoclopramide ne semble pas modifier de façon significative la composition du lait.

En France, le métoclopramide n'est pas utilisé comme galactogogue en raison de son passage lacté, de l'absence de données sur les conséquences à long terme et de son passage de la barrière hémato-encéphalique. Cependant le CRAT (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes) considère que, la quantité de métoclopramide ingérée via le lait par le nourrisson étant faible et aucun événement particulier n'ayant été retenu sur un effectif de près de 150 enfants allaités de mères sous métoclopramide, l'utilisation de métoclopramide est possible chez une femme qui allaite.

Les effets secondaires possibles sont une somnolence, de la fatigue, une diarrhée, mais le plus souvent ils ne nécessitent pas l'arrêt du traitement, même s'ils sont nettement plus fréquents qu'avec la dompéridone.

Le traitement devrait être stoppé en cas de survenue d'un des rares effets secondaires extrapyramidaux, tels qu'insomnie, céphalées, confusion, vertiges, dépression, anxiété ou agitation. Les réactions dystoniques aiguës sont rares (<0,5 %) et pourront nécessiter un traitement par un antihistaminique utilisable pendant l'allaitement. Le métoclopramide ne devrait pas être utilisé chez les femmes qui souffrent d'épilepsie ou qui prennent des anti-épileptiques, ont des antécédents de dépression ou sont sous antidépresseurs, souffrent d'un phéochromocytome ou d'une hypertension non contrôlée, ont une hémorragie ou une obstruction mécanique gastro-intestinale, ou qui ont présenté une hypersensibilité au métoclopramide.

Le métoclopramide est classé sur la liste I des substances vénéneuses, il n'est donc disponible que sur ordonnance. La posologie habituelle est de 30 à 45 mg/jour en 3 à 4 prises, avec une réponse dose-dépendante jusqu'à 45 mg/jour. Il est habituellement

utilisé pendant 7 à 14 jours à cette posologie, avec diminution progressive de la dose sur 5-7 jours. Une plus longue durée d'utilisation peut être associée à une augmentation de l'incidence des dépressions. Occasionnellement, la sécrétion lactée maternelle peut baisser à nouveau si la posologie est abaissée; dans ce cas, le traitement sera poursuivi à la dose minimale efficace pendant plus longtemps. Certains spécialistes préconisent une augmentation progressive de la posologie lorsqu'on commence le traitement.

II.A.2.d.4. Le sulpiride [98]

Le sulpiride (Dogmatil®, Synédil®) est un neuroleptique. Il agit comme galactogène en augmentant la sécrétion de prolactin-releasing hormone par l'hypothalamus.

Les effets secondaires possibles chez la mère peuvent inclure les effets extrapyramidaux décrits ci-dessus pour le métoclopramide, ainsi qu'une prise de poids, et font qu'il n'est plus guère utilisé dans cette indication.

II.A.2.d.5. La chlorpromazine [98]

Les psychiatres avaient constaté depuis longtemps la survenue d'une galactorrhée chez les personnes traitées par chlorpromazine (Largactil®, un autre neuroleptique), tant chez les hommes que chez les femmes.

Des effets extrapyramidaux sont possibles. Elle est fortement liée aux protéines plasmatiques (95-98 %); toutefois, son métabolisme est très variable suivant les individus. Elle a de fréquents effets secondaires, qui la rendent difficilement utilisable pour augmenter la lactation.

II.A.2.d.6. La somatropine [98]

La somatropine ou hormone de croissance humaine, est synthétisée par les cellules somatotropes de l'hypophyse antérieure. Elle est connue pour son impact sur la lactation chez de nombreuses espèces.

L'utilité comme galactogogue de ce produit coûteux, et dont l'administration doit se faire par injection, semble limitée.

II.A.2.d.7. L'ocytocine [98]

L'ocytocine (Syntocinon®) est responsable du réflexe d'éjection. On pense que cette hormone augmente la pression intra-mammaire. Elle n'est pas utilisée pour augmenter la sécrétion lactée, mais pour faciliter l'éjection du lait.

Diverses études se sont penchées sur l'impact d'un spray nasal d'ocytocine chez des mères de prématurés qui devaient tirer leur lait. Les mères qui utilisaient le spray nasal d'ocytocine avant de commencer à tirer leur lait tiraient, à J2 et J5, 3 à 5 fois plus de lait que les mères qui utilisaient un spray nasal de placebo dans une étude.

Toutefois, une autre étude n'a retrouvé aucune différence dans la quantité de lait obtenue par les mères utilisant le spray nasal d'ocytocine par rapport aux mères utilisant le placebo. Les auteurs n'ont retrouvé aucune différence significative dans la composition du lait entre les deux groupes.

Aucun effet secondaire n'a été rapporté. L'ocytocine est commercialisée en France uniquement sous forme injectable. Il est cependant possible de verser le contenu d'une ampoule injectable sur un sucre, que la mère pourra laisser fondre dans sa bouche.

II.A.2.d.8. Les spécialités homéopathiques [98][100][81]

Il n'existe pas d'études médicales évaluant leur efficacité. Elles ont l'avantage de n'induire aucun effet iatrogène.

Pour favoriser la montée de lait, on peut associer:

- Agnus castus 4 ou 5 CH, 5 granules 2 fois par jour;
- Ricinus 3 DH, 10 gouttes 3 fois par jour ou en 4 ou 5 CH (à l'inverse à haute dilution, il coupe la sécrétion lactée);
- Pulsatilla 5 CH, 5 granules 1 ou 2 fois par jour.

Certains médicaments homéopathiques sont de fidèles galactagogues:

- Lac caninum 5 CH;
- Galega officinalis TM;
- Calcarea carbonica 5 CH (attention, en 9 CH, on obtient l'effet inverse);
- Urtica urens 4 CH (en cas d'engorgement douloureux concomitant);
- Asa foetida 5 à 9 CH (nervosité, hypersensibilité, spasmodicité).

Une consultation avec un spécialiste sera nécessaire pour trouver le traitement le plus adapté à la mère.

Quand la lactation est plus anarchique qu'insuffisante, Lac caninum 9 CH et/ou Ricinus 9 CH permettront de réguler la prolactine.

Dans tous les cas la prescription peut être accompagnée de Glandes mammaires, 5 granules 1 fois par jour, à la dilution adéquate: en 5 CH pour stimuler, en 9 CH pour réguler (en 15 ou 30 CH pour freiner).

L'ordonnance doit bien spécifier « espacement et arrêt des médicaments dès amélioration », sous peine de se retrouver en situation d'engorgement.

II.A.2.d.9. Les plantes médicinales [98]

De tous temps et dans tous les pays, les femmes ont cherché à augmenter leur sécrétion lactée par la consommation de diverses plantes (fenugrec, fenouil, anis, angélique, galéga...). Il n'existe que très peu d'études portant sur ces plantes, et l'impact réel de bon nombre d'entre elles est inconnu, ainsi que leur mode d'action. On ne peut donc exclure de risque à leur utilisation. Les plantes les plus couramment qualifiées de galactogogues sont le fenugrec, le galéga, le chardon-marie, l'anis, le basilic, le chardon béni, les graines de fenouil, la guimauve.

i. Le fenugrec [98][100]

Lorsque la mère absorbe du fenugrec (*Trigonella foenum graecum*), l'augmentation de la sécrétion lactée semble être dose-dépendante, et il sera souvent nécessaire de trouver par tâtonnements la dose adéquate pour permettre à la mère d'augmenter sa sécrétion lactée à un niveau suffisant sans être excessif. La dose couramment utilisée est de 1 à 4 gélules de plante broyée 3 à 4 fois par jour (3 à 4 g/jour de plante séchée), quoique, comme pour toutes les plantes, il n'y ait pas de dosage standard. Les mères qui induisent une lactation ou une relactation auront besoin des dosages les plus élevés. Tant que la mère ne sent pas l'odeur caractéristique de « sirop d'érable » du fenugrec sur sa peau, la dose est insuffisante.

Une alternative est de boire 3 fois par jour une tasse de tisane faite avec 1/4 de cuillère à café de graines infusées pendant 10 min dans 225 mL d'eau (le goût est assez désagréable).

Il faut compter 1 à 3 jours pour apprécier l'impact du fenugrec.

Il n'a guère été rapporté d'effet iatrogène autre qu'un léger effet laxatif à hautes doses chez certaines femmes.

Il doit être utilisé avec beaucoup de précautions chez les personnes asthmatiques ou allergiques.

ii. Autres plantes [98][100]

Le galéga (*Galega officinalis*) est connu depuis la Renaissance pour son effet galactogène. Il est habituellement utilisé sous forme de tisane (1 cuillère à café de feuilles séchées infusées pendant 10 min dans 225 mL d'eau), prise 3 fois par jour. A doses élevées, le galéga est toxique, voire mortel.

L'anis vert (*Pimpinella anisum*) et **étoilé** (*Illicium verum*) sont aussi connus depuis des siècles; ils ont de plus la réputation de donner au lait un goût agréable, et de calmer les coliques du bébé allaité; certaines mères sont satisfaites des pastilles à l'anis (Vichy). L'action lactogénique de l'anis est attribuée à l'anéthol qui exerce un antagonisme compétitif sur les récepteurs de la dopamine. 1 à 5 g de fruits écrasés répartis en plusieurs prises par jour peuvent être pris en infusion.

Le fenouil (*Foeniculum vulgare*) et **le cumin** (*Cuminum cyminum*) ont aussi été conseillés pour augmenter la sécrétion lactée (semence et graines).

Le chardon-marie (*Silybum marianum*) est utilisé depuis longtemps en Europe. Elle est utilisée sous forme de tisane (1 cuillère à café de graines écrasées infusées pendant 10 min dans 225 mL d'eau) à prendre 2 à 3 fois par jour.

Le carvi est connu depuis l'antiquité et est considéré, compte tenu de la richesse en carvone de l'essence, comme galactogogue. Actuellement les infusions de carvi sont toujours utilisées. Utilisé comme condiment, le carvi ne présente aucun risque de toxicité, mais l'absorption de grandes quantités d'extraits ou d'huile essentielle peut être à l'origine de néphrites. La posologie recommandée est de 1,5 g en infusion, 2 à 3 fois par jour.

Les chinois utilisaient traditionnellement le rhizome d'acore (*Acorus calamus*) comme galactogogue. Cependant, compte tenu de l'importante toxicité de la plante et du peu d'informations sur la réelle efficacité de la plante, il est tout à fait déconseillé d'en consommer pendant l'allaitement.

Les racines et les diakènes de l'aneth odorant (*Anethum graveolens*) sont considérés comme galactogogues. Mais il existe trop peu de données scientifiques pour le recommander.

La bourrache posséderait des propriétés galactogogues mais elle ne devrait pas être utilisée pendant l'allaitement du fait du manque de données sur la toxicité et de la présence de composés pyrrolizidiniques hépatotoxiques.

Le houblon ne stimule pas la lactation. Les propriétés galactogogues de la bière ont longtemps été attribuées au houblon. Or ses seules propriétés qui peuvent être utiles dans des tisanes d'allaitement sont des propriétés sédatives, la relaxation étant favorable à la lactation.

La marque WELEDA propose une Tisane Allaitement composée d'un mélange de plantes: graines de fenugrec biologique, fruits d'anis biologique, fruits de fenouil biologique, fruits de carvi biologique, feuilles de verveine citronnelle biologique.

Il existe aussi chez Sanoflore® Maman Bio Tisane Bio Allaitement (semence de coriandre, semence de fenouil, racine de réglisse, feuille de verveine, fleur de camomille matricaire ou camomille sauvage), chez Dayang® Infusion BIO Allaitement (graine de fenouil, graine d'anis vert, graine de cumin, graine de fenugrec), chez Vitaflor® BIO Tisane Allaitement (graines de fenugrec, d'anis, de carvi, de fenouil, feuilles de verveine).

iii. Le galactogil [100]

Sous forme de granulés, il contient du Galéga (partie aérienne fleurie, extrait sec aqueux), du Malt (extrait sirupeux), du phosphate tricalcique, de l'essence de Cumin, de l'essence de Fenouil doux, du saccharose, et de la vanilline.

Le malt a comme le Galéga des propriétés galactogogues. La vanilline donne un goût au lait réputé être apprécié des nourrissons.

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'excès de calcium dans le sang ou dans les urines, avec ou sans lithiase. En raison de la présence de calcium, il faut respecter un intervalle de 2 heures entre la prise de ce médicament et celle des cyclines et des bisphosphonates (diminution de l'absorption digestive, de la vitamine D).

Les granulés doivent être pris avant les repas, secs ou délayés dans un verre d'eau, de lait ou de tisane, à la posologie de 1 ou 2 cuillères à soupe (1 cuillère à soupe contient 10 g de granulés), 3 fois par jour, pendant plusieurs semaines.

En raison de la présence de saccharose (9 g /10 g, soit 9 g par cuillère à soupe), des précautions d'emploi sont à prendre en cas de diabète ou de régime hypoglucidique.

Il n'a aucune toxicité. Son efficacité reste cependant contestable mais il agit certainement comme soutien psychologique.

II.A.2.d.10. La bière [98]

La bière est traditionnellement reconnue comme possédant un pouvoir lactogène.

Une étude a permis de constater que cet effet serait dû à la présence du malt d'orge qui contient des bêta-glucanes stimulant la sécrétion de prolactine au niveau de l'hypophyse.

La consommation de bière n'est pas recommandée en raison de la présence d'alcool (impact négatif sur le réflexe d'éjection, baisse de la quantité ingérée par l'enfant et goût de l'alcool dans le lait). Mais les auteurs de cette étude recommandaient à la mère d'absorber une à plusieurs fois par jour, plusieurs centaines de mL de bière sans alcool riche en malt.

On peut aussi conseiller la consommation régulière de produits comme le Tonimalt® ou l'Ovomaltine®.

II.A.2.d.11. La carotte et le quinoa [100]

La carotte et le quinoa sont réputés comme possédant des vertus galactogogues.

II.A.2.e. Conclusion [42][73]

L'aide à la résolution des insuffisances de lait ne peut pas toujours empêcher un arrêt de l'allaitement. Il est avant tout essentiel de trouver des solutions respectueuses des différences et des diversités, en évitant la confrontation entre la rationalité de la dimension biomédicale de l'allaitement et le vécu des mères dans un environnement souvent insuffisamment soutenant. La majorité des arrêts d'allaitement liés à un problème d'insuffisance de lait est cependant évitable. La prévention reste la meilleure approche de ce problème. Elle consiste à mettre en place dès la maternité un environnement favorable au démarrage de l'allaitement et à dépister les situations à risques qui doivent bénéficier d'un suivi spécialisé. L'efficacité d'un soutien après la sortie sur la poursuite de l'allaitement est démontrée mais cela nécessite la formation spécifique de tous les acteurs impliqués dans le suivi des mères et des nourrissons.

La prise en charge à l'officine d'une insuffisance de lait est complexe à réaliser, la figure suivante résume les informations précédentes sous la forme d'un arbre décisionnel:

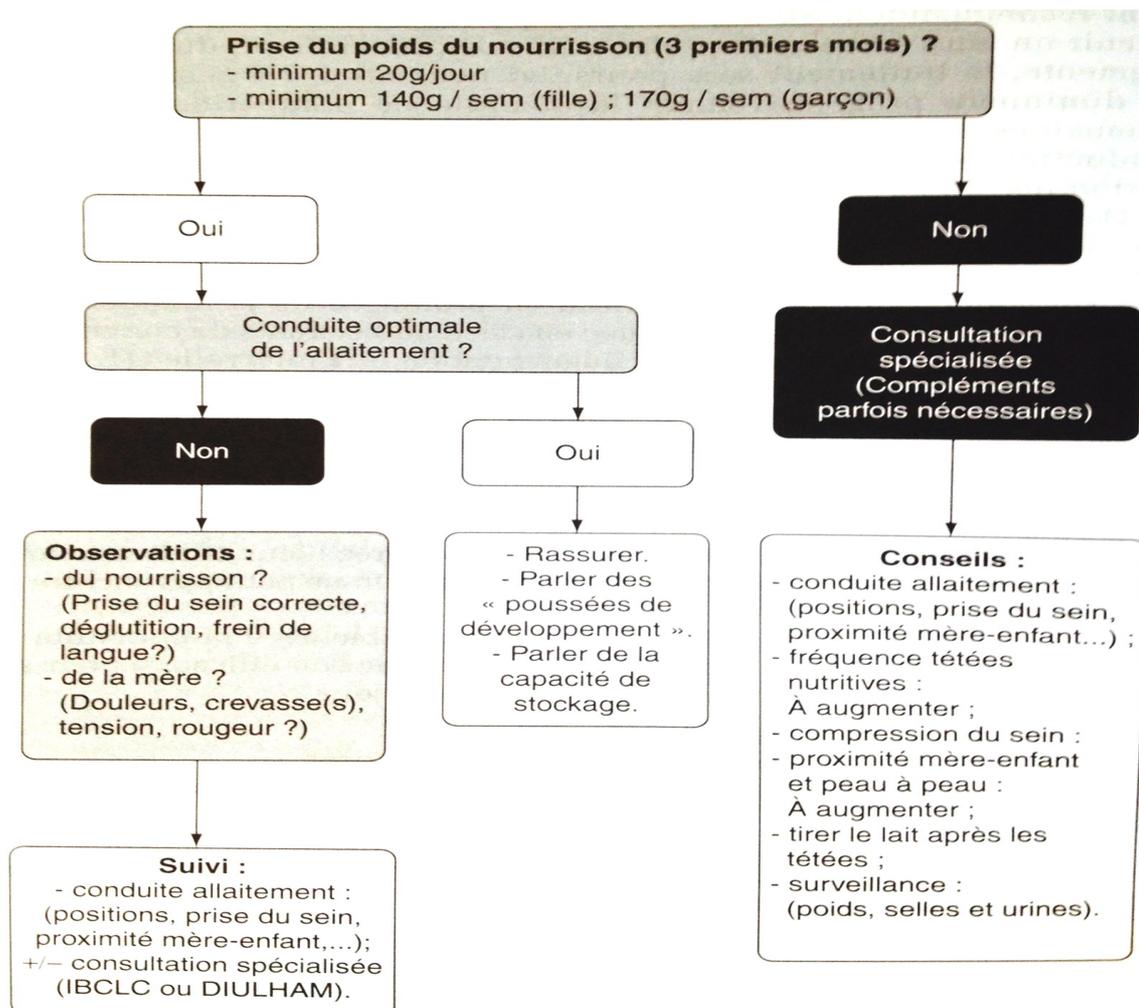


Figure 42: Arbre décisionnel de la prise en charge d'une insuffisance de lait [73]

II.A.3. Le point sur l'utilisation de compléments

II.A.3.a. Indication des compléments et état de leur consommation [50]

L'allaitement partiel ne devrait être proposé que sur indication médicale comme le recommandent l'OMS et la HAS.

L'abandon des compléments systématiques dans une maternité norvégienne a entraîné une perte de poids légèrement plus importante mais une reprise du poids de naissance plus rapide.

L'apport de compléments de lait artificiel est une pratique courante en maternité dont les indications ne sont pas toujours justifiées. La 6^e condition pour le succès de l'allaitement maternel d'après l'OMS (« Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale ») est une des conditions les plus difficiles à remplir pour l'obtention du label « hôpital ami des bébés » (IHAB).

Une étude a été réalisée à la maternité du centre hospitalier universitaire (CHU) de Tours entre le 23 mars 2010 et le 22 mai 2010. Au total, 281 nouveau-nés allaités exclusivement au sein ont été inclus dans l'étude. Parmi eux, 35 % avaient reçu des compléments pendant leur séjour en maternité. Ce taux est élevé. Le pourcentage de nouveau-nés allaités recevant un complément dans les maternités est mal connu en France. Au CHU de Brest, en 2005, 20 % des nouveau-nés avaient reçu des compléments malgré une attention particulière prêtée à l'allaitement dans cette maternité.

Tableau 17: Comparaison des enfants ayant ou non reçu des compléments [50]

	Compléments (n = 99)	Absence de compléments (n = 182)
Garçons	53,5 (53) ^a	50 (91) ^a
Âge de la mère (ans)	29,9 ± 5,5 ^b	30 ± 4,8 ^b
Primipare	61,6 (61)	44 (80)
Premier allaitement maternel	69,7 (69)	48,9 (89)
Terme (SA)	39,5 ± 1,2	39,6 ± 1,1
Accouchement		
Voie basse	67,6	81,3 (148)
Voie basse instrumentale	11,2 (11)	8,3 (15)
Césarienne	21,2 (21)	10,4 (19)
Anesthésie		
Sans	16,2 (16)	22 (40)
Péridurale	72,7 (72)	72 (131)
Rachianesthésie	8,1 (8)	6 (11)
Anesthésie générale	3 (3)	0 (0)
Hypotrophie	18,1 (18)	6,6 (12)
Perte de poids max (%)	8,2 ± 2,4	6,3 ± 1,9
Perte de poids ≥ 10 %	28,3 (28)	2,2 (4)
Jour de la perte de poids max	2,4 ± 0,8	2 ± 0,6
Lait maternel tiré	43,4 (43)	4,4 (8)
Alimentation à la sortie		
Allaitement maternel	79,8 (79)	91,7 (167)
Allaitement partiel	10,1 (10)	0 (0)
Préparation pour nourrisson	10,1 (10)	8,2 (15)
Durée de séjour (j)	6,2 ± 1,2	5,3 ± 0,6

^a Effectifs %, (n).^b Moyenne (± écart-type).

Les nouveau-nés de petit poids, nés par césarienne, de mère primipare, ou ceux dont les mères n'avaient jamais allaité, étaient plus souvent concernés. Il n'y avait pas de différence significative pour le nombre d'arrêts d'allaitement maternel entre les 2 groupes mais il y avait plus d'allaitement exclusif à la sortie dans le groupe sans compléments.

Tableau 18: Indication des compléments [50]

Indication des compléments	1 seule indication n = 47	Plusieurs indications n = 42	Total n = 89
Perte de poids > 7 % avec déshydratation et/ou ictère	23,4 (11) ^a	59,5 (25)	10,4 (36)
Nouveau-né affamé	21,3 (10)	57,1 (24)	38,2 (34)
Hypoglycémie	19,1 (9)	23,8 (10)	21,3 (19)
Ne prend pas le sein	14,9 (7)	42,8 (18)	28 (25)
Tétées douloureuses	6,4 (3)	11,9 (5)	8,9 (8)
Demande de la mère	4 (1)	7,1 (3)	4,5 (4)
Retard à la montée de lait	0 (0)	16,6 (7)	7,8 (7)
Autres	12,7 (6)	9,5 (5)	11,2 (10)
Indications médicales	53,2 (25)	90,4 (38)	70,8 (63)

^a Effectifs %, (n).

Chez 10 nouveau-nés, aucune raison n'avait été notée. Dans 30 % des cas, le recours aux compléments ne correspondait pas aux critères définis comme indications médicales à l'utilisation des compléments.

Les indications médicales liées à la mère étaient définies par:

- **un retard à l'établissement de la lactation;**
- **des tétées douloureuses;**
- **les affections maternelles contre-indiquant l'allaitement.**

Les indications médicales liées au nouveau-né étaient:

- **l'hypoglycémie ne répondant pas à l'AM (définie par une glycémie inférieure à 2 mmol/L jusqu'à la 4^e h incluse et inférieure à 2,6 mmol/L après la 4^e h);**
- **la perte de poids associée à des signes de déshydratation ou un ictère;**
- **la perte de poids excessive (définie par une perte de poids supérieure ou égale à 10 % du poids de naissance [PN]).**

Dans la littérature, sont aussi cités comme indication médicale à l'utilisation de compléments le **retard de croissance intra-utérine, une maladie métabolique chez l'enfant** (galactosémie, par exemple) **et la prise de médicaments dont la balance bénéfices-risques est défavorable à l'allaitement.**

La séparation mère-enfant est aussi une indication à l'utilisation de compléments (mère ou nouveau-né hospitalisés, par exemple), ainsi qu'une **insuffisance de lait documentée.**

Peu d'études ont évalué les motifs qui incitent le personnel à proposer des compléments en maternité pour les nouveau-nés allaités. Les chercheurs Cloherty et coll. ont montré que la majorité du personnel soignant d'une maternité anglaise (sage-femme, pédiatre, puéricultrice...) désirait, en proposant des compléments, protéger la mère de l'angoisse ou de la fatigue. Les problèmes d'allaitement (enfant somnolent ou refusant le sein, mamelon douloureux), le comportement de l'enfant (pleurs importants, semblant affamé), et la fatigue maternelle ont été relevés comme motif fréquent des compléments.

Dans cette étude, la principale indication invoquée était la perte de poids excessive.

Une autre raison souvent invoquée dans l'utilisation des compléments est l'observation de pleurs ou d'un comportement « affamé ». Dix enfants avaient reçu des compléments pour ce seul motif dans cette étude. Les pleurs sont sources de stress pour les mères et les soignants pensent qu'il faut vite calmer l'enfant pour ne pas inquiéter davantage les mères. Ainsi le manque de disponibilité, ou plutôt la facilité de donner un complément au lieu d'aider une maman à allaiter son nouveau-né ou à accepter ses pleurs surtout la nuit sont des causes d'utilisations trop nombreuses de compléments.

Les compléments sont également donnés lorsque le nouveau-né ne tète pas correctement au sein. Dans cette étude, 25 nouveau-nés (28 %) avaient reçu des compléments car il ne prenaient pas bien le sein. Le comportement du nouveau-né au sein a été analysé dans 2 études à l'aide de l'échelle de comportement Infant Brest-feeding Assessment Tool (IBFAT): les nouveau-nés avaient un comportement non optimal au sein (CNOS) le premier jour respectivement dans 33,9 % et 49 % des cas. Le CNOS était associé à la primiparité et à l'usage des compléments ainsi qu'au travail prolongé et à l'état du nouveau-né à la naissance.

L'influence des compléments sur le devenir de l'allaitement à 1 mois ou à 3 mois n'a pas été étudiée ici. La mère peut perdre confiance en sa capacité à allaiter, notamment si les compléments sont utilisés en cas de pleurs.

Un effort de prise en charge des couples mère-bébé plus à risque de difficulté d'allaitement est souhaitable pendant le séjour en maternité et à la sortie, afin d'éviter une introduction injustifiée des compléments, pratique qui peut avoir un effet néfaste sur la durée de l'allaitement maternel.

II.A.3.b. Pourquoi ne faut-il pas conseiller de biberons de compléments en dehors de ces indications? ^{[73][9][67]} [132]

Lorsque la prise de poids est acceptable, les biberons de compléments sont souvent inutiles et mettent en danger l'allaitement.

La production de lait s'adaptant à la demande efficace du nourrisson, introduire du lait sans qu'il y ait de tétée provoque une diminution de la fréquence des tétées et donc une baisse notable de la lactation. Si cette pratique a lieu pendant la période de calibrage, elle aura un impact négatif sur la mise en route de la lactation chez la mère et compromettra peut-être définitivement le bon déroulement de son allaitement.

Le tableau permet d'observer les diminutions de quantité de lait maternel produites par les mères lors de l'introduction de compléments de lait industriel.

Tableau 19: Production moyenne de lait (g/jour) en fonction de l'âge de l'enfant [132]

	Age de l'enfant (mois)				
	0-2	3-5	6-8	9-11	12-23
Allaitement exclusif					
Pays industrialisés	710	787	803	900	
Pays en voie de développement	714	784	776		
Allaitement partiel					
Pays industrialisés	640	687	592	436	448
Pays en voie de développement	617	663	660	616	549

Environ 35 à 44 % des mères ont une sensation d'insuffisance de lait. De nombreuses études ont montré que cette perspective est corrélée à une baisse du

taux d'allaitement exclusif. Avant le sevrage, beaucoup de mères pratiquent un allaitement partiel en réponse à une impression d'insuffisance de lait, ce qui aggrave le problème.

Aussi, le remplacement des tétées par un complément peut engendrer un engorgement, ce qui ajoute une nouvelle complication à l'allaitement.

Par ailleurs, le fait qu'un enfant allaité reçoive parfois du lait au biberon peut-être délétère pour la poursuite de l'allaitement. Les techniques d'alimentation au sein et au biberon sont totalement différentes sur de nombreux points.

Tableau 20: Différences entre l'alimentation au sein et au biberon [73]

	Sein	Tétine	Conséquences
Position globale	<ul style="list-style-type: none"> • Enfant tourné vers sa mère • Alternance droite/gauche dans les bras de la mère 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfant orienté ventre vers le ciel • Peu de variations de positions, pas d'alternance droite/gauche • Moins de protrusion de la langue et de la mandibule (figure 1.26) 	Stimulations visuelles différentes selon le type d'alimentation
Position de la langue	<ul style="list-style-type: none"> • Écoulement du lait déclenché par l'action de la bouche du nourrisson • Peu de déglutition d'air • Dépression intrabuccale indispensable 	<ul style="list-style-type: none"> • Écoulement du lait peu lié à la position de la langue mais très lié à la pesanteur et à l'entrée d'air dans le biberon • Nombreuses déglutitions d'air • Dépression intrabuccale non indispensable 	<ul style="list-style-type: none"> • Habitudes différentes dans le positionnement de la langue et alternance entre les deux méthodes de succion parfois difficile pour les nourrissons (figures 1.25 et 1.26)
Flot de lait et déglutition de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Flot de lait contrôlé par l'enfant • Délai de « succion à vide » nécessaire avant l'arrivée du lait • Débit variable • Apprentissage de la respiration nasale • Bonne coordination « succion/déglutition/respiration » 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté de contrôle du flot de lait • Arrivée immédiate du lait • Débit relativement constant • Coordination « succion/déglutition/respiration » parfois difficile 	<ul style="list-style-type: none"> • Certains enfants préfèrent un débit de lait immédiat et constant. Ce risque de préférence est plus important si la mère a un faible débit de lait • La stabilité physiologique de certains nourrissons est moins bonne lorsqu'ils sont nourris au biberon
Habitudes alimentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Quantités de lait ingérées adaptées à la faim de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> • Volumes ingérés importants et souvent supérieurs aux réels besoins des nourrissons 	<ul style="list-style-type: none"> • Les enfants nourris au biberon risquent de s'habituer dès leur plus jeune âge à manger en grandes quantités
Stimuli	<ul style="list-style-type: none"> • Stimulations variables en fonction du flot de lait et de la forme du mamelon • Utilisation de nombreux muscles faciaux 	<ul style="list-style-type: none"> • La tétine stimule beaucoup l'enfant • Activité musculaire du visage moins sollicitée 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés possibles lors du retour au sein après une alimentation au biberon (+++ chez les enfants hypotoniques ou prématurés) • Développement buccofacial différent

Cependant, lorsque la production du lait est bien établie avec un bébé qui sait téter, donner un biberon ponctuellement en cas d'absence ne pose pas de problème.

Comme pour le biberon, la succion d'une tétine est très différente de la succion au sein: elle peut donc compromettre la mise en route de l'allaitement.

Les compléments de lait artificiel peuvent aussi présenter les risques suivants:

- modification de la flore intestinale du nouveau-né: en effet, le lait maternel facilite le développement d'une flore intestinale acide peu favorable au développement de germes pathogènes. Ce que ne peuvent réaliser complètement les laits artificiels, qui donnent lieu à une colonisation de la muqueuse de l'intestin par des bactéries potentiellement pathogènes.
- La première colonisation bactérienne de l'intestin stérile joue un rôle essentiel.

Les premiers germes s'installent comme hôtes définitifs au détriment des autres colonisations ultérieures. La qualité de cette première flore est de première importance puisque c'est elle qui conditionnerait le type de flore ultérieure.

Un seul complément modifie la flore intestinale pendant plusieurs jours;

- sensibilisation du système immunitaire: le complément de lait artificiel, donné à proximité de la naissance, peut jouer un rôle sensibilisateur si le terrain est allergique et induire une allergie aux protéines du lait de vache. Il est utile de noter dans un carnet de santé de l'enfant les compléments qu'il a reçus, ne serait-ce qu'une seule fois;
- surcharge rénale;
- perturbation du contrôle des sensations de la satiété engendrant un risque d'obésité ultérieure;
- impact psychologique: la mère peut en arriver à douter de sa capacité à nourrir son bébé;
- mauvais conditionnement des habitudes du bébé: il « attend son complément ».

II.A.3.c. Si un complément s'avère indispensable [91] [101][97][91]

Le premier choix est le lait de la mère qu'elle tirera après chaque tétée, vient ensuite, si la mère le préfère, ou si elle n'a pas assez de lait, l'utilisation d'un lait industriel.

Quelle que soit la nature des compléments donnés, il sera conseillé à la mère:

- d'allaiter son bébé avant de lui donner le complément. L'idéal est le lait de la mère, tiré après les tétées (il est alors très riche en graisses et en calories). En l'absence de prise du sein, la lactation doit être maintenue par une expression régulière du lait, durant environ 100 minutes par 24 heures ;
- de donner le complément autrement qu'au biberon: la meilleure solution est le DAL, sinon, tasse, tasse à bec avec valve, cuillère spéciale dont le manche comporte un réservoir (Softcup® de Medela), alimentation au doigt...;



Figure 43:
DAL
aventurelactation.files.wordpress.com



Figure 44:
alimentation
au doigt
<http://www.allaitement-jumeaux.com>



Figure 45:
Softcup
<http://www.bebe-aux-naturel.com/>

- de proposer les compléments, en fréquence et en quantité, en fonction du comportement et de l'état de son bébé, et non systématiquement à chaque tétée. On commencera avec une quantité totale de 50 mL/Kg/jour, par fractions de 5 à 10 mL 8 à 12 fois par jour après les tétées. Si des quantités importantes de compléments sont nécessaires, il est préférable de proposer ces compléments fréquemment et en petites quantités (parallèlement à des tétées fréquentes). Puis les diminuer progressivement, parallèlement à l'augmentation de la sécrétion lactée, en surveillant le nombre de couches mouillées et les selles au jour le jour.

Généralement, il est inutile et stressant de peser le bébé tous les jours, et plus encore avant et après chaque tétée. Une pesée une à trois fois par semaine, toujours à la même heure, dans les mêmes conditions et sur la même balance sera suffisante. Par contre, il sera TRES IMPORTANT que la mère tienne un « journal de bord » jusqu'à règlement du problème. La mère notera au jour le jour les horaires et durées des tétées, la nature et la quantité des compléments éventuellement donnés, le nombre de couches mouillées avec appréciation au poids des urines (à l'aide de croix par exemple), le nombre, l'abondance et la consistance des selles. Elle pourra aussi noter tout changement ou anomalie du comportement du bébé (vomissements, diarrhée...).

II.A.3.c.1. Le Dispositif d'Aide à la Lactation [79]

Si la mère est suffisamment motivée, utiliser un DAL sur le sein est la meilleure façon de donner les compléments lorsque l'enfant tète efficacement mais que la sécrétion lactée maternelle est basse:

- le bébé continue de recevoir le lait de sa mère;
- le bébé ne refusera pas le sein;
- l'allaitement, c'est aussi plus que le lait maternel;
- l'enfant est nourri en une seule fois, et il stimule les seins;
- les bébés apprennent à téter au sein en tétant au sein;
- les mamans apprennent à allaiter en allaitant.

Le DAL c'est d'abord un récipient, habituellement un biberon dont on a élargi le trou de la tétine pour y passer un fin tube de gavage lorsqu'il est « fait maison ». Il existe aussi des dispositifs d'aide à l'allaitement commerciaux, plus faciles à utiliser dans certaines situations (bébés plus âgés, pour la supplémentation de jumeaux, pour la supplémentation à long terme ou lorsque le dispositif maison ne fonctionne pas), le seul disponible en France est celui de la marque Medela® (27 euros environ).

Utilisation d'un DAL maison:

1. On peut commencer par mettre le bébé au sein, puis glisser le tube dans sa bouche au bon moment (après qu'il aura tété au moins une fois de chaque côté). Plus la prise du sein par le bébé est bonne, plus il reçoit de lait maternel, plus l'utilisation du dispositif est facile et plus la durée pendant laquelle la supplémentation sera nécessaire sera courte. Tirer doucement le sein de manière à voir le coin de la bouche du bébé. Tenir le tube entre le pouce et l'index et le glisser dans la bouche du bébé, en le dirigeant directement vers le fond de la bouche et vers le palais. On sait que le tube est bien inséré lorsqu'on voit le liquide y circuler rapidement. En général, on n'a pas à remplir le tube de liquide avant de l'insérer dans la bouche du bébé.
2. On peut aussi mettre le bébé au sein, le tube étant déjà en place sur le sein.
3. Le tube peut être fixé sur le sein à l'aide d'un adhésif, si la mère le désire. Ce n'est toutefois ni réellement nécessaire, ni toujours utile.
4. Pour que l'appareil fonctionne correctement, le tube ne doit pas dépasser le bout du mamelon et ne doit que dépasser les gencives. Le dispositif semble mieux fonctionner si le tube est introduit dans le coin de la bouche du bébé et s'il entre directement dans sa bouche, par-dessus la langue. Diriger le tube vers le palais du bébé. Il peut être utile pour la mère de tenir le tube en place avec ses doigts, car certains bébés ont tendance à le repousser avec leur langue.
5. En général, le récipient contenant le supplément ne devrait pas être plus haut que la tête du bébé. Plus il est haut, plus le lait coulera vite et moins le nourrisson aura d'efforts à fournir; plus il est bas, plus l'enfant devra utiliser ses capacités pour extraire le lait. Si le dispositif fonctionne uniquement lorsque le contenant est plus haut que la tête du bébé, quelque chose ne va pas.
6. A moins d'avis contraire, il est préférable d'utiliser le dispositif à toutes les tétées, même si certaines mères préfèrent cependant ne pas s'en servir la nuit. Il est préférable de donner 8 suppléments de 30 mL par tétée que 2 gros suppléments de 120 mL chacun.
7. Le bébé ne devrait pas mettre une heure pour boire 30 mL de lait provenant du dispositif. Si c'est si long, le tube n'est probablement pas bien placé ou le bébé est mal mis au sein, ou les deux. Quand le dispositif fonctionne correctement, il faut tout au plus 15 à 20 minutes pour que le bébé prenne 30 mL de supplément.
8. Porter une chemise avec une poche et glisser le récipient dans la poche.

Après avoir utilisé le dispositif, nettoyer le récipient et la tétine à l'eau savonneuse. Ne pas faire bouillir le tube: le vider, le rincer à l'eau chaude (aspirer l'eau chaude d'une tasse), puis le suspendre pour sécher.

Le sevrage peut prendre plusieurs semaines ou très peu de temps. Ne pas se décourager, et ne pas essayer de forcer le sevrage. En général, la quantité de lait nécessaire à la supplémentation augmente durant les 1-2 premières semaines, se stabilise pendant une période de temps variable, puis diminue. L'ensemble du processus prend entre deux et huit semaines, mais certaines mères ont utilisé le dispositif uniquement pour quelques jours alors que d'autres ont dû continuer à l'utiliser pendant toute la durée de leur allaitement. Une amélioration rapide suit parfois une longue période sans changement.

Dans certains cas, il sera utile de peser l'enfant avant et après chaque tétée afin d'apprécier ses apports (prématuré par exemple). Cela nécessite une balance électronique de haute précision, de respecter un protocole strict pour les pesées, d'utiliser la balance pendant au moins plusieurs jours pour avoir une bonne idée générale de l'évolution.

II.A.3.c.2. Alimentation à la tasse [73][69]

Cette technique demande beaucoup de temps et le volume de lait perdu est important.

Le bébé doit être tenu verticalement, le récipient, posé légèrement sur sa lèvre inférieure, doit être plein afin que le bébé vienne laper le lait (ne pas verser le lait pour éviter une fausse route).

Les tasses ou gobelets pour bébé peuvent être vendus en pharmacie. Le laboratoire Medela commercialise un « biberon-tasse », disponible aussi en pharmacie, appelée Softcup®. Il est muni d'un embout buccal souple en forme de demi-cylindre. Cet embout doit être posé délicatement sur la lèvre inférieure de l'enfant et le débit de lait est régulé par l'adulte grâce à une pression sur les côtés du demi-cylindre. Ce dispositif est assez onéreux (25 à 30 euros).

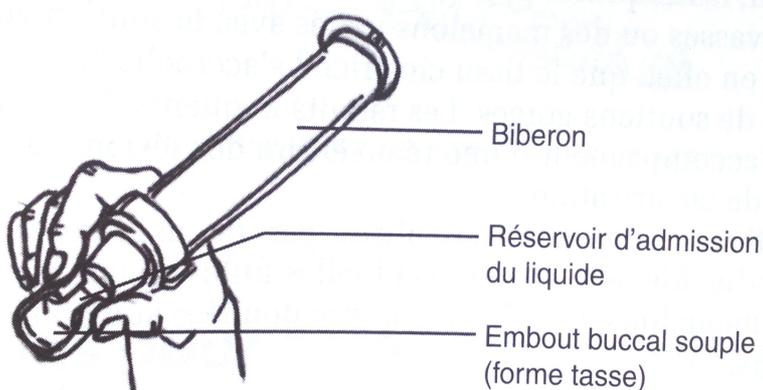


Figure 46: Biberon-tasse Softcup® du laboratoire Medela [73]

II.A.3.c.3. Alimentation au doigt [79][73]

Son but premier est d'aider un bébé qui refuse le sein, cette méthode doit être utilisée si le recours au DAL ou à la tasse sont impossibles.

L'alimentation au doigt ressemble plus à l'allaitement que l'alimentation au biberon. En effet, pour s'alimenter au doigt, le bébé doit placer sa langue en bas et par-dessus les gencives, la bouche grande ouverte (plus le doigt est gros, mieux ce sera) et la mâchoire avancée. De plus, les mouvements de la langue et de la mâchoire sont semblables à ceux de la tétée au sein.

Voici comment procéder:

- Se laver les mains. Il est préférable que l'ongle du doigt utilisé soit coupé court.
- Se placer confortablement, et mettre le bébé à son aise. Asseoir à demi le bébé devant soi, sur les cuisses, et lui soutenir la tête d'une main derrière le cou et les épaules. En fait, toute position confortable pour soi et pour le bébé peut convenir, si elle permet de garder le doigt bien à plat dans la bouche du bébé.
- Il faut un dispositif d'aide à la lactation: tube d'alimentation (d'une taille de 5 F (French) ou 5 CH (Charrière), d'environ 1 m de long) et un biberon contenant du lait maternel ou, si nécessaire, du lait artificiel. Le tube passe dans le trou élargi de la tétine et est immergé dans le liquide.
- Placer le tube sur la partie charnue du doigt (index ou autre), l'extrémité ne dépassant pas le bout du doigt. Pour plus de facilité, prendre la partie courbée du tube entre le pouce et le majeur, puis placer l'index sous le tube. Il n'est pas nécessaire de coller le tube sur l'index.
- Chatouiller doucement la lèvre du bébé avec le doigt portant le tube et glisser doucement le doigt dans sa bouche, la partie charnue du doigt vers le palais. Garder le doigt aussi plat que possible, en appuyant sur la langue du bébé et en faisant avancer sa mâchoire inférieure. Normalement, le bébé commence à téter le doigt, et le laisse entrer assez profondément.
Le bébé n'aura pas de haut-le-cœur, même si le doigt est placé loin dans sa bouche, à moins qu'il soit repu ou qu'il soit habitué aux biberons.
Si le débit est trop lent, soulever le biberon au-dessus de la tête du bébé, mais ce ne devrait pas être nécessaire normalement.

Grâce à cette méthode, l'enfant peut exercer une succion et contrôle lui-même le débit du lait.

Si le bébé prend mal le sein, ou tète mal, c'est toujours plus difficile s'il est affamé. On peut donc calmer un peu son appétit en l'alimentant au doigt une minute ou

deux. Un fois apaisé, quand il tète bien au doigt, la mère peut offrir de nouveau le sein, et répéter le processus en cas d'échec. Cette méthode fonctionne habituellement, mais elle ne porte fruit qu'après quelques jours, parfois même une semaine ou plus.

II.A.3.c.4. Alimentation au biberon [73][102]

Lorsque le choix des parents s'oriente vers le biberon, il est important de leur rappeler la manière dont il s'utilise. En France, l'usage du biberon pour nourrir les enfants correspond à une norme culturelle. Cependant de nombreuses erreurs sont faites par les parents quant au nettoyage ou à la manière dont ils le positionnent lors du repas.

- Les biberons sont à éviter lorsque l'enfant est hypotonique ou a des troubles de succion, chez les prématurés, lorsque des difficultés anatomiques compliquent les mises au sein et lorsque la mère a un faible débit de lait.
- Il est préférable de choisir un biberon muni d'une tétine longue et d'une base large. Avec certains modèles, l'enfant ne parvient à obtenir du lait qu'avec une technique de succion proche de celle du sein. C'est le cas du biberon Calma® de Medela car le lait ne s'écoule que lorsque l'enfant crée un vide intra-buccal.

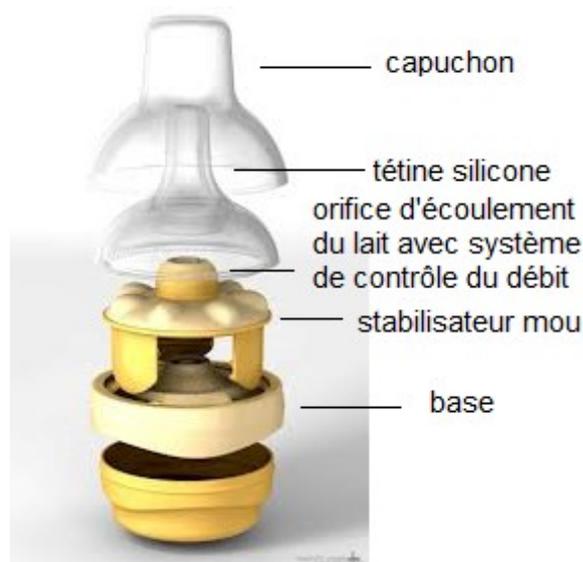


Figure 47: Tétine du biberon Calma® du laboratoire Medela [102]

Le débit de lait est régulé par l'interaction entre la dépression intrabuccale du bébé et le système de contrôle d'écoulement du lait. Les petites bosses du stabilisateur empêchent l'embout en silicone de s'affaisser et le rendent plus stable. Le biberon est ventilé via le système de ventilation, la force de vissage n'a aucun effet sur l'écoulement du lait.

- Lors du repas, le biberon se maintient à l'horizontale et la tétine doit être remplie.
- Les réactions du nourrisson doivent être observées afin d'adapter le flot de lait à ses capacités et à son niveau d'éveil.
- Il ne faut pas forcer l'enfant à terminer son biberon.

II.A.3.c.5. Alimentation solide [96][72]

Si le bébé est âgé d'au moins 5 mois, la supplémentation peut se faire par l'introduction d'aliments solides (banane écrasée, de l'avocat écrasé, de la purée de pommes de terre ou de patates douces, des céréales infantiles, autant que le bébé en prendra et après la tétée, s'il a toujours faim. Si la mère donne du lait artificiel, elle peut le mélanger à la nourriture solide.

Cependant, il faut garder à l'esprit que l'aliment de base du nourrissons avant 1 an reste bien le lait maternel (ou les laits infantiles). Il est indispensable de ne pas diminuer arbitrairement l'allaitement au moment de la diversification mais au contraire de le préserver afin de maintenir l'apport énergétique et la pérennisation de l'allaitement à haut niveau.

II.A.3.c.6. Conclusion

Une telle situation est généralement un stress majeur pour la mère. Elle pourra vivre le don de compléments comme un échec, comme le signe qu'elle ne pourra jamais réussir à allaiter son bébé, ce qui lui fera perdre totalement confiance en elle, et la stressera plus encore. Il sera donc utile d'en discuter avec elle, afin de lui expliquer que l'allaitement pourra presque toujours se poursuivre, et que ces compléments constituent une mesure temporaire destinée non à sevrer son bébé, mais à l'aider à passer un cap difficile dans les meilleures conditions possibles pour elle et pour son bébé.

II.A.4. L'engorgement

II.A.4.a. Engorgements précoces [73][76][67][103]

Un engorgement se caractérise par une tension des seins due à une accumulation de liquides dans le sein avec des difficultés importantes d'évacuation (à dissocier de la « montée de lait » des premiers jours). Il peut être attribuable à :

- une augmentation du débit sanguin dans les seins;
- une quantité de lait dans les seins supérieure à celle avalée par le nourrisson;
- une stase dans la circulation lymphatique;
- un œdème interstitiel qui lui-même aggrave le phénomène de stase.

D'une manière générale, les engorgements peuvent avoir deux prédominances différentes:

- une prédominance « stase lactée »: cela correspond à une stase de lait dans le tissu glandulaire. Elle peut se manifester dans les engorgements tardifs, les canaux lactifères obstrués et les mastites inflammatoires;
- une prédominance « stase vasculaire »: le tissu vasculaire en est l'origine. Cela correspond à une stase de sang veineux et de lymphes. Cette stase est causée par un débit artériel massif et une circulation de retour saturée. Elle est retrouvée dans les engorgements péri-aréolaires et les engorgements du post-partum précoce.

Ces problèmes peuvent, à différents degrés, être accompagnés d'œdèmes, de phénomènes inflammatoires touchant le tissu conjonctivo-graisseux, voire d'une infection (mastites et abcès du sein).

Les trois types d'engorgement par ordre croissant de gravité sont les suivants:

- engorgements aréolaires;
- engorgements du post-partum précoce;
- engorgements tardifs.

Les engorgements peuvent se produire à tout moment pendant l'allaitement. 15 % des femmes qui allaitent auront un engorgement.

II.A.4.a.1. La « montée de lait » [73][71][80]

Lors de la montée de lait, la production lactée augmente soudainement pour s'adapter aux besoins de l'enfant. A ce phénomène se superpose une importante augmentation du débit sanguin. La distension alvéolaire engendre une réaction inflammatoire dont l'intensité est très variable. Ainsi, quelques jours après la naissance de l'enfant, mais plus particulièrement entre le 3^{ème} et le 7^{ème} jour en raison de l'état hormonal spécifique de cette période, les seins peuvent enfler et devenir sensibles.

Les symptômes sont: ROUGEUR, CHALEUR, DOULEUR, GONFLEMENT et OEDÈME: il s'agit d'une inflammation (-ite), mais pas d'une infection.

Cinq degrés de symptômes peuvent être différenciés:

1. aucun changement;
2. légère augmentation du volume des seins;
3. augmentation notable du volume des seins;
4. inconfort important;
5. inconfort significatif + fièvre + douleur + gêne à l'écoulement.

Le degré 3 est physiologique. Les degrés 1 et 2 doivent être surveillés régulièrement. Dans ce cas, il est conseillé aux mères de poursuivre l'allaitement à l'éveil et de vérifier l'efficacité des tétées.

L'engorgement n'est pas systématique lors de la montée de lait; des tétées fréquentes et efficaces permettent de l'éviter.

La production de lait va s'adapter progressivement à la demande. Les taux de prolactine se stabilisent après quelques jours et la congestion disparaîtra. Les taux sanguins d'hormones diminuent après une semaine à dix jours, ensuite le sein fonctionne de façon autonome.

II.A.4.a.2. L'engorgement aréolaire [73][104] **i. Description**

Cet engorgement est très précoce: il se produit dans les 18 à 96 h qui suivent l'accouchement et apparaît dans un contexte de surperfusion ou de surhydratation, parfois encore présent lors de la montée de lait.

L'aréole est gonflée et ressemble à une tétine sur le sein, qui est encore plus ou moins souple. Un engorgement au niveau de la plaque aréolo-mamelonnaire pourra augmenter le diamètre de l'aréole, suite à la distension du tissu sous-jacent.

Le mamelon devient presque plat, voire s'inverse en cas d'engorgement sévère, ce qui rend impossible sa prise par l'enfant, d'autant que le tissu rétro-aréolaire est gonflé et durci par l'œdème et rend difficile l'éjection du lait.

Les sensations varient entre inconfort et douleur lors des tétées, ce qui les rend difficiles et peu efficaces.

Dans ce cas, le tire-lait est à utiliser avec précaution car un usage excessif ou une dépression trop élevée attire les liquides vers la région aréolaire, ce qui aggrave la situation.

ii. Traitement

- **Assouplissement par contre-pression aréolaire** (ACP) pendant 10 à 15 min.

Il agit à plusieurs niveaux:

- l'excès de liquide interstitiel est temporairement évacué en direction du système lymphatique;
- la compression déplace le lait en amont dans les canaux lactifères, ce qui aide à réduire la distension aréolaire et rend la mise au sein plus confortable. L'éjection du lait est automatiquement déclenchée par la stimulation des terminaisons nerveuses situées dans le mamelon et l'aréole, ce qui amène plus rapidement le lait au mamelon, souvent en 1 à 2 minutes.

L'œdème est ainsi temporairement refoulé, ce qui rend la tétée possible.

Si la mère a les ongles courts, elle peut appuyer avec le bout des doigts recourbés des deux mains ensemble (6 à 8 doigts), l'extrémité des ongles touchant le bord du mamelon. L'objectif est de créer un anneau de 6 à 8 « fossettes » tout autour de l'aréole à la base du mamelon. Si la manœuvre est effectuée par un professionnel de santé, la pulpe des deux pouces peut aussi être utilisée, créant de chaque côté du mamelon une contre-pression au niveau d'une zone d'environ 2,5 cm, au-dessus et au-dessous du mamelon.

La pression douce et continue, orientée vers les côtes, sera exercée pendant 60 secondes, davantage si nécessaire, en se focalisant sur la zone où l'aréole rejoint la base du mamelon. Il sera alors nécessaire de répéter la manœuvre sur les quadrants opposés pendant 60 secondes supplémentaires, en recouvrant partiellement la zone précédemment traitée, afin d'assouplir la totalité de la zone entourant la base du mamelon.

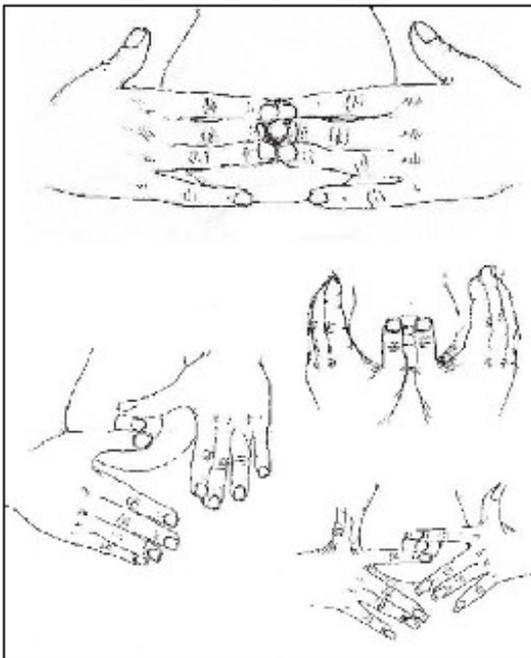


Figure 48:
Assouplissement par contre-pression aréolaire [104]

Recommencer plusieurs fois jusqu'à ce que la zone aréolaire soit suffisamment assouplie et élastique pour que l'enfant puisse la prendre en bouche facilement, et étirer le mamelon avec sa langue.

Cette pratique doit aussi être utilisée avant l'usage d'un tire-lait.

Si la mère a les ongles plus longs, ou qu'elle a des difficultés à effectuer l'ACP, il sera possible d'utiliser le bout d'une tétine en silicone pour biberon; découper la tétine en rond environ 1,5 cm derrière le bout de la tétine, et appliquer la pulpe des doigts sur cette « collerette » après avoir recouvert le mamelon avec le bout de la tétine.

L'utilisation de l'ACP doit être très prudente chez les femmes porteuses d'implants mammaires, et elle ne doit pas être utilisée si la mère souffre de mastite ou d'un canal lactifère bouché.

- **Aider le lait à s'écouler.**

Il faut revoir avec la mère l'efficacité des tétées et l'absence de limitation de l'accès au sein.

II.A.4.a.3. Les engorgements du post-partum précoce [73]

Les degrés 4 et 5 de l'engorgement sont révélateurs d'un engorgement du post-partum précoce. Les douleurs sont importantes, le volume des seins est très augmenté et accompagné de tensions et rougeurs. Il arrive que l'engorgement précoce soit associé à un engorgement aréolaire.

Certaines femmes sont sujettes aux engorgements à répétition, pour d'autres, l'engorgement fera suite à une montée de lait mal gérée ou à un allaitement à heures fixes.

L'écoulement du lait est retardé par l'engorgement car les canaux lactifères sont comprimés. La tension importante dans les seins rend les mises au sein très difficiles car l'aréole n'est pas assez souple.

Ces engorgements sont à prédominance vasculaire car ils sont liés à une stase veineuse et lymphatique engendrant un œdème interstitiel. Lorsqu'une stase lactée s'ajoute à ce problème, l'engorgement peut prendre des proportions très importantes. Les engorgements qui apparaissent à J1 ou J2 (donc avant la montée de lait) ne peuvent être dus à une stase lactée et sont donc uniquement liés à une stase vasculaire. Dans cette situation uniquement, l'usage du tire-lait est contre-indiqué car il peut aggraver l'œdème interstitiel.

II.A.4.b. Engorgements tardifs

Ces engorgements sont plus souvent rencontrés par les équipes officinales.

II.A.4.b.1. Symptômes de l'engorgement tardif [73][105]

- Apparition à distance de la « montée de lait »;
- tensions mammaires très importantes, peau des seins brillante plus ou moins inflammatoire, douleur;
- symptomatologie uni ou bilatérale;
- ± fièvre et frissons;
- gêne à l'écoulement du lait.

En pratique, la maman a l'impression d'avoir trop de lait (il coule souvent tout seul), puis un œdème se forme, à l'origine d'une hyperpression dans la glande. Les seins deviennent durs et le lait s'arrête de couler.

II.A.4.b.2. Mécanisme [104][80][106][67][73]

Entre les capillaires artériels et veineux circule le liquide interstitiel par le biais de forces osmotiques et hydrostatiques. En temps normal, 90 % du liquide interstitiel repart dans la circulation veineuse, les 10 % restants étant drainés par la circulation lymphatique (vers les ganglions axillaires). Pendant la lactation, le tissu glandulaire prélève dans le liquide interstitiel les composants du lait; ce dernier n'a qu'une porte de sortie: le mamelon. Si le lait ne sort pas, cela va retentir sur toute la circulation des fluides dans le sein.

Cette congestion douloureuse est donc due à une stase de lait. Lorsque la production de lait augmente brusquement, la quantité de lait fabriquée peut excéder la capacité de stockage des alvéoles. Si le sein n'est pas « vidé », les alvéoles sont sous pression continue et les lactocytes subissent une influence négative de cette pression. La distension des alvéoles peut léser les cellules sécrétrices, voire même les détruire.

La congestion peut bloquer partiellement ou complètement la circulation capillaire dans la glande mammaire. Les vaisseaux sanguins s'ouvrent, pour combattre cette influence et pour résorber du lait dans circulation sanguine, au moyen de la dégradation de lait.

Les capillaires sanguins et lymphatiques restent alors dilatés et contribuent à l'infiltration du tissu interstitiel. La fuite du sérum vers le milieu interstitiel augmentera l'œdème. La congestion bloquera aussi la circulation lymphatique, ce qui empêchera le drainage normal du liquide interstitiel; la circulation lymphatique participe à l'élimination des bactéries, des toxines et des déchets cellulaires. La stase généralisée favorisera les inflammations et les infections locales.

La stase lactée est donc associée à une stase vasculaire, une inflammation et des œdèmes, d'intensité variable. La tension mammaire est telle que l'aréole est difficile à prendre par le nourrisson. L'écoulement du lait est retardé et une fièvre peut être associée à ces symptômes.

L'engorgement tardif peut être dû à des erreurs de pratique: tétées à heures fixes, mauvais transfert de lait, biberons de compléments... certaines femmes ont aussi naturellement tendance à l'engorgement.

II.A.4.b.3. Facteurs favorisants [73]

- Conduite de l'allaitement favorisant l'apparition d'une stase lactée: une restriction du nombre de tétées (plus de réveils la nuit, introduction de compléments ou des solides, reprise du travail), une mauvaise position de l'enfant pendant la tétée, un enfant qui tète mal, l'utilisation de bouts de seins, et surtout le sevrage;
- les douleurs lors de l'allaitement et les crevasses;
- l'anxiété de la mère;
- hyperlactation de la mère;
- particularité anatomique maternelle: nombreux canaux lactifères coudés.

II.A.4.b.4. Risques [73][106]

- Évolution vers une mastite;
- destruction des cellules sécrétrices de lait;
- importante baisse de la synthèse lactée, parfois irréversible. La glande mammaire sécrète un facteur autocrine qui s'accumulera en raison de la stase, ce qui abaissera encore la sécrétion lactée.

II.A.4.c. Prévention [106]

La prévention repose essentiellement sur 3 facteurs:

- expression efficace du lait;
- expression complète;
- expression fréquente.

II.A.4.d. Traitement [73][69][81]

En premier lieu:

- Continuer l'allaitement;
- rechercher les facteurs favorisants: de quelle façon est conduit l'allaitement, évaluer le bébé: technique de bouche - éveil, sommeil - comportement (cris, appétit...).

Les engorgements précoces sont généralement traités à la maternité. Les engorgements tardifs nécessitent une consultation médicale. Les conseils proposés par l'équipe officinale vont consister à ne pas arrêter l'allaitement mais au contraire à augmenter la fréquence des flux d'éjection. C'est la base du traitement de l'engorgement, qui dans la majorité des cas, associé au repos, suffit. Les grandes lignes du traitement sont:

- aider le lait à s'écouler,;
- favoriser la circulation sanguine de retour;
- diminuer l'inflammation et aider l'œdème à se résorber;
- gérer la douleur;
- prévenir ou lutter contre l'infection.

II.A.4.d.1. Améliorer la circulation sanguine

- application de froid pendant 10 min entre les tétées si la maman le supporte. Attention, les compresses glacées procurent une vasoconstriction en première instance, suivie d'une vasodilatation. Il vaut mieux effectuer une application de courte durée (10-15 min) et privilégier un stimulus doux (ex.: gants de toilette froids ou coussinets apaisants et raffermissants de Avent®, poches Actipoche Allaitement de Cooper®, coussinets Therapearl de Lansinoh®). Ainsi, l'arrivée du sang est limitée et donne une chance au retour veineux;
- massage du dos;
- mouvements réguliers des épaules;
- repos allongé à plat dans un lit et adaptation du rythme de vie de la mère à celui du nourrisson;
- éviter les bains chauds;
- encourager les tétées et les expressions efficaces qui stimulent la circulation sanguine.

II.A.4.d.2. Favoriser l'écoulement de lait

- tétées efficaces et à l'éveil. Mettre l'enfant régulièrement au sein, au moins toutes les 2 heures et y compris la nuit et commencer par le sein concerné. Veiller à ce que la position soit correcte et que l'enfant prenne le mamelon et l'aréole le plus loin possible en bouche. L'idéal est la position d'allaitement où sa mâchoire inférieure pointe en direction de l'endroit douloureux. Souvent, la position en ballon de rugby aide à soulager l'engorgement, en vidant le tissu glandulaire allant jusqu'à l'aisselle. Observer une technique de succion correcte. Ainsi les seins seront bien drainés.

Lors d'un engorgement, il est indispensable que la mère allaite plusieurs fois la nuit, car la prolactine, dont le taux sanguin va conditionner la congestion mammaire, est secrétée (comme l'hormone de croissance) spontanément pendant le repos. Ainsi, vers 2 heures du matin, le taux de base de la prolactine est au maximum, et si la mère n'a pas réussi à allaiter pendant la nuit, ses seins seront encore plus engorgés le matin.

Laisser l'enfant finir le sein et effectuer une compression du sein;

- vérification avec la mère de la pratique de l'allaitement et de la reconnaissance des signes d'une tétée efficace;
- l'application de chaleur est controversée. Sa capacité à faciliter l'écoulement du lait n'a jamais été démontrée et la vasodilatation que la chaleur provoque est contre-productive. L'application de chaleur (gant de toilette humidifié avec de l'eau chaude par exemple) n'est cependant pas formellement contre-indiquée, elle peut être utilisée avec parcimonie si la mère y trouve un soulagement;
- lorsque la stase lactée est avérée, si besoin, recours à un tire-lait avant les tétées afin d'assouplir le sein (le but n'est pas de le vider). La maman peut aussi extraire un peu de lait manuellement (Voir « L'expression manuelle - Conseils »).

Penchée en avant pour favoriser l'éjection du lait par gravité, la maman commence par le sein le plus engorgé afin d'en assurer une bonne excrétion par des tétées courtes (phase aqueuse de début de la tétée) mais rapprochées et peut, pour augmenter l'efficacité de l'éjection des flux, stimuler les 2 côtés en même temps.

- Bien soutenir les seins. Mais attention, la peau ne doit pas être comprimée (intérêt d'une bonne circulation) par une mauvaise présentation du sein lors des tétées, le soutien-gorge, les vêtements ou par le portage.
- Si le lait coule en-dehors des tétées, porter une coupelle recueil-lait dans un soutien-gorge assez ample. Attention, la coupelle ne doit pas effectuer de pression sur le sein, sous peine d'aggraver la stase lactée. Elle doit être vidée et les seins séchés toutes les 2 à 3 heures. S'il n'est pas donné dans les

30 minutes au maximum, le lait recueilli doit être jeté. Les modèles munis d'un bec verseur intégré sont souvent appréciés des mères pour leur côté pratique. Ce bec doit se retrouver vers le haut lorsque la coupelle est placée dans le soutien-gorge. Les coupelles ne doivent pas être portées la nuit.



Figure 49: Coupelle recueil-lait

<http://www.parapharmadirect.com/catalog/category/allaitement/coupelle-recueil-lait>

II.A.4.d.3. Diminuer l'inflammation et traiter les douleurs

L'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) tels que l'ibuprofène ou le kétoprofène juste après la tétée peut être proposée ainsi que la prise de paracétamol 15 minutes avant de tenter de provoquer un flux. Pour résorber l'œdème, l'application de feuilles de choux changées toutes les 2 heures est parfois utilisée, mais son efficacité n'est pas scientifiquement démontrée.

En homéopathie, les souches suivantes peuvent être utiles: Phytolacca (4-7 CH: seins durs se vidant difficilement, ou 7-9 CH: engorgement mais vidange aisée), Belladonna 9 CH et Urtica urens 5 CH, 5 granules de chaque 3 fois par jour.

II.A.4.d.4. Prévenir le risque de surinfection

Les mamelons doivent être surveillés afin d'éviter qu'une crevasse devienne une porte d'entrée microbienne.

II.A.4.d.5. Faire une contre-pression aréolaire

Cette technique assouplit l'aréole lorsque l'enfant n'arrive pas à prendre le sein.

II.A.4.e. Erreurs à éviter [73]

- Bandage des seins;
- restrictions hydriques;
- non-usage du tire-lait sur une stase lactée par crainte d'augmenter la production de lait;
- port d'un soutien-gorge serré, mieux vaut privilégier les soutien-gorge sans armatures pendant l'allaitement;
- prise de diurétiques ou de laxatifs.

II.A.5. Canal lactifère bouché, mastites et abcès

II.A.5.a. Le canal lactifère bouché

II.A.5.a.1. Description [73][10]

L'obstruction du canal lactifère est due à un obstacle qui empêche l'écoulement du lait. Il y a une stase lactée en amont de cet obstacle dans un lobule ou un lobe. Une réaction inflammatoire apparaît.

La palpation permet de sentir une masse douloureuse, gonflée et ferme, souvent de la forme d'une poire, qui par la suite pourra être observée avec parfois une rougeur cutanée localisée (moins intense que lors d'une mastite). La mastite, elle, s'accompagne habituellement de fièvre. Lorsque cette masse siège à l'extrémité du mamelon, on peut observer un pore avec un bouchon qui a l'aspect d'une vésicule blanche de la taille d'une tête d'épingle, ou bien une ampoule sur le mamelon qui correspond au pore obstrué.

Pendant la période où il y a obstruction de canaux, le bébé peut s'agiter quand il tète le sein car l'écoulement de lait peut être ralenti, probablement à cause de la pression interne qui comprime d'autres canaux.

Quand l'obstruction est ancienne, une sensation de cailloux dans le sein peut être décrite par la mère.

Il peut s'agir d'un épisode unique ou chronique.

Un canal lactifère bouché ne doit pas être confondu avec un abcès du sein, qui est la conséquence d'une mastite mal soignée et qui nécessite un traitement beaucoup plus lourd.

II.A.5.a.2. Causes [73]

- **Externes:** une pression sur le sein (ceinture de sécurité, choc sur le sein, soutien-gorge mal ajusté, bretelle du porte-bébé, sac, pression d'un doigt de la mère pendant la tétée...).
- **Internes:** une stase lactée produit un épaissement du lait résiduel qui peut obstruer un ou plusieurs canaux en formant un filament épais.
- **Facteurs favorisants:**
 - consommation excessive de graisses saturées, qui engendre une floculation des graisses du lait et une obstruction des canaux;
 - présence de tissus cicatriciels suite à un traumatisme du sein (abcès, coup...)
 - présence de canaux coudés (particularités anatomiques);
 - déficit maternel en IgA.

II.A.5.a.3. Conseils [73][10]

- Poursuivre l'allaitement du côté affecté;
- drainer le sein pour essayer d'enlever l'obstacle: augmenter la fréquence des tétées efficaces et vérifier la bonne prise du sein par le nourrisson;
- porter des vêtements amples;
- appliquer de la chaleur sur le sein (la chaleur dilate les pores du mamelon) en évitant une chaleur excessive ou trop prolongée qui brûlerait la peau et faire des massages doux vers le mamelon sous la douche ou pendant la tétée;
- varier souvent de position d'allaitement pour mieux drainer chaque partie du sein, placer le bébé de sorte que son menton pointe vers la zone affectée. Ainsi, si cette zone se trouve du côté extérieur, en bas du sein (à 4 h), la position « en ballon de rugby » est à privilégier;
- si une petite ampoule se forme sur le mamelon, assouplir avant la tétée en appliquant par exemple un peu de crème compatible avec l'allaitement;
- faire une compression mammaire pendant la tétée en plaçant la main autour du canal bloqué et en maintenant une pression constante ou compléter l'extraction par une expression manuelle ou par l'utilisation d'un tire-lait.
Si l'ampoule au niveau du pore ne s'évacue pas spontanément, un médecin pourra l'enlever en aspirant avec une aiguille stérile. Lors de la désobstruction du canal, on observe une concrétion du lait sous la forme d'un long vermicelle;
- conseiller la prise d'ibuprofène pour calmer la douleur et l'inflammation;
- encourager la mère à se reposer.

En homéopathie, on peut proposer Phytolacca 5 CH, 5 granules 3 fois par jour.

D'autres thérapeutiques existent mais n'ont pas été évaluées:

- prescription d'antibiotiques, car les canaux peuvent être obstrués par des biofilms de bactéries créant des filaments dans le lait;
- utilisation d'ultrasons, car les vibrations et la chaleur pourraient fragmenter l'obstacle (2 watts/cm², en continu, pendant cinq minutes au niveau de la zone affectée, une fois par jour, à faire un maximum de 2 fois);
- utilisation de vibrations, par exemple en utilisant une brosse à dent électrique sur le trajet de l'obstacle.

Limites du conseil

Les situations suivantes doivent faire orienter la patiente vers un médecin:

- apparition d'un état grippal (cela signifie probablement que la stase lactée se complique en mastite);
- persistance de l'obstruction pendant plusieurs jours;
- obstructions à répétitions.

II.A.5.b. Les mastites [73][105][107]

Les mastites sont des affections fréquentes. Elles touchent 10 à 20 % des femmes qui allaitent. Autrefois appelées lymphangites, il s'agit de réponses inflammatoires secondaires au mauvais drainage d'une zone du sein, elles font souvent suite à un engorgement. Elles apparaissent souvent durant les 6 premières semaines de l'allaitement.

Le terme mastite signifie littéralement inflammation du sein. Il existe des mastites inflammatoires et des mastites infectieuses.

II.A.5.b.1. La mastite inflammatoire

i. Symptômes [73][107][10]

Tableau 21: Symptômes d'une mastite [73]

Signes locaux	Signes généraux
<ul style="list-style-type: none">• Souvent unilatéraux;• réaction inflammatoire localisée sur un segment: rougeur + chaleur;• tension mammaire importante: aréole et mamelons extrêmement distendus rendant les tétées très difficiles;• écoulement de lait retardé voire impossible;• douleurs;• parfois aspect de « peau d'orange » (signe de gravité +++).	<ul style="list-style-type: none">• État grippal;• ± douleurs musculaires et articulaires;• ± abattement;• frissons;• fièvre (parfois très élevée, > 40°C);• élimination urinaire de lactose.

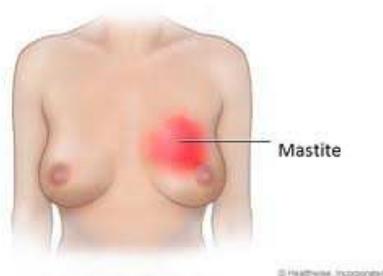


Figure 50: Mastite [10]

L'érythème, la douleur et la chaleur peuvent tous être retrouvés en cas d'engorgement ou de canal lactifère bouché, mais il n'y a pas nécessairement infection. Il semble exister un continuum qui va de l'engorgement à l'abcès du sein, en passant par la mastite inflammatoire et par la mastite infectieuse.

ii. Mécanismes [73]

La stase lactée engendre une augmentation de la perméabilité alvéolo-capillaire avec une réouverture des jonctions serrées. Cette réouverture permet à des

substances plasmatiques de passer dans le lait, notamment des immunoprotéines et du sodium. A l'inverse, certains composants du lait passent dans le plasma: c'est le cas du lactose qui est ensuite éliminé dans les urines de la mère. La composition du lait maternel est donc différente en cas de mastite: il y a plus de sodium et de chlore mais moins de lactose, ce qui modifie le goût du lait pendant environ une semaine. Un syndrome grippal apparaît, en raison du passage de cytokines pro-inflammatoires.

iii. Risques [73]

- Involution de la glande mammaire et arrêt de la lactation;
- complication en abcès.

iv. Facteurs favorisants [73][108]

- Conduite de l'allaitement favorisant l'apparition d'une stase lactée;
- les hyperlactations;
- canal lactifère bouché;
- un traumatisme du sein;
- des antécédents de mastite;
- des mamelons abîmés, l'utilisation routinière de pommades ou crèmes qui détruisent les défenses naturelles de la peau, le port permanent de coquilles, de soutien-gorge trop serré;
- la fatigue, le stress;
- un déficit en IgA;
- une anémie, une carence en vitamines et/ou en oligo-éléments;
- le tabagisme;
- un déséquilibre de la flore lactée.

v. Traitement [73][76][79][107][108][81][109]

- Continuer l'allaitement, le sevrage ne fait qu'empirer la situation;
- consulter un médecin très rapidement;
- traiter la stase lactée:
 - revoir la pratique de l'allaitement (positions, fréquence et efficacité des tétées);
 - augmenter la fréquence des tétées: conseiller de donner très souvent le sein si l'aréole est assez souple, en commençant par le sein atteint. La mère devra être encouragée à mettre son bébé au sein toutes les deux heures dans la journée et au moins une fois la nuit, jusqu'à disparition des symptômes. Si l'aréole est trop tendue, ou le sein trop douloureux, on peut

- proposer de commencer la tétée sur le sein non atteint ou de déclencher les flux d'éjection manuellement pour assouplir l'aréole ou faire une contre-pression aréolaire. Si les tétées ne suffisent pas à bien drainer le sein, le lait pourra être exprimé après la tétée manuellement ou à l'aide d'un tire-lait;
- varier les positions (la position en ballon de rugby est très utile, ainsi qu'une position où la mâchoire inférieure est dirigée vers la zone rouge) afin de favoriser un bon drainage de la zone douloureuse;
 - masser doucement (cela ne doit pas être douloureux) dans le sens du flux du lait (à partir de la zone atteinte vers le mamelon) pendant la tétée, avec les doigts enduits d'une huile comestible ou d'un lubrifiant atoxique;
 - en fin de tétée, effectuer une compression su sein pour bien le vider;
 - améliorer la circulation sanguine:
 - les massages du dos et des épaules favorisent une meilleure circulation sanguine locale;
 - le repos couché au lit est primordial. C'est là une part importante du traitement. L'idéal est que la mère puisse s'installer au lit avec son bébé pendant un ou deux jours, en ne faisant rien d'autre qu'allaiter;
 - ne pas porter de soutien-gorge pendant quelques jours, ou porter un soutien-gorge sans armatures, de taille supérieure;
 - diminuer l'inflammation et calmer la douleur:
 - les analgésiques (paracétamol) faciliteront la survenue du réflexe d'éjection et leur prise doit être encouragée;
 - les AINS soulagent l'état grippal et diminuent l'inflammation. Un anti-inflammatoire tel que l'ibuprofène pourra être plus efficace pour lutter contre les symptômes liés à l'inflammation qu'un antalgique simple. L'ibuprofène est indétectable dans le lait après des prises maternelles allant jusqu'à 1,6 g / jour, et il est considéré comme compatible avec l'allaitement;
 - l'application de froid entre les tétées peut être utilisée si la patiente le supporte;
 - en homéopathie, on peut proposer Belladonna 9 CH et Bryonia alba 9 CH, 5 granules au moment des douleurs. Pour faciliter l'écoulement, on peut associer Phytolacca 5 CH, 3 fois par jour;
 - prévenir l'infection:
 - conseiller à la mère de surveiller l'état de ses mamelons;
 - adopter une bonne hygiène des mains et laver soigneusement le matériel d'expression du lait à l'eau chaude savonneuse;
 - les antibiotiques ne sont pas systématiques dans ce cas;
 - un suivi de ces femmes 48 heures plus tard est indispensable.

II.A.5.b.2. La mastite infectieuse [73][79]

Il s'agit d'une mastite inflammatoire surinfectée. Normalement, le lait maternel élimine les bactéries mais en cas de stase, le système immunitaire est dépassé. Le diagnostic différentiel avec la mastite inflammatoire est quasiment impossible à réaliser (parfois des ganglions sous-axillaires sont palpables).

i. Origine de l'infection [73]

- Lésion du mamelon devenue voie d'entrée pour les bactéries (même si cette lésion ne paraît pas infectée);
- foyer infectieux chez la mère (furoncle, cystite, problème dentaire, panaris...);
- épisode infectieux chez un membre de la famille (rhinite chez les enfants...).

L'agent pathogène le plus souvent responsable est le staphylocoque doré résistant à la pénicilline. Dans ce cas, des formations filamenteuses sont parfois retrouvées dans le lait. Les autres bactéries occasionnellement mises en évidence sont des streptocoques, le staphylocoque *epidermis* et *Escherichia coli*.

ii. Traitement [73][79][10][81][107][83]

Le traitement est identique à celui de la mastite inflammatoire auquel est ajoutée une antibiothérapie compatible avec l'allaitement.

Un suivi 48h plus tard est aussi indispensable.

Les antibiotiques sont nécessaires quand:

- la pathologie ne s'améliore pas et dure plus de 24 heures;
- les symptômes sont très brutaux et immédiatement très graves;
- des lésions sont visibles sur le mamelon;
- la mastite est bilatérale;
- elle survient pendant les dix premiers jours post-partum, elle a donc probablement été contractée pendant le séjour en maternité et peut alors être causée par un germe particulièrement virulent;
- la mère présente des antécédents de mastites récurrentes;
- les résultats des examens montrent la présence d'une infection bactérienne.

La pristinamycine est compatible avec l'allaitement (d'après le CRAT) et fréquemment prescrite dans cette indication pendant 10 à 14 jours. La durée du traitement ne doit pas être écourtée afin d'éviter la survenue de mastites récurrentes.

Note: Si un antibiotique est nécessaire, en choisir un qui soit efficace contre le *Staphylococcus aureus*, à savoir: la céfalexine, la cloxacilline, l'amoxicilline-acide

clavulinique, la clindamycine et la ciprofloxacine. Tous ces médicaments sont compatibles avec l'allaitement. Les deux derniers peuvent être utilisés chez les mères allergiques aux pénicillines, ainsi que la céfalexine, mais la clindamycine est préférable lorsque cette allergie est sévère.

Le Staphylocoque doré résistant aux pénicillines résistantes à la pénicillinase (SARM, *S. aureus* résistant à la méticilline), aussi nommé S. doré résistant à l'oxacilline (SARO), est de plus en plus souvent retrouvé dans les mastites et les abcès du sein. Les souches de SARM doivent être présumées résistantes aux macrolides et aux quinolones, quel que soit le résultat de l'antibiogramme.

Comme pour tous les traitements antibiotiques, des traitements répétés augmentent le risque de survenue chez la femme d'une candidose mammaire et vaginale.

L'équipe officinale peut aider les mères à éviter l'apparition d'une mastite ou à accélérer l'amélioration des symptômes.

- Conseils préventifs:
 - aider à optimiser la conduite de l'allaitement;
 - inciter les mères à traiter efficacement une stase lactée dès les premiers symptômes;
 - toujours envisager la possibilité d'une mastite chez une femme allaitante qui pense avoir une grippe.
- Conseils associés au traitement médical:
 - soutenir et encourager les mères pour continuer l'allaitement y compris sur le sein atteint, sauf si la douleur est insupportable. Dans ce cas, il faudra exprimer le lait autant que possible, et remettre l'enfant au sein aussi rapidement que possible. Le plus tôt sera le mieux. Poursuivre l'allaitement aide la mastite à guérir plus rapidement, avec un meilleur confort pour la mère et son bébé s'il n'y a pas d'interruption, même temporaire, de l'allaitement. Les complications (en particulier les abcès) sont beaucoup plus fréquentes quand le sein n'est pas correctement drainé, et aucun tire-lait n'a l'efficacité du bébé pour ce faire;
 - rassurer sur le fait que le lait n'est pas toxique, même dans cette situation. Les anticorps fabriqués par la mère en réponse à l'infection sont transmis à l'enfant par le lait;
 - insister sur l'importance du repos;
 - donner les conseils relatifs au traitement de la stase lactée (faire sortir le lait, notamment en augmentant la fréquence des tétées);
 - donner les conseils relatifs au traitement de la douleur;
 - donner les conseils pour améliorer la circulation sanguine.

En homéopathie, les mêmes souches que pour la mastite inflammatoire peuvent être utilisées, en ajoutant Pyrogenium en 9 CH, 2 fois par jour.

Les examens de laboratoires et autres moyens diagnostiques ne sont généralement pas nécessaires, et ne sont pas effectués en routine en cas de mastite. La brochure de l'OMS sur les mastites suggère qu'un examen bactériologique du lait avec antibiogramme devrait être effectué si:

- il n'y a pas d'amélioration au bout de 2 jours sous antibiothérapie;
- si la mastite récidive (la mastite peut aussi due à *Candida albicans*);
- si la mastite est survenue pendant le séjour en maternité;
- si la patiente est allergique aux antibiotiques couramment utilisés;
- en cas de mastite exceptionnellement sévère.

Un examen bactériologique du lait sera fait sur du lait exprimé à la main (mains lavées) recueilli dans un récipient stérile. Le lait de début de tétée ne sera pas recueilli, en raison de la contamination par la flore cutanée. Nettoyer le mamelon avant l'expression pourra abaisser le risque de contamination par la flore cutanée et éviter les faux positifs. Une symptomatologie plus importante a été associée à un comptage bactérien plus élevé et/ou à la présence de bactéries pathogènes.

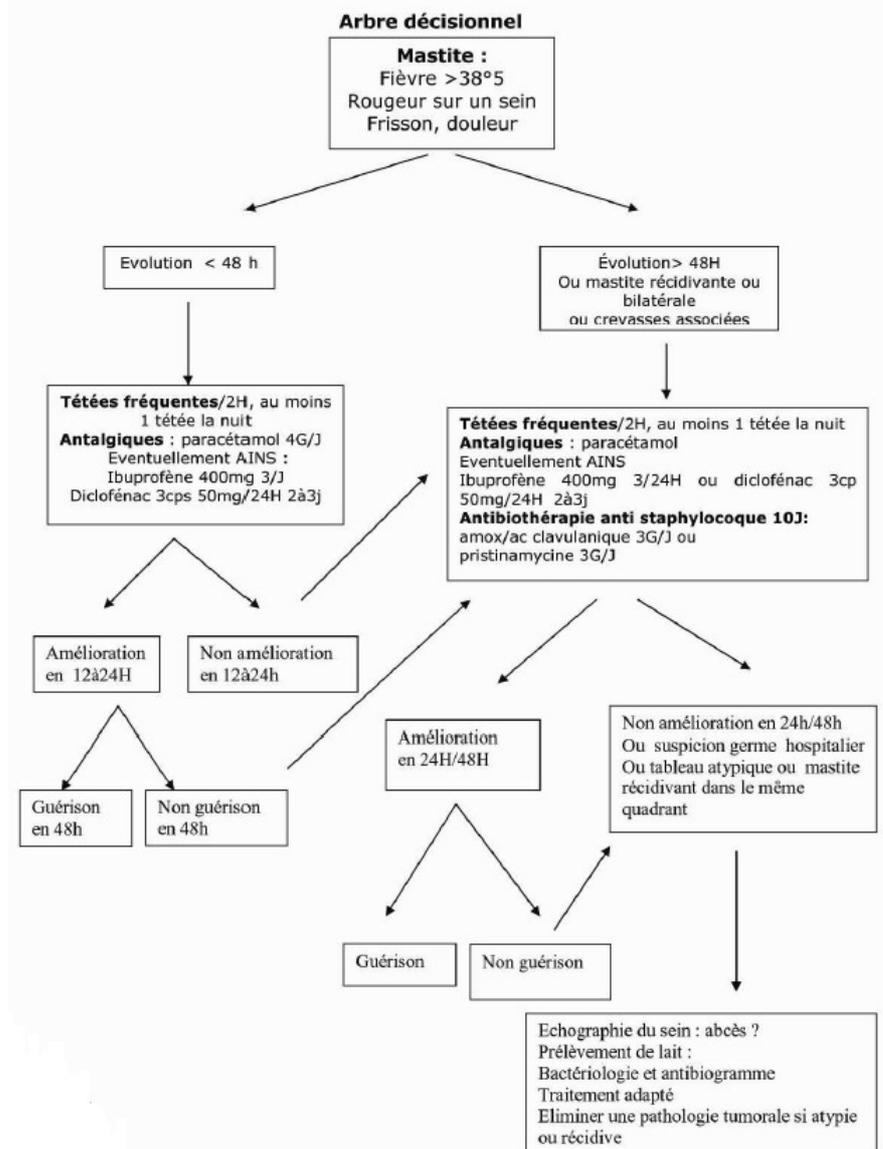


Figure 51:
Arbre décisionnel
de la mastite [83]

II.A.5.c. L'abcès [76][107][64][73][79][10][110][81][109]

C'est une complication rare (environ 3 %) mais possible de la mastite négligée ou non guérie (antibiothérapie à spectre non adapté ou trop courte). Si une région bien délimitée du sein reste dure, rouge et douloureuse en dépit d'un traitement adéquat de mastite, il faut suspecter la survenue d'un abcès.

Un abcès est une masse circonscrite, inflammatoire et très douloureuse. Les symptômes systémiques initiaux et la fièvre peuvent avoir disparu. Ce qui le différencie de la mastite est la perception d'une masse fluctuante, protubérante, avec changement de coloration de la peau qui est d'un rouge violacé. Il peut y avoir une nécrose cutanée. Une échographie du sein permettra de faire le diagnostic en montrant l'abcès collecté.



Figure 52: Abcès [64]

Contrairement à une idée reçue, le pus ne sort pas par les canaux lactifères. La poursuite de l'allaitement est possible, y compris sur le sein atteint (sauf localisation péri-aréolaire).

Une consultation médicale est indispensable (drainage + antibiotique).

L'abcès n'est pas une indication au sevrage.

La masse doit diminuer en quelques jours, sinon il est nécessaire de la drainer. Auparavant, l'abcès était habituellement traité par drainage chirurgical. Maintenant, le drainage se fait par aspiration à l'aiguille, qui sera alors thérapeutique autant que diagnostique. Plusieurs séances d'aspiration à l'aiguille pourront être nécessaires. Dans certains cas, une aspiration sous guidage par échographie pourra être nécessaire. L'aspiration présente de nombreux avantages: traitement ambulatoire possible, anesthésie locale uniquement, et meilleur résultat esthétique. De plus, la mère et l'enfant ne sont pas séparés et il est plus facile de maintenir l'allaitement.

Le drainage chirurgical pourra être nécessaire si l'abcès est très volumineux, ou en cas d'abcès multiples. L'incision devrait être pratiquée le plus loin possible de l'aréole. L'allaitement devrait être poursuivi avec le sein touché après le drainage, même en cas de pose d'un drain, à condition que la bouche de l'enfant ne soit pas en contact avec du liquide purulent ou du tissu infecté. Le drainage de l'abcès devrait être suivi d'un traitement antibiotique.

L'analyse bactériologique du produit de ponction permettra de pratiquer un antibiogramme afin de prescrire une antibiothérapie adaptée au germe retrouvé.

L'antibiotique devra être compatible avec l'allaitement et avoir une bonne diffusion dans l'abcès. La pristinamycine sera le premier choix. La clindamycine est aussi possible. La cloxacilline est une bonne alternative, mais avec davantage de problème de résistances. La durée du traitement n'est pas bien établie mais il semble qu'un traitement de 10 à 15 jours soit nécessaire.

De nombreuses études ont montré que l'on pouvait continuer l'allaitement sans mettre l'enfant en danger en cas d'infection par le staphylocoque doré (OMS 2000). Il semble donc qu'il y ait plus de désavantages à arrêter l'allaitement dans ces cas là. Par contre, en cas d'infection par streptocoque B, la contamination de l'enfant est possible. Si l'enfant présente des signes d'infection, il faudra le traiter ainsi que la mère.

Il n'est pas nécessaire de cesser l'allaitement pour faire investiguer une masse mammaire (l'échographie, la mammographie, et même la biopsie ne requièrent par d'interruption à l'allaitement, même du côté affecté).

Se méfier des situations cliniques trompeuses ou insidieuses comme les « candidoses » ne réagissant pas au traitement. Ne pas hésiter à donner un traitement antibiotique précoce afin d'éviter une évolution vers l'abcès.

Le reste du traitement est identique à celui de la mastite:

- Conseils préventifs:
 - aider à optimiser la conduite de l'allaitement;
 - inciter les mères à traiter efficacement une stase lactée dès les premiers symptômes.
- Conseils associés au traitement médical:
 - soutenir et encourager les mères pour continuer l'allaitement y compris sur le sein atteint;
 - rassurer sur le fait que le lait n'est pas toxique;
 - insister sur l'importance du repos;
 - donner les conseils relatifs au traitement de la stase lactée (faire sortir le lait, notamment en augmentant la fréquence des tétées);
 - donner les conseils relatifs au traitement de la douleur;
 - donner les conseils pour améliorer la circulation sanguine.

En homéopathie, on peut proposer Pyrogenium 9 CH et Hepar sulfur 9 CH à raison d'une dose par jour ou de 2 prises de granules par jour, pendant 3 à 4 jours. Au décours, l'abcès a commencé à réduire de volume, la douleur a quasiment disparu, il n'y a plus de suppuration et Hepar sulfur 15 CH finira de le faire disparaître, parfois aidé de Hepar sulfur 30 CH. Belladonna 9 CH et Bryonia alba 9 CH, seront aussi utiles, à raison de 5 granules au moment des douleurs. Pour faciliter l'écoulement, on peut associer Phytolacca 5 CH, 3 fois par jour.

II.A.6. Les candidoses mammaires [73][79]

La mycose du sein est une affection fréquente qui atteint les seins de la mère et la bouche (quelquefois tout le tube digestif) du nourrisson. Elle est due en général au *Candida albicans*, qui est présent naturellement sur la peau, les muqueuses et le tube digestif. Il ne devient pathogène que lors d'une baisse d'immunité, une rupture de l'intégrité de la peau ou des muqueuses et lors d'un déséquilibre de la flore habituelle. La transmission se fait par contact direct à partir des sécrétions orales ou vaginales. Ainsi un muguet chez le nourrisson peut contaminer le sein de sa mère, provoquer une candidose des mamelons et plus rarement des canaux lactifères. Le muguet est très fréquent chez les jeunes enfants, car le fonctionnement de leurs glandes salivaires et l'écoulement de la salive sont peu efficaces, ce qui favorise la prolifération locale du *Candida*: des études ont montré que près de la moitié des enfants de 7 jours à 18 mois avaient du *Candida* dans la bouche, même si seulement 1/4 d'entre eux présentaient des signes cliniques de candidose.

Remarque: toutes les maladies de peau peuvent être observées au niveau du mamelon: eczéma, dermite, impétigo, herpès, psoriasis, urticaire, allergie... et engendrer des douleurs.

II.A.6.a. Mycose superficielle cutanée

II.A.6.a.1. Symptômes [73][64][111][10]

- Lésions sur le mamelon, l'aréole et/ou le sein:
 - aspect de placard érythémateux présentant une desquamation sur les bords;
 - peau enflammée, décolorée (sur les peaux pigmentées);
 - aspect luisant de la peau souvent observé, les mamelons peuvent être rose vif avec un aspect souvent lisse (plus exceptionnellement fissuré, crevassé, qui ne guérit pas).



Figure 53: Mycose [64]

- La candidose mammaire est une cause fréquente de douleur des mamelons survenant généralement après une période de plusieurs semaines ou plusieurs mois sans problèmes; on peut cependant voir survenir une mycose dès les premiers jours post-partum. La douleur qu'elle induit chez la mère peut compromettre l'allaitement en raison de son intensité. Les douleurs du mamelon sont de type brûlure (sensation d'acide qui brûle le mamelon), souvent intenses, qui surviennent pendant toute la tétée, même

lorsque l'enfant est parfaitement mis au sein et que sa succion est correcte, parfois plus intenses en fin de tétée, et qui persistent entre les tétées (ce qui la différencie des douleurs provoquées par la succion du bébé), et peuvent rendre insupportable jusqu'au simple contact des vêtements.

- Démangeaisons fréquentes.

Attention: tous ces symptômes ne sont pas nécessairement présents en même temps (souvent, le seul symptôme est la douleur caractéristique décrite par la mère). Et contrairement à ce que laisserait supposer une affection contagieuse comme une mycose, ils peuvent n'être présents que sur un seul sein.

Le nourrisson ne présente pas toujours de signes de mycose (muguet, érythème fessier...). Le muguet se présente sous la forme de points blancs crémeux ou de « voile » dans la bouche, sur les gencives ou sur la langue. Le bébé peut manifester un épisode soudain d'agitation au sein, voire même se retirer du sein durant la tétée ou présenter un gain de poids lent.

II.A.6.a.2. Facteurs favorisants [73][111][69][79]

Les trois facteurs favorisants principaux sont:

- l'existence chez la mère d'un autre site de candidose (vaginale...) ou chez l'enfant d'un muguet ou d'un érythème fessier;
- la prise de certains médicaments, notamment des antibiotiques données en per-partum à une mère porteuse de streptocoque B, ou des corticostéroïdes;
- la persistance de crevasses.

D'autres situations favorisent les candidoses mais avec une fréquence plus faible:

- la fatigue, des excès alimentaires ou une carence nutritionnelle altérant la flore digestive normale;
- le port de vêtements serrés, favorisant la macération;
- une mastite chez la mère;
- le diabète, la contraception orale et la grossesse;
- le trop ou le pas assez d'hygiène.

La prolifération du *Candida* est favorisée par un environnement obscur, chaud et humide.

A noter: le risque de candidose est nettement plus élevé en cas de diabète ou de déficit immunitaire sérieux; la survenue, chez une mère, de candidoses récidivantes doit faire rechercher une telle pathologie. Il semble aussi exister une relation fréquente entre la candidose mammaire, l'hyperlactation, et les problèmes de canaux lactifères bouchés; une étude a constaté que respectivement 49 % et 54 % des femmes qui souffraient d'une candidose présentaient aussi une hyperlactation ou un problème de canaux lactifères bouchés.

II.A.6.a.3. Traitements [73][79][111][112][10][105][113][81][109]

- **Solution aqueuse de violet de gentiane** à 0,5-1 % en préparation magistrale: conseiller de commencer par un « test thérapeutique », puis, si le produit est correctement toléré, la posologie traditionnelle d'une application par jour pendant 3 à 4 jours peut être respectée. Dans tous les cas, le traitement ne doit pas durer plus de 7 jours.
Les applications sont faites à l'aide d'un coton-tige pour badigeonner l'intérieur de la bouche du nourrisson et le sein. La mère peut aussi mettre immédiatement son bébé au sein après avoir badigeonné sa bouche: les mamelons seront traités par la même occasion.
Après les autres tétées, la mère appliquera un autre antifongique local sur ses seins et dans la bouche du bébé.
Le violet de gentiane est fréquemment prescrit dans cette indication mais ne doit être délivré que sur avis médical. En effet, des études chez les animaux ont montré un impact mutagène. Ce type d'impact n'a jamais été répertorié dans l'espèce humaine mais une prudence paraît raisonnable. Quelques cas d'irritation buccale ont été rapportés chez des nourrissons dont la mère utilisait cette préparation. Une surveillance de de l'enfant est donc nécessaire ainsi qu'un arrêt immédiat de l'application en cas d'apparition d'une irritation de la muqueuse.
Cette solution est très salissante, elle peut tacher les vêtements, mais pas la peau. Les lèvres du bébé seront violettes mais la teinture disparaîtra après quelques jours.
Il est recommandé de ne pas l'employer seul pour traiter le *Candida albicans* car il a tendance à dessécher les mamelons et les aréoles. De plus, il semble rencontrer davantage de résistances qu'auparavant.
- **Crème antifongique** à base de kétoconazole (Ketoderm®) (liste I), 1 à 2 fois par jour, ou gel de miconazole (Daktarin gel buccal®) (liste I), 2 cuillères-mesure 4 fois par jour.
D'après le CRAT, il n'y a pas de données publiées sur les antifongiques locaux en cours d'allaitement. Cependant leur usage est probablement fréquent et aucun évènement particulier n'est signalé à ce jour chez des enfants allaités. Par ailleurs le passage systémique des antifongiques locaux est généralement très faible. Au vu de ces données, l'utilisation des antifongiques locaux est possible en cours d'allaitement, mais le sein doit être nettoyé avant la tétée en cas de mycose du mamelon.
- Associer un **traitement antalgique** (paracétamol, une demi-heure avant les tétées) .

Le traitement est généralement long, jusqu'à deux semaines après disparition de tous les symptômes. Le soulagement des symptômes devrait être ressenti dans les 72 heures.

La mère et le nourrisson (même asymptomatiques) devront être traités simultanément et pendant la même période pour éviter une réinfection.

La solution la plus simple est l'application locale d'un antifongique tel que Mycostatine® sur les seins de la mère et dans la bouche du nourrisson (quelque soit son âge), avec le doigt ou à l'aide d'un coton-tige, après chaque tétée (toutes les 3 h environ), le *Candida* ayant un cycle reproductif d'environ 1 h à 1 h 1/2.

Fungizone® pourrait également convenir, quelque soit l'âge de l'enfant, mais la posologie de 1,5 mL par jour pour un bébé de 3 Kg (à répartir en 3-4 prises en badigeon dans la bouche, de préférence loin des repas) est plus difficile à appliquer chez les nouveau-nés.

Le nourrisson de plus de 6 mois peut aussi être traité à l'aide du Daktarin®, à raison d'une cuillère-mesure 4 fois par jour. Le produit doit être administré à distance des repas ou au moins 10 minutes après. Dans la mesure du possible, il doit être conservé dans la bouche 2 ou 3 minutes avant d'être avalé. Il ne doit pas être appliqué au fond de la gorge et doit être administré en petites quantités à chaque prise afin d'éviter tout risque de suffocation.

Quelques cas de grève de la tétée suite à l'application de ces produits ont été rapportés par des mères, attribués au goût peu agréable de ces produits.

La mère peut allaiter en commençant la tétée par le sein le moins douloureux, et en faisant de petites tétées courtes et fréquentes. Si les mises au sein sont trop douloureuses, la mère pourra tirer son lait pour le donner à son bébé (à condition qu'il soit traité) pendant quelques jours, en attendant que la situation s'améliore.

Il existe un certain nombre de cas montrant que l'homéopathie, la phytothérapie ou la prise de probiotiques peuvent être utiles, seuls ou en conjonction avec les antifongiques.

Des mères ont été très satisfaites de la prise de *Lactobacillus acidophilus* et/ou de *Bifidobacterium bifidum*.

D'autres ont vu leur candidose disparaître à la suite d'un traitement homéopathique:

- comme anti-inflammatoires: Apis, Belladonna et éventuellement Rhus toxicodendron, en 9 CH, 5 granules au moment des douleurs;
- comme antifongique: Monilia Albicans en 9 CH, 1 dose par jour pendant 10 jours ou 5 granules, 2 fois par jour pendant 15 jours, relayé par une dose

hebdomadaire pendant un mois, à administrer conjointement à la maman et au bébé.

Pour éviter les récurrences, fréquentes, on associera un traitement de fond, Sepia en 15 CH pour la mère, 5 granules 1 fois par jour et Mercurius solubilis en 9 CH pour l'enfant, 5 granules matin et soir.

Certaines mères ont été soignées efficacement par application de teinture de calendula, à rincer avant la tétée.

Pour éviter tout risque de récurrence et de recontamination interfamiliale, des mesures d'hygiène sont indispensables:

- se laver les mains après avoir touché la zone infectée et après avoir changé le nourrisson;
- se couper les ongles courts;
- laver les mains du nourrisson régulièrement, surtout s'il les met à la bouche;
- jeter les coussinets d'allaitement après chaque tétée;
- stériliser quotidiennement tout matériel en contact direct avec les seins (tire-lait) et avec la bouche de l'enfant (sucette, tétines, anneaux de dentition) et désinfecter régulièrement les jouets;
- changer de soutien-gorge quotidiennement, laver le linge à haute température et le faire sécher au soleil;
- la congélation ne tue pas le *Candida*, si la mère tire son lait, il devra être donné pendant le traitement.

Il faut garder à l'esprit que le *Candida* est un germe saprophyte, et qu'il ne devient pathogène qu'en cas de déséquilibre. Si une mère présente des candidoses mammaires à répétition, il sera bon de s'assurer que la mère ne souffre pas de carence, diabète, ou autre problème connu pour abaisser le niveau immunitaire de la personne atteinte.

II.A.6.b. Candidose mammaire invasive [73]

Il s'agit d'une candidose qui touche l'intérieur du sein profondément et les canaux lactifères. Le diagnostic est difficile car les symptômes ne sont pas spécifiques. Rien ne prouve que ce type de candidose existe vraiment mais le diagnostic est souvent posé. Plusieurs études montrent qu'en cas de douleurs, les cultures de lait maternel sont plus souvent positives pour des bactéries que pour le *Candida*.

II.A.6.c. Symptômes cliniques [73]

- Parfois aucun signe cutané, parfois une atteinte superficielle est associée.
- Douleur intense, pendant et après la tétée, de type brûlure en coup de poignard, verre pilé, dans le sein.
- La douleur peut irradier dans le dos et les épaules.
- Atteinte uni ou bilatérale.

II.A.6.d. Traitements [73][79][111]

- En cas d'échec du traitement local, une recherche de *Candida* dans un prélèvement de lait est souhaitable. Si les arguments diagnostiques sont en faveur d'une candidose invasive, le médecin traitant pourra prescrire un traitement par voie orale.
- Les candidoses s'avèrent de plus en plus résistantes aux antifongiques. Actuellement, le fluconazole (Triflucan®) est de plus en plus souvent utilisé. Il est contre-indiqué en période d'allaitement mais prescrit pour ses propriétés fongistatiques (demi-vie dans le lait: 30 h, liaison aux protéines plasmatiques: 15 %, biodisponibilité orale > 90 %, élimination lente). La posologie utilisée est de 200 à 400 mg en une prise, puis de 100 mg 2 fois / jour. Le traitement dure au minimum 15 jours et, si possible, devra être poursuivi 14 jours après la disparition des symptômes. Mais le CRAT considère que l'usage de fluconazole est compatible avec l'allaitement uniquement lorsque la dose ne dépasse pas 200 mg / jour *per os* pendant un maximum de 3 semaines. Certains médecins sont réticents à proposer ce traitement, car le fluconazole passe de façon importante dans le lait (l'enfant reçoit environ 15 % de la dose maternelle (en mg/kg)), c'est d'ailleurs pour cela qu'il est efficace pour traiter une candidose des canaux lactifères. De ce point de vue, il est préférable au kétoconazole, qui passe peu dans le lait. Les études n'ont montré aucun effet iatrogène chez les enfants exposés au fluconazole par le biais du lait maternel. C'est d'ailleurs un médicament utilisé en pédiatrie, même pour des prématurés.

Ici aussi, un traitement antalgique sera associé et l'homéopathie, la phytothérapie ou la prise de probiotiques peuvent être utiles.

Les mêmes mesures d'hygiène que la candidose superficielle sont à adopter.

II.A.7. L'hyperlactation [73]

L'hyperlactation se caractérise par une combinaison de symptômes chez la mère et l'enfant.

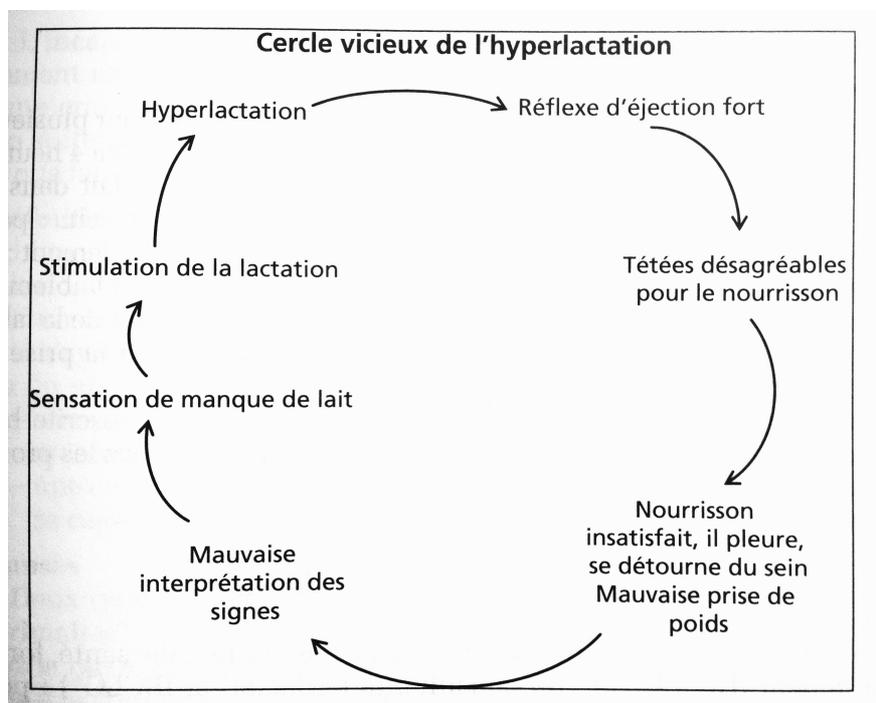


Figure 54: Le cercle vicieux de l'hyperlactation [73]

II.A.7.a. Symptômes chez la mère [73][79]

- Fuites de lait: vêtements « trempés »;
- signes de stase laiteuse: engorgement, canal lactifère bouché, mastites récidivantes...;
- alors que la plupart des mères ne sentent guère que le premier réflexe d'éjection, la mère pourra en ressentir plusieurs pendant la tétée. Ils pourront être suffisamment douloureux pour faire redouter la mise au sein à la mère;
- signes d'une mauvaise prise du sein par le nourrisson et/ou d'une mauvaise technique de succion: douleurs et lésions des mamelons, mamelons déformés après les tétées, vasospasme mamelonnaire;
- mauvaise interprétation fréquente du comportement du nourrisson par sa mère:
 - elle pense ne pas avoir assez de lait lorsque son enfant est insatisfait, se détourne du sein et pleure beaucoup;
 - elle va donc chercher à obtenir plus de lait, ce qui aggravera les choses.

II.A.7.b. Symptômes chez l'enfant [114][73][79][115]

Lorsque la mère vient solliciter de l'aide dans le cadre d'une hyperlactation, l'enfant a le plus souvent entre 3 et 6 semaines, mais dans certains cas le problème a débuté dès 10 à 15 jours.

- Prise de poids rapide et importante en post-partum, et plus rarement mauvaise prise de poids dans un deuxième temps;
- signes digestifs:
 - parfois signes de reflux: régurgitations, vomissements (diagnostic de RGO souvent posé à tort), rots bruyants, gaz;
 - agitation, pleurs, « coliques »;
 - enfant affamé qui veut téter tout le temps, l'enfant recevant une grande quantité de lait, mais d'un lait pauvre en lipides et riche en lactose, surtout s'il boit les 2 seins à chaque tétée;
 - beaucoup de couches mouillées;
 - selles fréquentes, explosives, parfois vertes et mousseuses (signes ressemblant à une malabsorption du lactose);
- comportement au sein:
 - un réflexe d'éjection fort (REF) est toujours associé à l'hyperlactation. Lors d'un REF, l'écoulement de lait est trop puissant, pouvant même être projeté sur plusieurs mètres. Les symptômes du REF se surajoutent donc toujours aux symptômes précédemment décrits: difficultés pour l'enfant à gérer le flot de lait, donc il tousse, avale de l'air, il est agité, lâche le sein et se rejette en arrière pendant les tétées. Les pleurs sont fréquents;
 - le nourrisson prend parfois le sein « au bord » et sa tête est quelquefois hyperfléchie. Ainsi, modifiant son comportement au sein afin de freiner le flot de lait, le bébé tête de plus en plus mal, ce qui peut conduire à des mamelons douloureux et à une baisse de lait;
 - le rythme de succion est lent et les tétées sont courtes;
 - il est tonique et éveillé et s'endort rarement au sein, préférant téter ses doigts, son pouce ou une tétine;
 - il y a un risque d'aversion pour le sein, .

II.A.7.c. Conseils [73][79][115][116][81]

- Pour diminuer la production de lait:
 - tétées regroupées: on conseillera d'utiliser un mêmes sein pour plusieurs tétées successives ou pendant un certain nombre d'heure (3 à 4 heures par exemple). A la fin de cette période ou après un sommeil de plusieurs heures, la mère propose l'autre sein pendant une nouvelle période de 3 ou 4 heures. Ainsi, le bébé n'aura pas à faire face à chaque fois à un afflux de lait de début de tétée, mais il drainera de plus en plus le sein et en obtiendra les graisses. Dans l'autre sein, la protéine qui a pour mission dans l'alvéole de réguler la production du lait (FIL), va diminuer la vitesse de production du lait. Il existe aussi un risque d'engorgement dans ce sein: pour l'éviter la mère exprimera sur ce sein un peu de lait manuellement, sans trop le vider pour ne pas stimuler la production de lait.
Avant de proposer cette méthode, il faut être certain que la production de lait est bien établie et que le bébé a pris suffisamment de poids;
 - prescription par le médecin d'une pilule œstroprogestative faiblement dosée pendant 3 ou 4 jours. Elle provoquera une baisse de la fabrication de lait. L'allaitement pourra être maintenu pendant la prise du médicament;

- pour gérer le REF:
 - proposer le sein aux signes d'éveil bien avant que le nourrisson soit agité car sa succion sera moins rigoureuse;
 - faire couler manuellement le premier flux avant de donner le sein;
 - positions adaptées pour allaiter: si, pour jaillir, le lait doit lutter contre la pesanteur, le flux sera moins intense. Toutes les positions où l'enfant est au-dessus de sa mère sont idéales dans cette situation:
 - mère couchée sur le dos et nourrisson allongé au-dessus d'elle (lui soutenir le front avec une main). Il est plus facile pour le bébé, pour éviter de s'étouffer, de laisser s'écouler de sa bouche le lait qui arrive trop vite plutôt que d'avoir à l'avaler rapidement;
 - mère en position semi-assise inclinée en arrière. En position « ballon de rugby », la mère peut aussi s'incliner vers l'arrière;
 - mère allongée, son enfant allongé sur le côté;
 - mère allongée sur le dos, le nourrisson placé en travers de sa poitrine;
 - un nourrisson un peu plus âgé pourra boire assis à califourchon sur la jambe de sa mère de façon à être vertical face au sein (prévoir des coussins);
 - faire des pauses pendant la tétée pour laisser l'enfant faire des rots ou lorsque l'enfant commence à boire à toute vitesse, avant qu'il ne s'étrangle, et comprimer le sein de façon à éliminer les jets intenses sur un bavoir;

- en dernier recours, utiliser un bout de sein pour ralentir le flux de lait;
 - exceptionnellement: si la prise de poids devient insuffisante et si le bébé refuse de prendre le sein, lui proposer une partie d'un complément (de préférence autrement qu'au biberon) avant d'essayer de le mettre au sein: il sera plus enclin à coopérer s'il n'est pas affamé. Si des compléments sont donnés à l'enfant, il ne faudra pas les supprimer brutalement quand la situation s'améliorera;
- demander une surveillance par un professionnel de santé formé en allaitement (DIULHAM ou consultante en lactation IBCLC): pour rassurer et conseiller la mère, qui risque d'être désorientée lorsque sa production de lait va diminuer (peu de ne pas avoir assez de lait), mais aussi pour suivre la croissance du nourrisson. Ce dernier peut s'être habitué à boire passivement quand il y avait une grande quantité de lait; si le débit devient moins fort, il faut vérifier qu'il arrive à boire encore de façon efficace. La compression du sein peut alors être utile;
 - facteurs aggravants:
 - les coupelles d'allaitement qui pourtant pourraient paraître adaptées pour recueillir l'excédent de lait. En effet, la pression exercée sur l'aréole augment l'écoulement de lait et favorise la production de lait;
 - stimulation complémentaire au tire-lait.

Les tisanes de sauge bien « tassées » donnent souvent de bons résultats. La sauge a la réputation de faire baisser le lait. La mère pourra prendre ces tisanes pendant quelques jours, en fonction du résultat obtenu.

En homéopathie, on peut proposer *Calcarea carbonica* en 9 CH, 5 granules 3 fois par jour, *Pulsatilla* 15 CH, 5 granules une fois par jour, *Lac caninum* 9 CH, 5 granules 1 fois par jour, pendant quelques jours seulement pour ne pas stopper totalement la production de lait.

Le vécu maternel est peu gratifiant. La mère peut percevoir de façon très négative l'allaitement de ce bébé qui semble perpétuellement insatisfait, et qui lui donne l'impression de n'aimer ni son lait, ni les tétées. Devant un bébé très grognon, il n'est pas facile de se sentir compétente, de développer son instinct maternel, et d'apprendre à reconnaître la cause des pleurs de son enfant. Elle peut avoir des problèmes vestimentaires: elle peut se trouver « trempée de lait » en permanence, ce qui est aussi susceptible de poser un problème au niveau du couple. Allaiter en public lui sera difficile: du lait dégouline partout, elle doit se munir de serviettes... Le tout sera souvent cause d'un sevrage précoce, soit que le bébé ne veuille plus téter, soit que la mère ne supporte plus cette situation difficile.

II.A.8. L'enfant prématuré [73][76][118]

Très rapidement, dès sa naissance, le prématuré peut bénéficier du colostrum de sa mère afin d'en tirer tous les bénéfices propres (arsenal anti-infectieux notamment) et de maintenir le lien mère-enfant. En dépit de ces connaissances et des recommandations de toutes les agences de santé, prévalence et durée d'allaitement sont presque toujours inférieures chez le prématuré par rapport à l'enfant à terme.

- **Encourager la décision de donner son lait pour son enfant:**

Dans ce contexte de naissance prématurée, certaines mères n'ont pas encore pris de décision en ce qui concerne l'allaitement. Et parmi celles-ci, beaucoup ne sont pas conscientes de l'importance du lait maternel pour ces bébés fragiles.

Même si la mère n'avait pas décidé d'allaiter, il est toujours possible de l'encourager à tirer son lait pendant deux ou trois semaines ce qui permettra à l'enfant d'être nourri entièrement au lait maternel pendant plusieurs semaines.

La décision d'allaiter au sein ou non et la durée d'expression pourront être prises plus tard, mais il est important de débiter précocement après la naissance pour bénéficier du climat hormonal favorable à la mise en route de la lactation.

- **Favoriser le contact mère-bébé en peau à peau le plus tôt possible et sans limitation:**

Les services de néonatalogie sont maintenant ouverts aux parents jour et nuit sans restrictions. Les mères sont donc invitées à faire un maximum de peau-à-peau avec leur enfant. Les bénéfices de ce dernier sur la stabilisation cardio-respiratoire du nourrisson et la mise en route de l'allaitement ont fait l'objet de nombreux articles scientifiques (augmenter la production de lait, durée d'allaitement prolongée).

Le peau-à-peau est possible dès que l'enfant montre une stabilité physiologique suffisante même s'il est encore ventilé.

La clé principale pour démarrer l'allaitement d'un prématuré est une proposition précoce du sein sans pour autant se focaliser sur la quantité bue au début. Ce soin facilite l'établissement de liens affectifs et donnent aux parents l'impression d'être plus compétents. Pour le prématuré, c'est une « mise en situation » qui va lui permettre de manifester son comportement inné de recherche du sein; chaque séance de peau-à-peau constitue un prélude, un apprivoisement aux premières tétées et les bébés qui ont fait beaucoup de peau-à-peau tètent plus tôt.

Sauf signes d'instabilité sévère aucune restriction du peau à peau en durée et en fréquence n'est justifiée.

- **Assister la mère lors des premières « mises » au sein:**

Les enfants prématurés ont souvent des périodes d'éveil très courtes. Toutes ces périodes sont mises à profit pour donner l'occasion au prématuré de téter le sein sans limitation quelle que soit sa maturation.

Le moment et le lieu pour ces premières « mises » au sein doivent être optimisés: à distance d'une expérience pénible ou fatigante (un simple changement de couche, un bain, un examen de routine peuvent constituer une expérience stressante pour un prématuré...) et dans un endroit calme et pas trop éclairé afin d'éviter une surcharge de stimulations sensorielles chez l'enfant.

Il est important d'aider la mère à s'installer confortablement. La position madone inversée ou la position en ballon de rugby sont souvent les plus pratiques pour un petit bébé car elles offrent un bon soutien global du bébé et notamment de sa tête ce qui est fondamental pour sa stabilité au sein.

Il est souvent nécessaire de compléter les tétées directes par une nutrition entérale: le lait maternel, plus ou moins enrichi, est administré par sonde gastrique.

Les premières tétées permettent la découverte du sein et sont l'occasion pour le nouveau-né de se familiariser avec le mamelon, qu'il commence par lécher. Progressivement, il prend le mamelon en bouche et les tétées deviennent nutritives. Un protocole d'alimentation à la semi-demande permet de diminuer progressivement les apports alimentaires via la sonde gastrique ou le DAL.

Lorsque les tétées sont possibles sans DAL, les mères sont souvent incitées à induire un réflexe d'éjection du lait juste avant le début de la tétée. Cela permet au nourrisson qui a peu d'endurance à l'effort d'obtenir plus facilement du lait et d'économiser de l'énergie.

- **Encourager l'allaitement à l'éveil et expliquer les signaux comportementaux du bébé**

Expression du lait maternel:

les mères de nourrissons hospitalisés doivent tirer leur lait très souvent les premières semaines pour mettre correctement en place leur lactation. Il leur est conseillé d'exprimer leur lait 6 à 8 fois par jour, y compris la nuit, à raison de 10 à 15 minutes. Additionner les expressions manuelles à l'usage du tire-lait pendant les 3 premiers jours leur permet souvent d'obtenir de plus gros volumes. L'objectif est d'aider la mère à recueillir plus de 500 mL par jour dès la 2^{ème} ou la 3^{ème} semaine. A ce stade, leur enfant boit de faibles quantités, il leur est donc demandé de se placer en situation de surproduction de Lait. Cet aspect peut paraître surprenant mais il est essentiel. L'obtention d'une production de lait largement supérieure aux besoins de

l'enfant est un facteur clé de la transition de l'alimentation par sonde à la tétée directe au sein.

Un tire-lait double-pompage est recommandé pour produire plus et gagner du temps. La taille des téterelles est très importante également et doit être adaptée à la morphologie de chaque mère. Le suivi des quantités obtenues permet d'individualiser la fréquence des expressions nécessaires: plus les volumes obtenus sont faibles plus la mère aura besoin de tirer son lait souvent et inversement.

Les mères qui accouchent prématurément rencontrent souvent trois problèmes principaux en matière d'allaitement:

- un retard de la montée de lait;
- une production de lait moins importante que les mères qui accouchent à terme;
- une baisse tardive de la production de lait.

Accompagnement, soutien émotionnel, patience, sont importants pour cet allaitement particulier. La transition de l'alimentation par sonde de gavage à la mise au sein est un passage délicat, mais pas insurmontable.

II.B. Recueil, conservation et préparation du lait maternel

Le lait maternel conserve un grand nombre de ses propriétés même après conservation, chauffage, congélation...

II.B.1. Le recueil

II.B.1.a. Quand et pourquoi recueillir du lait? [73]

- Pour démarrer ou entretenir la lactation lorsque la mère est éloignée de son enfant (prématurité, hospitalisation...);
- pour accélérer le traitement d'une stase lactée (engorgement, mastite...);
- pour entretenir la lactation malgré un arrêt temporaire des tétées (douleurs extrêmes à cause de crevasses, par exemple);
- lorsque le nourrisson n'est pas encore capable de téter efficacement;
- lors de la reprise du travail;
- pour faire des stocks de lait maternel ou pour réaliser un don au lactarium.

II.B.1.b. L'expression manuelle [73]

Cette méthode permet aux mères de recueillir leur colostrum ou leur lait sans aucun matériel, simplement avec leurs mains. Toutes les femmes allaitantes devraient maîtriser cette technique, idéalement avant la montée de lait, lorsque l'aréole est encore souple. Ces gestes peuvent également être enseignés lors de la grossesse.

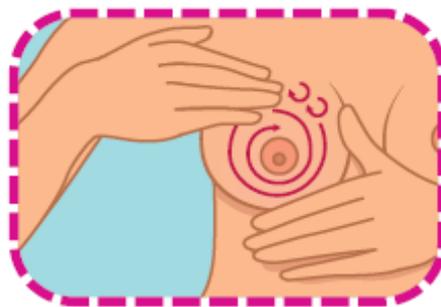
II.B.1.b.1. Situations où l'expression manuelle est utile [73][69]

- Lorsque le colostrum doit être recueilli (mère séparée de son enfant prématuré, ou difficultés importantes de succion chez le nourrisson, par exemple). Cette étape est alors essentielle pour démarrer la lactation car il est très difficile d'obtenir du colostrum avec un tire-lait;
- lorsque la mère veut déclencher un réflexe d'éjection ou assouplir une aréole tendue avant une tétée (engorgement);
- en tant que traitement de l'engorgement et de la mastite, pour favoriser l'écoulement du lait;
- lorsqu'une tension mammaire importante est ressentie par la mère et qu'un tire-lait n'est pas utilisable (oubli, panne, absence de prise électrique...);

- lorsqu'une mère est plus à l'aise avec cette technique qu'avec un tire-lait. La quantité de lait recueillie risque alors d'être élevée avec la méthode d'expression manuelle;
- lorsque le cumul des expressions manuelle et électrique est recommandé pour augmenter la quantité de lait extraite des seins;
- pour soigner le mamelon au lait maternel.

II.B.1.b.2. Conseils [73][105][69][80][5]

- Commencer par un massage aréolaire: il favorise le réflexe d'éjection. Il dure 2 à 3 minutes et consiste en un léger effleurement de l'aréole avec la pulpe des doigts. Les doigts se déplacent en petits mouvements circulaires de l'extérieur du sein vers l'aréole. Ces mouvements s'effectuent tout autour de l'aréole.



Massage aréolaire : tenir le sein d'une main et masser avec l'autre main de façon circulaire de l'extérieur du sein vers l'aréole.

Figure 55: Massage aréolaire [105]

Les mères peuvent y associer d'autres mouvements: main à plat sur le sein et qui se déplace de l'extérieur jusqu'au mamelon en répétant le mouvement tout autour de l'aréole.



Figure 56: Différents massages aréolaires [69]

La mère peut secouer légèrement les seins d'un côté à l'autre en se penchant en avant. La gravité stimule le réflexe d'éjection.

Après le massage, elle peut doucement faire rouler le mamelon entre le pouce et l'index.

Si la mère a besoin de stimuler davantage son réflexe d'éjection, elle peut appliquer des compresses chaudes sur les seins avant l'expression.

- Poursuivre par l'expression manuelle du lait:

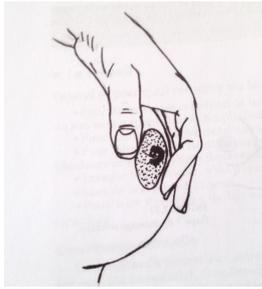


Figure 57

la mère place ses doigts à environ 3 cm en arrière de la base du mamelon (pas de l'aréole, dont la taille est variable suivant les femmes). Le pouce se positionne au-dessus du sein et les autres doigts en-dessous pour former un « C ».

Elle descend ses doigts vers son thorax en comprimant son sein vers sa cage thoracique.



Figure 58

Ensuite elle rapproche son pouce de ses autres doigts (1) en remontant doucement autour du mamelon (2) quelques secondes.

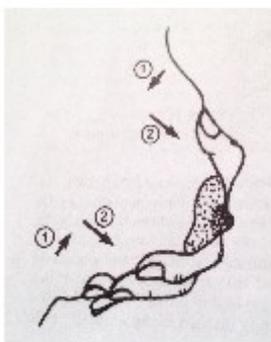


Figure 59

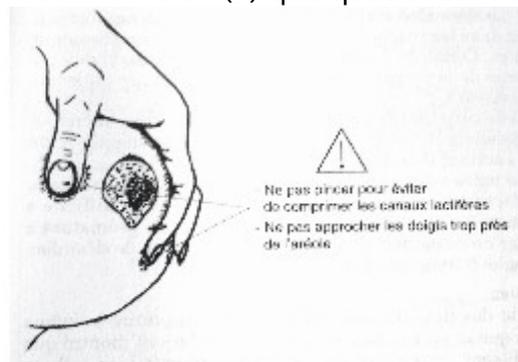


Figure 60

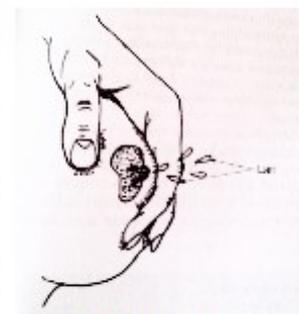


Figure 61

Puis elle relâche la pression et revient en position initiale.



Figure 62

Figures 57 à 62: Expression manuelle [73]

Elle recommence plusieurs fois et fait le tour du quadrant du sein pour le vider entièrement de son lait, avant de changer de sein lorsque le lait coule en grosses gouttes. Si besoin, la mère peut provoquer l'arrivée d'un nouveau réflexe d'éjection au cours de l'expression manuelle en recommençant le massage aréolaire.

Le lait est recueilli dans un récipient propre, de large ouverture. Il existe des accessoires spécialisés dans le recueil manuel du lait. Ils sont disponibles en pharmacie (Medela® par exemple).

II.B.1.c. L'expression à l'aide d'un tire-lait

II.B.1.c.1. Tire-lait manuel [73]

Les tire-lait manuels sont adaptés à un usage occasionnel. En effet sur le long terme, cela reste assez fatiguant et chronophage. Ces tire-lait sont disponibles à l'achat et ne sont quasiment pas remboursés par la Sécurité sociale. Ils ont l'avantage d'être peu encombrants et légers.

De nombreux modèles sont disponibles, avec des différences importantes, notamment dans leur capacité à créer une dépression suffisante et stable dans le temps. Certaines fonctions sont parfois ajoutées (coussins masseurs, ergonomie de la poignée, coussinets de stimulation, plusieurs phases d'expression...).

Les accessoires de certains tire-lait électriques se transforment en tire-lait manuel de dépannage. C'est le cas, par exemple, de la tétérelle et du piston du tire-lait Lactina de Medela®.

Les modèles « à poire » sont obsolètes et ne doivent plus être utilisés. Le nettoyage de la poire est très difficile à réaliser correctement. Un cas d'infection mortelle chez un prématuré a été attribué à l'usage de ce modèle de tire-lait et au problème de désinfection qui l'accompagne.

II.B.1.c.2. Tire-lait électrique [73][119]

L'objectif général des tire-laits électriques est de reproduire le même rythme de succion que le nourrisson au sein. Ce dernier, lorsqu'il tète efficacement, a environ 60 mouvements de succion par minute, et la succion crée une dépression intrabuccale d'environ 220 mmHg. Des études ont montré que les nourrissons utilisent deux types de succion différents: un rythme rapide et une faible dépression pour stimuler l'arrivée du réflexe d'éjection puis un rythme plus lent avec une dépression plus importante lorsque le lait jaillit. Les tire-lait de dernière génération offrent aux mères une large souplesse dans les réglages de l'intensité de la dépression et du rythme de succion.

Le pharmacien doit être en mesure de s'assurer qu'il n'y a pas de contamination des tire-lait mis en location lorsqu'ils passent d'une patiente à une autre. Pour cela, il est important de nettoyer correctement et de désinfecter le matériel.

i. Réglage de la dépression [73]

Le réglage de la dépression est proposé par tous les tire-lait. Les tire-lait les plus anciens n'ont pas de bouton gradué, dans ce cas, le réglage se fait « au doigt » par la mère. Ces tire-lait sont considérés unanimement comme obsolètes par les professionnels de l'allaitement.

ii. Réglage de la cadence de succion [73]

Le réglage de la cadence de succion se trouve uniquement sur les modèles récents: chez Ameda: Elite[®], Lactaline[®] et Platinum[®], chez DTF médical: Kitett Fisio[®] Box et Kitett Fisio[®] Box Pro, chez Medela: Lactina Select[®], Swing[®], Swing maxi[®], Freestyle[®], Symphony[®]...

Selon les laboratoires, deux méthodes sont préconisées:

- ajuster l'intensité de la dépression au seuil maximum de confort dès le départ puis ne modifier que la cadence de succion en fonction du but recherché (stimulation du réflexe d'éjection = cadence élevée, ou expression du lait = cadence faible). Ces informations sont recommandées par le laboratoire Almafil (Ameda) et sont basées sur des publications;
- utiliser deux phases différentes:
 - une cadence élevée + une dépression faible pour stimuler le réflexe d'éjection, car l'intensité de la dépression n'affecte pas le délai d'éjection;
 - une cadence faible + une dépression au seuil maximum de confort pour exprimer le lait car la vitesse du flux de lait augmente avec l'intensité de la dépression (laboratoires Kitett et Medela);
- lorsque le lait ne coule plus même après une compression, deux possibilités existent:
 - si le volume obtenu paraît faible et que moins de 3 réflexes d'éjection sont passés, la cadence peut à nouveau être augmentée en attendant un prochain flux d'éjection éventuel;
 - si le volume obtenu est adéquat, la mère peut arrêter la séance d'expression après les deux premiers flux car 76 % du volume de lait est obtenu au cours des deux premières éjections.

Il est important de garder à l'esprit que le confort de la mère reste primordial lors de l'expression du lait.

iii. Systèmes à simple et double-pompage [73][105]

Les tire-lait électriques existent en simple pompage (un sein après l'autre) ou double-pompage (les deux seins en même temps).

Le principe du double-pompage présente trois avantages principaux:

- gain de temps important: le temps d'extraction est divisé par 2 par rapport au simple pompage;
- augmentation du volume de lait obtenu;
- production de prolactine multipliée par 2.

Certains de ces tire-lait sont disponibles à la location, d'autres uniquement à l'achat. La location est remboursée par la Sécurité sociale au tarif LPPR (12,07 € par semaine), de même que l'achat des sets de pompage (6,04 € pour un simple et 12,08 € pour un double). Cependant, en fonction du modèle choisi par la patiente, certains frais restent parfois à sa charge au niveau de la location et de l'achat des

téterelles. La durée de la location n'est pas limitée dans le temps.

Un large choix de modèles existent et ils peuvent être proposés en pharmacie. Le tableau suivant reprend une liste non exhaustive des tire-lait fréquemment disponibles en officine. Idéalement, le conseil officinal consiste à proposer un modèle de tire-lait adapté aux besoins de la mère: par exemple, une femme qui suspend les tétées pendant quelques jours à causes des douleurs liées aux crevasses aura besoin d'un modèle confortable et efficace alors qu'une mère qui reprend le travail souhaitera en plus, que son modèle soit silencieux et facile à transporter.

Tableau 22: Caractéristiques de modèles de tire-lait disponibles à l'officine [73]

Marque (Nom commercial)	Achat / location	Caractéristiques	Accessoires
Ameda (Elite®)	location	<ul style="list-style-type: none"> - électrique (secteur ou allume-cigare) - simple ou double-pompage - très silencieux - robuste - réglage de l'intensité de dépression et de la cadence - poids ≈ 2,5 Kg 	Boîte plastique de transport
Ameda (Lactaline®)	achat ou location	<ul style="list-style-type: none"> - électrique (secteur, piles ou allume-cigare) - double-pompage - compact et léger (500 g) - réglage de l'intensité de dépression et de la cadence 	<ul style="list-style-type: none"> - sac à dos de transport et Vanity isotherme pour recueillir 3 flacons de 120 mL pendant plusieurs heures - fourni avec 3 pains de glace
ARDO (Calypso®)	achat ou location	<ul style="list-style-type: none"> - électrique - léger - simple ou double-pompage - réglage de l'intensité de dépression et de la cadence 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 tailles de téterelles - personnalisable (fréquence, intensité...) - doux (coussinets masseurs) - sac de transport et Vanity isotherme
Avent-Philips (Tire-lait électrique simple ou double pompage)	achat	<ul style="list-style-type: none"> - électrique (secteur ou piles) - transformation possible en tire-lait manuel - mémorisation du rythme choisi 	<ul style="list-style-type: none"> - sac de voyage - système de réfrigération pour le transport - biberons de conservation
DTF (Kitett Box automatique®)	location	<ul style="list-style-type: none"> - cadence automatique (réglage de la dépression) - simple ou double-pompage 	<ul style="list-style-type: none"> - embout confort en option mais non systématique - kit Kolor® avec 4 tailles de téterelles adaptables; embout confort intégré; 2 dimensions au choix (Small ou Large) - biberon plastique avec bouchon

Marque (Nom commercial)	Achat / location	Caractéristiques	Accessoires
DTF (Kitett Fisio®)	location	<ul style="list-style-type: none"> - réglage de la dépression et de la cadence (2 phases) - simple ou double-pompage - silencieux 	<ul style="list-style-type: none"> - kit Kolor® avec 4 tailles de têterelles adaptables; embout confort intégré; 2 dimensions au choix (Small ou Large) - biberon plastique avec bouchon
Medela (Freestyle®)	achat	<ul style="list-style-type: none"> - petite taille - 2 phases différentes, réglage de la dépression, mémorisation du schéma d'aspiration - écran LCD (niveau de vide, durée de l'expression, état de charge de la batterie) - simple ou double-pompage - électrique (secteur ou batterie, autonomie de 3 h) 	<ul style="list-style-type: none"> - système « mains libres » en option - sac de transport réfrigérant - 4 biberons avec bouchons
Medela (Swing et Swing maxi®)	achat	<ul style="list-style-type: none"> - petit, léger - silencieux - 2 phases différentes, réglage de la dépression, - simple (Swing) ou double-pompage (Swing maxi) - électrique (secteur ou piles) 	<ul style="list-style-type: none"> - système « mains libres » en option - sac de transport réfrigérant - 2 biberons avec bouchons
Medela (Lactina® et Lactina Select®)	location	<ul style="list-style-type: none"> - 2 réglages possibles pour Lactina Select® (dépression et cadence) - réglage seul de la dépression pour Lactina® - simple ou double-pompage - assez volumineux - robuste - modèle très utilisé en maternité donc connu des patientes 	<ul style="list-style-type: none"> - transformation possible en tire-lait manuel - boîte de transport - différentes tailles de têterelles (Personal Fit®) - plusieurs tailles de flacons compatibles avec la têterelle
Medela (Symphony®)	location	<ul style="list-style-type: none"> - réglage de la dépression - 2 phases d'expression du lait - fonction permettant de repasser en mode stimulation - silencieux - simple ou double-pompage 	<ul style="list-style-type: none"> - différentes tailles de têterelles (Personal Fit®) - plusieurs tailles de flacons compatibles avec la têterelle - batterie en option

II.B.1.c.3. Conseils de l'équipe officinale lors de la location d'un tire-lait

i. Cerner les besoins de chaque mère [73]

Une discussion rapide avec la patiente permet de comprendre ses attentes quant au tire-lait. Aujourd'hui, les femmes peuvent se procurer un tire-lait en location de plusieurs manières différentes, et le pharmacien n'est plus incontournable sur ce marché. Des organismes non pharmaceutiques sont parfois conseillés par les maternités car ils proposent un large choix de tire-lait et même éventuellement un accompagnement des mères.

Pour que l'équipe officinale soit compétitive, elle doit pouvoir proposer au moins 2 modèles de tire-lait récents. Un premier de qualité hospitalière pour les mères qui ne transporteront pas leur tire-lait mais qui ont besoin d'entretenir leur lactation en l'absence de l'enfant (prématurité, maladie...), et un second modèle, petit, discret et facile à transporter pour les mères qui concilient allaitement et travail.

Tableau 23: Adaptation du modèle de tire-lait aux attentes de la mère [73]

Contexte d'expression du lait	Recherches fréquentes des mères dans ce contexte	Tire-lait (TL) à proposer
Prématurité	- efficacité de l'expression - gain de temps - confort	- TL électrique double-pompage - téterelle confortable et de taille adaptée
Arrêt temporaire des tétées (douleurs +++)	- confort +++ - efficacité de l'expression - gain de temps	- téterelle confortable et de taille adaptée - TL électrique double-pompage
- Constitution d'un stock de lait - Dons de lait	- efficacité de l'expression - gain de temps	- TL électrique double-pompage - téterelle de taille adaptée
Reprise du travail	- gain de temps - confort	- double-pompage - téterelle de taille adaptée
Expressions occasionnelles	modèle pratique et petit	- TL manuel ou électrique simple-pompage
Engorgement, mastite	- confort - efficacité de l'expression	- téterelle confortable et de taille adaptée - TL électrique double-pompage

ii. Les différents types de téterelles disponibles à l'officine [73]

• **Choix des téterelles du tire-lait: importance de la taille:**

Lorsque la taille d'une téterelle est inadaptée, les conséquences cliniques chez la mère peuvent être diverses: inconfort, douleurs, lésions du mamelon, stase lactée, faibles quantités de lait recueillies...

Lorsque la taille est adaptée, le mamelon et une partie de l'aréole seulement s'étirent dans le tunnel de la téterelle. Un écart d'environ un millimètre existe entre le tunnel de la téterelle et le mamelon.

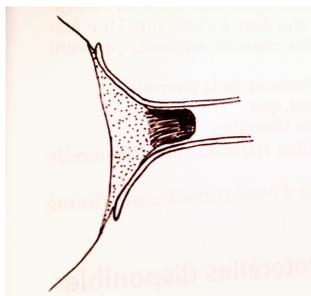


Figure 63: Téterelle de taille adéquate [73]

Conséquences d'une téterelle trop grande: l'aréole s'étire entièrement dans le tunnel. L'expression du lait n'est pas optimale. La téterelle trop grande compromet l'étanchéité du joint avec la peau et donc la dépression dans la téterelle. Des hématomes au niveau de l'aréole peuvent également apparaître.

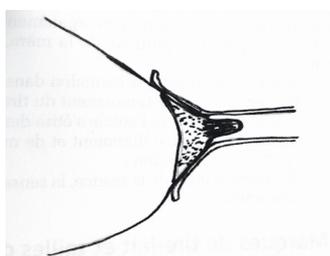


Figure 64: Téterelle trop grande [73]

Conséquences d'une téterelle trop petite: les canaux lactifères sont comprimés par la téterelle trop petite. La quantité de lait obtenue peut être significativement plus faible. Des crevasses peuvent apparaître et la mère peut ressentir des douleurs ou un inconfort pendant l'expression.

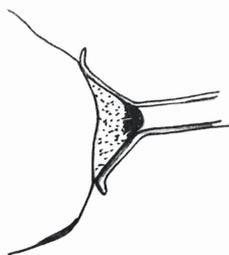


Figure 65: Téterelle trop petite [73]

- **Conseils de l'équipe officinale:**

Lors d'inconfort pendant les séances d'expression, il faut conseiller aux mères de mesurer la taille de leur mamelon après une tétée ou l'usage d'un tire-lait. Cette mesure peut également être faite à l'officine. Une fois la taille adaptée à la poitrine de la mère, les conseils suivants peuvent être donnés:

- centrer correctement le mamelon dans le tunnel de la téterelle;
- vérifier, lors du fonctionnement du tire-lait, que:
 - seule une partie de l'aréole s'étire dans le tunnel;
 - le mamelon bouge librement et de manière rythmée pendant l'expression;
 - la mère a, à la fin de la séance, la sensation d'avoir correctement drainé ses seins.

- **Marques de tire-lait et tailles de téterelles disponibles:**

Les tailles standard de téterelles et les caractéristiques individuelles de chaque modèle sont très différentes en fonction des marques.

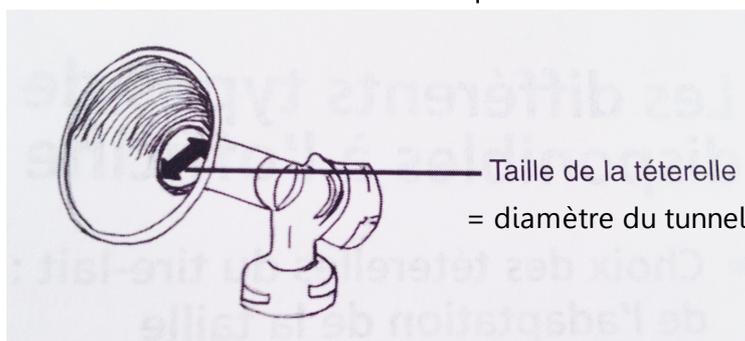


Figure 66: Taille de la téterelle [73]

Tableau 24: Caractéristiques des téterelles de taille adaptable de 3 marques disponibles à l'officine [73]

	Ameda®			Kitett Kolor®				Medela Personal Fit®				
Tailles des téterelles: diamètre du tunnel (mm)	Flexishield® 21	Téterelle large 30,5 et 28,5	Téterelle extra large 32,5 et 36	Mauve 21	Orange 24	Vert 26	Bleu 30	S 21	M 24	L 27	XL 30	XXL 36
Remarques	- taille standard de téterelle: 25 mm - adaptables sur les tire-lait électriques et manuels			- taille standard de téterelle: 26 mm (vert) - non compatibles avec les modèles pour lesquels l'intensité de la dépression se règle « avec le doigt »				- taille standard de téterelle: 24 mm - compatibles avec les tire-lait électriques et manuels				

iii. Parler de la conservation du lait et des contenants utilisables

Voir « Conservation du lait ».

iv. Rappeler les règles d'hygiène [73][25]

- Se laver les mains: pour tirer du lait, il faut tout d'abord se laver soigneusement les mains au savon et les sécher avec une serviette propre.
- Propreté du matériel et des contenants:
 - avant la première utilisation du tire-lait, la tétérèlle et le flacon de recueil doivent être lavés soigneusement à l'eau savonneuse, rincés puis stérilisés en les portant à ébullition dans une casserole d'eau pendant 5 à 10 minutes ou en utilisant un stérilisateur vapeur. Les systèmes chimiques dits de « stérilisation à froid » ne sont pas recommandés;
 - après chaque utilisation, les différentes pièces du tire-lait (biberon, tétérèlle,...) doivent être rincés à l'eau froide puis lavés à l'eau chaude savonneuse avec une éponge non abrasive ou un goupillon et enfin rincés soigneusement à l'eau froide. Une fois lavées, les différentes pièces devront être égouttées et séchées à l'air libre sans être essuyées. Le rinçage à l'eau froide avant le lavage à l'eau chaude est important, car les résidus de protéines du lait qui restent sur les pièces peuvent adhérer à la surface et fournir un milieu favorable à la croissance bactérienne;
 - le lave-vaisselle peut servir à nettoyer les différentes pièces (cycle complet à 65°C) si un lavage préalable a été fait;
 - le contenant de conservation peut ne pas être stérile (sauf si le lait doit être donné à un enfant en néonatalogie). L'intérêt de la stérilisation régulière du matériel n'a pas été démontrée, elle représente une contrainte importante;
 - il est nécessaire d'inspecter régulièrement les tuyaux pour voir s'il y a des moisissures;
 - s'il n'est pas possible de nettoyer complètement le matériel juste après l'expression du lait, le rincer à l'eau froide, le faire sécher à l'air libre et le ranger dans une boîte propre, en attendant de pouvoir finir le nettoyage;
 - le nettoyage du mamelon avant l'expression n'est pas nécessaire (une toilette quotidienne suffit). De même, faire perler les premières gouttes et les étaler sur le mamelon n'est pas obligatoire.

v. Conseils concernant l'ambiance [120][80][73]

Le fait de tirer son lait, quelle que soit la méthode et l'appareil utilisés, demande un « coup de main » qui s'acquiert avec le temps, et l'efficacité augmentera avec la pratique. La mère doit entraîner son corps à déclencher le réflexe d'éjection quand elle tire son lait. Cet entraînement est tout autant psychique que physiologique: donner son lait à une machine ne représente pas la même chose que le donner à son bébé. Il est important de la rassurer, ce qu'elle obtient ne reflète que très imparfaitement sa sécrétion réelle, son bébé étant beaucoup plus efficace que n'importe quel tire-lait. Il vaut mieux considérer les premiers essais comme exercices. Pendant cette période, il est préférable que la mère s'exerce à tirer son lait quand elle est détendue et pas pressée par le temps.

L'idéal est qu'elle s'installe dans un endroit calme et essaye de se détendre. Elle peut envelopper ses épaules dans une couverture ou les recouvrir d'un pull, s'asseoir près d'une source de chaleur (la chaleur détend). Elle peut aussi penser à son nourrisson, regarder une photo de lui, toucher ou sentir un de ses vêtements. Cela améliore la libération des pics d'ocytocine, hormone du bien-être, sécrétée moins facilement lors de l'usage du tire-lait que lors d'un allaitement direct, en raison de l'absence de compression-expression (stimulation de l'aréole par la langue et les lèvres du bébé). Si besoin, elle peut pratiquer le massage aréolaire avant expression.

La mère peut préparer tout ce dont elle a besoin: un verre d'eau, une collation, quelque chose à lire. Si elle a d'autres enfants, elle peut leur préparer quelque chose à grignoter ou à boire, avoir un livre d'histoire à portée de main ou allumer la télévision.

Il est préférable de tenir les tételles pendant l'expression plutôt que les biberons de recueil pour ne pas exercer de pression sur le sein.

vi. Démonstration de l'usage du tire-lait et de l'assemblage des tételles [73]

Idéalement, une fiche-conseil donnée par l'équipe lors de la location devrait reprendre toutes ces notions.

vii. Durée de la séance d'expression [73][120][80][5]

Le nombre d'éjections varie en moyenne entre 2 et 8. La majeure partie du lait extrait est obtenue au cours des 2 premières éjections.

- Si la mère a une grande capacité de stockage, en général, le volume de lait est adéquat après les 2 premiers flux. Il est alors inutile de continuer à tirer le lait après.
- Si la mère a une faible capacité de stockage ou souhaite augmenter sa production de lait, les conseils seront les suivants:
 - exprimer le lait plus souvent (envisager une expression nocturne si besoin);
 - allonger légèrement la durée de l'expression;

- proposer un tire-lait à double-pompage car cela augmente l'intensité de la stimulation et en même temps l'amplitude du pic de prolactine. Le volume de lait obtenu sera plus important qu'avec un simple pompage;
- masser le sein avant de tirer le lait et combiner une expression manuelle pour augmenter le volume de lait extrait;
- quel que soit le type de tire-lait utilisé, la succion sera plus efficace si la mère humecte légèrement son sein: cela améliorera l'adhérence, et permettra de mieux faire le vide. Il est également important de commencer doucement, en augmentant la force de succion ensuite si nécessaire.
- effectuer des massages pendant la stimulation au tire-lait: provoquer plusieurs réflexes d'éjection en interrompant l'expression environ toutes les 10 minutes, masser les seins, les secouer et rebrancher le tire-lait;
- utiliser le système de la compression en fin d'extraction. Cela permet un meilleur drainage alvéolaire, ce qui augmentera la production;
- pour stimuler la lactation lors de l'allaitement d'un prématuré, il faut tirer le lait au moins 6 à 8 fois par 24 heures (dont une fois la nuit).

Le temps nécessaire à l'expression du lait est très variable d'une femme à l'autre et n'est pas constant chez une même femme. L'idéal est donc de leur conseiller d'arrêter la séance d'expression lorsqu'elles observent un « goutte à goutte ».

Lorsque le tire-lait est utilisé de manière intensive, l'achat d'un système « mains libres » permet aux mères de gagner du temps. Grâce à cette méthode, les tétérelles sont maintenues sans l'aide des mains, ce qui permet aux mères d'exprimer leur lait tout en faisant une autre activité.

Certains modèles de bustier peuvent être vendus à l'officine. (par exemple, le bustier Easy Expression® commercialisé par Medela).



Figure 67: Bustier Easy Expression® du laboratoire Medela

<http://www.medela.com/FR/fr/breastfeeding/products/pumping/easy-expression.html>

II.B.2. Quelle quantité de lait exprimée donner au nourrisson? [73]

Les mères qui allaitent ne connaissent pas le volume de lait que boit leur enfant. La question du volume se pose souvent au moment de l'usage d'un tire-lait. Pour connaître la quantité de lait dont aura besoin un nourrisson, et donc la quantité à prévoir pour la personne qui le garde, la « règle d'Appert » peut être utilisée:

« Règle d'Appert »:
Volume de lait nécessaire (mL) / jour = Poids du nourrisson (g) / 10 + 250

Le chiffre obtenu est approximatif. Le résultat peut ensuite être divisé par le nombre de tétées quotidiennes pour obtenir le volume d'un biberon à préparer.

Par exemple, un nourrisson de 5,4 Kg boira environ $(5400 / 10) + 250 = 790$ mL par jour, soit environ 132 mL 6 fois par jour (si le nourrisson reçoit 6 tétées par jour).

Exprimer le lait avec un tire-lait est une méthode qui ne convient pas à toutes les femmes. Certaines d'entre-elles auront des difficultés à obtenir au tire-lait la quantité nécessaire pour l'enfant. Cela génère des doutes et une perte de confiance de la mère dans sa capacité à nourrir son enfant.

Dans cette situation, les conseils à l'officine seront:

- rassurer la mère;
- revoir la manière dont elle utilise son tire-lait (mamelon au centre de la tétérèlle, massage des seins avant l'expression...);
- revoir le modèle de tire-lait utilisé ainsi que la taille des tétérèlles;
- écouter une musique relaxante pendant l'expression et se munir d'une photographie et d'un vêtement de l'enfant;
- exprimer le lait plus souvent.

Les erreurs à éviter:

- louer un modèle de tire-lait ancien;
- résumer la différence entre un système simple et un système à double-pompage à l'accroissement du prix;
- ne pas montrer l'assemblage des tétérèlles lors de la location;
- ne pas parler des temps de conservation du lait.

II.B.3. La conservation [73]

Aborder le sujet de la conservation du lait maternel est indispensable et fait intégralement partie du rôle de santé publique de l'équipe officinale. Une fiche-conseils récapitulative devrait être donnée systématiquement aux mères lors de chaque location.

II.B.3.a. En pratique [25][73][67][52][121]

La durée de conservation est l'intervalle de temps entre l'expression du lait (ou la 1^{ère} expression en cas de plusieurs recueils dans un même récipient) et sa consommation par l'enfant.

Les recommandations qui doivent être données à l'officine sur les temps de conservation sont celle de l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses).

Conservation du lait maternel pour un enfant né à terme et en bonne santé:

- à température ambiante (25°C au maximum): 4 heures;
- au réfrigérateur (0 à 4°C): 48 heures;
- au congélateur (-20°C): 4 mois;
- lait décongelé au réfrigérateur (0 à 4°C): 24 heures.

Attention:

- ces temps de conservation ne sont pas cumulatifs. S'il est prévu d'utiliser le lait fraîchement recueilli au cours des 48 heures, ce lait sera conservé au réfrigérateur pour sauvegarder au maximum ses propriétés. Après ce délai, il ne pourra plus être congelé. Si la mère choisit de congeler son lait, il faut qu'elle le fasse le jour du tirage après l'avoir rapidement refroidi au réfrigérateur;
- le lait maternel conservé au réfrigérateur ne doit pas être placé dans la porte car la température n'y est pas assez stable ni assez froide;
- le lait congelé doit être conservé dans le fond du congélateur, afin d'éviter un réchauffement intermittent lié à l'ouverture de la porte du congélateur.

La congélation n'est pas un mode de stérilisation mais permet d'augmenter la durée de conservation.

Tableau 25: Durée de conservation du lait maternel [52]

Durée de conservation du lait maternel	Congélateur -18°C	Réfrigérateur (0 – 4°C)	Température de la pièce (19 – 25°C)
Lait frais	4 mois	48 heures	4 heures
Lait décongelé	Ne pas recongeler	24 heures	1 heure

Lait frais: lait exprimé, non chauffé, non congelé, appelé aussi « lait cru ».

Le lait maternel ne peut être comparé aux préparations pour nourrisson: en effet, le lait maternel cru et réfrigéré contient toujours des cellules vivantes, des macrophages, des IgA, des oligosaccharides, qui apportent une immunité passive à l'enfant tout en stimulant son système immunitaire. Ces composants sont également actifs pendant le temps de conservation du lait. Une étude a montré que la concentration en bactéries (non pathogènes) dans le lait maternel baissait au cours du séjour de 8 jours au réfrigérateur. Ce phénomène s'explique par l'inhibition de la croissance bactérienne au cours de la réfrigération mais aussi par l'action des facteurs antimicrobiens du lait lui-même.

L'Academy of Breastfeeding Medicine a recensé différentes études afin d'établir en 2010 un protocole relatif à la conservation du lait humain destiné à un bébé né à terme et en bonne santé:

- pour des températures ambiantes allant de 27 à 32°C, 3-4 heures semblent une limite raisonnable. Pour du lait exprimé dans des conditions optimales, qui contient très peu de bactéries, 6-8 heures à une température ambiante plus basse pourront être raisonnables;
- très peu d'études ont évalué la sécurité du stockage du lait à 15°C, température que l'on peut obtenir dans une petite glacière avec un accumulateur de froid. Certains auteurs suggèrent que l'on peut conserver du lait humain pendant 24 heures à 15°C, au vu de la faible croissance microbienne constatée dans les échantillons qu'ils ont étudiés;
- un certain nombre d'études ont démontré la sécurité d'une réfrigération du lait humain à 4°C, soit en évaluant la capacité antibactérienne du lait conservé comme marqueur de la qualité du lait, soit en mesurant la croissance bactérienne dans les échantillons de lait conservé. La capacité bactéricide du lait stocké au réfrigérateur baisse significativement après 48-72 heures. Toutefois, des études portant sur du lait humain exprimé peu contaminé au moment de l'expression ont constaté une faible croissance bactérienne à 72 heures, sans danger, voire même après 4-8 jours de réfrigération.

A l'officine, il est cependant préférable de conseiller aux mères les durées de conservation les plus courtes, à savoir celle de l'Anses.

II.B.3.b. Conseils de l'équipe officinale [73][121]

- Idéalement le lait maternel doit d'abord être rapidement refroidi sous l'eau froide puis placé au réfrigérateur. Si le lait est destiné à la congélation, son passage au réfrigérateur dure plusieurs dizaines de minutes pour diminuer progressivement sa température avant d'être placé au congélateur.
- Il est possible de mettre dans le même biberon du lait issu de plusieurs tirages différents de la journée. Dans ce cas, le lait frais doit être préalablement refroidi avant d'être mélangé au lait du recueil précédent. De cette manière, les températures des deux laits mélangés sont identiques. Les différents lots d'une même journée peuvent ainsi être mélangés pour obtenir un volume plus important, avant une congélation par exemple. La durée de conservation doit être comptée à partir de l'heure du premier recueil.
- Lorsque le lait est destiné à être congelé, il est préférable de ne remplir le récipient qu'aux trois quarts, en prévision de l'augmentation de volume, et de congeler de petites quantités (de 60 à 120 mL) pour éviter le gaspillage.
- Chaque récipient doit être étiqueté avec la date d'expression (ou de 1^{ère} expression) et, si congélation, la date de congélation et de décongélation, la quantité de lait recueilli et le nom de l'enfant si celui-ci est gardé en collectivité. Il faudra utiliser en priorité le lait le plus ancien.
- Il est préférable de donner en priorité à l'enfant un lait réfrigéré par rapport à un lait décongelé car la congélation détruit certains éléments anti-infectieux du lait maternel.
- Le lait maternel n'étant pas homogénéisé après réfrigération ou congélation, ses constituants se séparent, la crème surnage et le reste du lait ressemble à de l'eau. Il suffit d'agiter doucement le récipient avant de donner le lait au nourrisson.
- Le lait maternel a parfois une odeur désagréable. Cette odeur de ranci est due à la lipolyse du lait, qui facilite la digestion du lait humain par le bébé, tout particulièrement les prématurés, et qui est sans impact sur sa qualité ou sa sécurité, même si certains bébés pourront refuser de boire ce lait (la personne gardant l'enfant devra en être informée).

II.B.3.c. Les récipients de conservation [73]

Les laboratoires fabriquent de nombreux systèmes de conservation du lait maternel. Ils sont, en général, très ingénieux et peuvent être vendus à l'officine.

II.B.3.c.1. Sachets de conservation du lait maternel [73]



Figure 68: Sachet de conservation

<http://boutique.almafil.com/La-conservation-du-lait/Sachets-de-cong%C3%A9lation-du-lait-maternel-Lansinoh>

Ils sont en matière plastique et à usage unique. Leur fermeture se fait le plus souvent à l'aide d'un « zip », qui, dans certains modèles, change de couleur lorsqu'il est hermétiquement fermé.

Certaines marques proposent un système qui permet d'adapter le sachet directement sur la tétérelle du tire-lait (marques Ameda et Medela par exemple). Le nombre de manipulations faites par la mère est ainsi diminué.



Figure 69: Sachet de conservation adaptable sur la tétérelle

<http://www.medela.com/FR/fr/breastfeeding/products/breastmilk-collecting/breastmilk-bag.html>

i. Avantages

- Gain de place dans le réfrigérateur ou le congélateur;
- si congelé en position horizontale, décongélation rapide;
- transport avant le remplissage très facile.

ii. Inconvénients

- Risques de fuites de lait si la fermeture avec le système « zip » n'est pas réalisée correctement ou si le sachet se perce pendant le transport;
- lecture imprécise de la quantité de lait présente dans le sachet;
- coût élevé lors d'un usage à long terme car ces sachets ne sont pas réutilisables.

iii. Conseils de l'équipe officinale

- Privilégier ce système pour un usage à court terme;
- éviter de toucher l'intérieur du sachet;
- si le sachet ne possède pas de double paroi, utiliser un second sachet au-dessus du premier;
- noter la date de recueil sur le sachet et la quantité de lait.

II.B.3.c.2. Pots de conservation de lait maternel [73]

Ils se fixent directement sur le tire-lait lors de l'expression et peuvent être transformés en biberon en ajoutant une tétine. Le lait maternel qu'ils contiennent n'est ainsi pas transvasé, ce qui diminue le nombre de manipulations faites par la mère.

i. Avantages

- Économiques pour les mères car réutilisables;
- adaptés pour un usage à long terme;
- faible risque de fuites de lait si le pot est fermé de manière hermétique;
- lecture simple et rapide de la quantité de lait recueillie.

ii. Inconvénients

- Stabilité des pots sur une table très variable en fonction du modèle (des socles de stabilisation existent et diminuent le risque de renversement du biberon);
- plus encombrants et décongélation plus lente que les sachets.

iii. Conseils de l'équipe officinale

- Suivre scrupuleusement les recommandations du laboratoire concernant le nettoyage et la stérilisation avant la première utilisation;
- hygiène stricte lors de la réutilisation du pot;
- suivre les recommandations du laboratoire concernant le nombre maximal de réutilisation du pot (Philips Avent par exemple);
- noter systématiquement la date de recueil et le volume sur le flacon.

Tableau 26: Caractéristiques des pots de conservation de lait maternel [73]

	Lansinoh	Medela	Philips-Avent (pots VIA®)
Caractéristiques	<ul style="list-style-type: none"> - graduations des pots - contenance: 150 mL - matière: polypropylène - pas de bisphénol A - pas de phtalates - lavage possible au lave-vaisselle - compatible avec de nombreuses marques de tire-lait 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 contenances différentes: 150 et 250 mL - matière: polypropylène - pas de bisphénol A - incassable - compatible avec tous les tire-lait manuels et électriques Medela ainsi qu'avec l'embout Calma® 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 contenances différentes: 180 et 240 mL - pas de bisphénol A - pots fournis stérilisés donc prêts à l'emploi - utilisables pour la conservation d'aliments solides - couvercles vissables hermétiquement - superposables (gain de place) - adaptables aux tire-lait et aux biberons Philips-Avent



Figure 70:
Pot de conservation du laboratoire Medela
<http://www.medela.com/CA/fr/breastfeeding-consumer/products/breastmilk-management/breastmilkbottles.html>



Figure 71:
Pots de conservation du laboratoire Avent
<http://maman.chouquette.com/2014/04/16/le-mercredi-cast-last-party-7-les-pots-de-conservation-avent-de-philips/>

II.B.4. Le réchauffage du lait maternel [25][73][122][80]

Certains bébés acceptent le lait non chauffé mais le plus souvent, ils préfèrent le lait tiédi (le lait pris au sein est à environ 35°C).

Dans tous les cas, le lait maternel ne doit pas être réchauffé ni décongelé au micro-ondes car ce dernier détruit les cellules anti-infectieuses et modifie les protéines du lait, et ne chauffe pas le lait de manière homogène. Ceci peut engendrer un risque de brûlure.

- S'il s'agit de lait maternel réfrigéré: il peut être réchauffé au bain-marie tiède ou au chauffe-biberon à faible thermostat;
- s'il s'agit de lait maternel congelé: il vaut mieux le laisser décongeler toute la nuit dans le réfrigérateur, ou au moins 6 heures avant l'heure prévue pour la consommation. Si on dégèle plus d'un récipient, ils peuvent être réunis pour un même repas. Une fois le lait décongelé mais non réchauffé, il doit être conservé au réfrigérateur et consommé dans les 24 heures, sinon il doit être jeté. Le lait décongelé ne doit pas être recongelé. On ne mélangera pas du lait décongelé avec du lait frais;
- si le lait est réchauffé, il doit être bu dans la demi-heure;
- si le lait est à température ambiante, il doit être bu dans l'heure;
- chacune de ces méthodes de réchauffage doit être limitée à 15-20 minutes pour éviter l'augmentation du taux de bactéries.

II.B.5. Le transport [73]

Si nécessaire, la mère peut transporter le biberon de lait maternel froid dans une glacière ou dans un sac isotherme avec un pack eutectique. Il ne faut pas qu'elle excède une heure de transport. Le matériel de transport doit être propre.

Différents systèmes permettant le transport simple du lait exprimé et du tire-lait peuvent être vendus en pharmacie ou loués avec le tire-lait.

II.C. La reprise du travail [73][123][37]

Pour tous les bienfaits qu'il apporte, l'allaitement exclusif est recommandé pendant 6 mois. Mais bien souvent, les mères reprennent leur travail avant les 6 mois de leur enfant. La seule possibilité pour les mères qui veulent poursuivre les recommandations de l'OMS est donc de cumuler travail et allaitement. Or, environ à partir des 3 mois de l'enfant, la principale raison donnée pour un arrêt précoce programmé de l'allaitement reste la reprise du travail. Selon l'étude menée en Rhône-Alpes en 2004-2006, la reprise du travail est le principal motif de sevrage avancé par les femmes pour 25,6 % d'entre elles à 3 mois et 30 % à 6 mois. Les femmes qui concilient allaitement et travail représentent néanmoins environ un tiers des femmes qui ont repris à 3 mois et à 6 mois. Peu de mères disent avoir utilisé un tire-lait sur leur lieu de travail et la plupart ont éprouvé des difficultés liées à l'expression du lait, par manque de connaissance de la technique. À l'inverse, le soutien de l'entourage, notamment du conjoint, et celui des professionnels constituent des motivations importantes à la poursuite de l'allaitement.

C'est l'équipe officinale qui loue les tire-lait, elle est donc idéalement placée pour encourager les mères dans cette situation et pour leur expliquer comment concilier reprise d'activité professionnelle et maintien de la lactation.

II.C.1. Les notions à connaître [73][123][53][54][52][76][25][20][122]

II.C.1.a. Reprendre le travail le plus tard possible est préférable

Une lactation installée depuis de nombreuses semaines est moins perturbée par la reprise du travail et les changements de rythme qui l'accompagnent. Le tire-lait ne stimule pas aussi bien que la bouche du bébé les terminaisons nerveuses de l'aréole, le taux de prolactine produit est donc moins important. Il faut donc éviter d'utiliser le tire-lait en remplacement d'une tétée au cours des premiers mois. A partir de 3 mois, la prolactine retrouve son taux basal. Le tire-lait aura donc moins d'impact sur la lactation. De même, la fréquence d'extraction portera moins à conséquence chez les mères qui reprennent le travail plus tard. Les risques d'engorgement, de tensions mammaires ou de fuites de lait sont moindres lors d'une reprise du travail tardive. Un mois de plus ou de moins pour le bébé peut faire une grande différence.

Pour retarder leur retour dans le monde du travail, les mères peuvent faire le choix de cumuler des congés payés avec leur congé de maternité, de prendre un congé parental, de travailler à temps partiel ou de reporter une partie du congé prénatal (au maximum 3 semaines) sur leur congé postnatal.

II.C.1.b. La loi

En France, le congé maternité comprend pour les salariées un congé prénatal et un congé postnatal. Sa durée varie selon le nombre d'enfants attendus et le nombre d'enfants déjà eus par la mère.

Tableau 27: Durée du congé maternité [53]

Durée du congé maternité			
Situation familiale	Durée du congé prénatal	Durée du congé postnatal	Durée totale du congé maternité
Vous attendez un enfant et vous (ou votre ménage) avez moins de deux enfants à charge ou nés viables	6 semaines	10 semaines	16 semaines
Vous attendez un enfant et vous avez déjà au moins deux enfants à votre charge effective et permanente (ou à celle de votre ménage) ou vous avez déjà mis au monde au moins deux enfants nés viables	8 semaines	18 semaines	26 semaines
Vous attendez des jumeaux	12 semaines	22 semaines	34 semaines
Vous attendez des triplés ou plus	24 semaines	22 semaines	46 semaines

Pour offrir plus de liberté aux femmes dont la grossesse se déroule bien et leur permettre de passer davantage de temps avec leur bébé, les modalités du congé maternité ont été assouplies: il est possible de demander à reporter une partie du congé prénatal (les 3 premières semaines maximum) sur le congé postnatal, en accord avec le médecin. Il n'est pas prévu de congé maternité spécifique à l'allaitement. Ainsi, un congé postnatal ne pourra pas être prolongé pour ce motif.

Les femmes chefs d'entreprise ont droit à une indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité. Pour que l'indemnité soit versée, l'activité professionnelle doit être interrompue pendant au moins 44 jours consécutifs dont 14 jours doivent immédiatement précéder la date présumée d'accouchement.

Cet arrêt de travail peut être prolongé par une ou deux périodes de 15 jours consécutifs. La durée des arrêts de travail ne peut pas être fractionnée autrement.

Actuellement en France la réglementation en vigueur concernant le travail des salariées allaitantes est la suivante:

Extrait du Code du travail

Article L1225-30 : « Pendant une année à compter du jour de la naissance, la salariée allaitant son enfant dispose à cet effet d'une heure par jour durant les heures de travail. »

Article L1225-31 : « La salariée peut allaiter son enfant dans l'établissement ».

Article L1225-32 : « Tout employeur employant plus de cent salariées peut être mis en demeure d'installer dans son établissement ou à proximité des locaux dédiés à l'allaitement ».

Figure 72: Extrait du code du travail [52]

La loi prévoit dans le Code du travail, la possibilité de bénéficier d'une heure de disponibilité par jour (une demi-heure 2 fois par jour) sur le temps de travail pour tirer son lait ou allaiter son enfant jusqu'à son 1^{er} anniversaire. Cette heure est non rémunérée. La période où le travail est arrêté pour l'allaitement est déterminée par accord entre la salariée et l'employeur. A défaut d'accord, cette période est placée au milieu de chaque demi-journée de travail.

La mère peut choisir d'utiliser ce temps disponible pour allaiter son enfant sur son lieu de garde ou sur le lieu de travail, si les conditions le permettent.

La convention de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) n° 183 sur la protection de la maternité (2000) et la recommandation qui l'accompagne (n° 191) appellent à la mise en place d'un ensemble de mesures favorisant le début, l'installation et le maintien de pratiques d'allaitement optimales. On y trouve:

- un congé de maternité d'au moins 14 semaines rémunéré à 66 % de la rémunération précédente versée par une assurance sociale obligatoire ou sur les deniers publics ou 18 semaines avec un salaire complet selon la recommandation n° 191;
- des soins de santé prénatals, à l'accouchement et postnatals pour la mère et l'enfant avec une allocation monétaire pour les femmes qui ne sont pas éligibles à l'assurance sociale contributive;
- la protection des travailleuses enceintes ou allaitant du travail qui a été déclaré nocif pour sa santé ou celle de l'enfant;
- le droit de retourner dans le même emploi ou un emploi similaire avec le même salaire et une protection contre la discrimination au travail;
- le droit à une ou plusieurs pauses journalières ou à la réduction de la durée du travail pour l'allaitement.

Cette convention, votée alors par la France, n'est toujours pas ratifiée. Dans son rapport de 2011, le Comité européen des droits sociaux relevait d'ailleurs en France des « non-conformités » liées à « l'absence de garantie pour les salariées françaises d'une rémunération des pauses d'allaitement ».

II.C.1.c. Période sensible

La reprise du travail est une période sensible pour la mère et pour l'enfant car cela implique des changements dans la vie quotidienne. Concilier allaitement et travail demande une organisation qu'il vaut mieux préparer au préalable. Soutenir une mère dans cette étape charnière, en lui donnant des conseils dans la gestion de son organisation, l'aidera sans aucun doute.

La mère peut très bien continuer à allaiter complètement jusqu'à la reprise effective du travail, sans s'inquiéter si le bébé refuse le biberon (ce qui arrive souvent), voire la tasse ou la cuillère: il l'acceptera de la main de la personne qui le gardera, car il en comprendra alors la nécessité et l'utilité. Tandis que lorsque c'est la mère (ou une autre personne en présence de la mère, voire parfois en son absence mais avant la reprise), il ne comprend pas pourquoi on lui propose du « deuxième choix » alors que le « premier choix » est là tout près, à portée de bouche. La mère s'évitera ainsi bien des angoisses et des conflits pouvant tourner à l'épreuve de force. Elle minimisera aussi le risque de confusion sein/tétine.

L'inquiétude fréquente relative à l'accueil d'un enfant allaité repose d'une part sur la peur de ne pouvoir fournir le même apaisement que la mère et d'autre part sur le refus du biberon. L'enfant connaît déjà d'autres formes de consolation et de détente avec son père et il a des capacités d'adaptation nécessitant une durée variable selon les enfants. Le refus du biberon s'estompe le plus souvent en un ou deux jours. Des pertes de poids sont très rarement rapportées.

Les conseils pour la personne qui garde l'enfant sont les suivants:

- proposer le biberon avant que l'enfant n'ait trop faim;
- la tétine peut être placée sous l'eau chaude pour la mettre à la température du corps;
- placer la tétine contre ses lèvres et en le laissant la prendre tout seul;
- une tétine premier âge peut être utilisée pour maintenir un effort de succion et la position horizontale du biberon lors du repas permet d'éviter un débit trop rapide;
- l'utilisation d'une tasse, d'une tasse à bec, ou de la Soft-Cup® peut être envisagée devant la persistance du refus de l'enfant;
- tester différentes sortes de tétines pour trouver la forme, la texture (latex ou silicone) et l'ouverture qui conviennent au bébé. De manière générale, il est important que la bouche du bébé soit la plus « remplie » possible. Il vaut mieux choisir une tétine volumineuse, dont la base n'est pas trop large, de façon à ce que le bébé prenne toute la tétine dans sa bouche, et que l'extrémité de la tétine aille le plus loin possible dans la bouche. Ainsi, une tétine « standard » répond mieux à ces exigences qu'une tétine dite « physiologique »;
- plusieurs positions peuvent être essayées pour donner le biberon, plutôt en tenant l'enfant assis (enfant tourné vers l'extérieur, dos à la personne qui le

nourri, ou dans un transat, une poussette...), un vêtement imprégné de l'odeur de la mère pour entourer l'enfant, ou faire des mouvements rythmiques pour le calmer (marcher, bercer...);

- l'enfant peut aussi jouer avec un biberon vide pour s'accoutumer à l'objet.

Il est important de ne pas forcer l'enfant à prendre le biberon.

Au-delà de six mois, l'alimentation diversifiée élude la problématique de la prise du biberon.

II.C.1.d. Âge de l'enfant et notion d'exclusivité

Connaître l'âge de l'enfant au moment de la reprise du travail et la volonté des parents de continuer un allaitement exclusif ou non permet d'adapter les conseils donnés à l'officine.

II.C.1.e. Les mères ont besoin d'un matériel récent et adapté à leur situations

Il est donc crucial de conseiller un tire-lait de bonne qualité, discret et facile à transporter pour les femmes qui concilient travail et allaitement.

II.C.2. Conseils

II.C.2.a. Notions générales

II.C.2.a.1. Technique permettant de générer un stock de lait [73][25]

- Pour générer un stock de lait, la mère doit se mettre en situation de surproduction. Il faudra donc qu'elle sollicite davantage sa lactation en recueillant le lait non consommé par l'enfant après une tétée ou en tirant son lait dans la journée en plus des tétées. L'idéal est d'utiliser un tire-lait à double pompage pour gagner du temps. La location des tire-lait est remboursée par Sécurité sociale (ou organismes équivalents) sur présentation d'une ordonnance établie pour « toute la durée de l'allaitement ». Les quantités obtenues au départ sont faibles, puis elles augmentent petit à petit, la lactation s'adaptant à cette nouvelle demande.
- A quel moment? Pendant la journée ou la nuit? Toutes les situations sont possibles à condition que l'organisation convienne à la mère:
 - elle peut choisir de tirer du lait pendant la tétée. Elle exprimera du lait sur un sein pendant que son nourrisson tète l'autre. Dans ce cas, le lait sera recueilli avec plus de facilité grâce à la stimulation de l'enfant sur le sein controlatéral;
 - elle peut choisir d'exprimer du lait entre les tétées ou encore à la fin des tétées pour recueillir la quantité de lait non consommée par l'enfant.

Exprimer son lait le matin peut aussi être une solution, la production de lait étant plus abondante.

- Les stocks de lait doivent être étiquetés avec le le nom de l'enfant, le jour du tirage et la quantité recueillie et les dates de congélation et de décongélation, si c'est le cas.
- Pendant combien de temps faut-il tirer le lait? L'idéal est d'arrêter la séance d'expression quand le lait coule en grosses gouttes.
- Il faut réapprovisionner le stock régulièrement dès qu'il commence à être utilisé:
 - extraction de lait en absence de l'enfant (sur le lieu de travail et/ou lors de la pause déjeuner, par exemple). Idéalement, cette extraction devrait se faire au moment où l'enfant réclame habituellement le sein;
 - extraction de lait en présence de l'enfant pendant les jours de repos.

II.C.2.a.2. Situations dans lesquelles un stock de lait maternel est nécessaire [73][120]

Le stock de lait permet à la mère de continuer l'allaitement lorsqu'elle s'absente et qu'elle fait garder son enfant.

Un stock suffisant évitera à la mère d'être à flux tendu lors de la reprise et l'aidera à reprendre son activité avec plus de sérénité.

Le lait stocké peut être gardé 2 jours au réfrigérateur ou 4 mois au congélateur. Beaucoup de mères commencent leur constitution de stock environ 15 jours avant leur date de reprise d'activité.

Les mères qui ont besoin de constituer un stock sont donc:

- celles qui reprennent leur travail avant les 6 mois de l'enfant et souhaitent maintenir l'allaitement exclusif. Dans ce cas, le stock minimal pour commencer et celui qui correspond aux besoins du nourrisson pendant la 1^{ère} journée d'absence. Cependant, une avance de stock supérieure à une journée d'absence rassure souvent les mères;
- celles qui veulent maintenir un apport de lait maternel dans la journée mais de manière non exclusive (allaitement partiel ou diversification alimentaire). Dans ce cas, le stock nécessaire est beaucoup plus faible, ce qui offre aux mères beaucoup plus de souplesse quant aux fréquences de tirage. Même si la mère opte pour un allaitement mixte, il lui sera utile de tirer son lait une à deux fois par jour, tout au moins les premiers temps, pour éviter les engorgements. Avec le temps, la sécrétion lactée se régule, et beaucoup de mères arrivent très bien à allaiter leur bébé matin et soir, ainsi que les week-end, sans avoir besoin de tirer leur lait en semaine quand elles sont à leur travail.

Il est important de suggérer à la mère de:

- tenir compte du temps total qu'elle passera loin de son bébé: non seulement le temps de travail, mais encore le temps passé dans les transports. Cela peut porter le temps d'absence à 9 ou 10 heures. La mère pourra ainsi mieux planifier le nombre d'expressions à faire dans la journée;
- de calculer le temps qu'elle consacrera effectivement à l'opération. Cela inclut non seulement le fait de tirer le lait, mais aussi celui de gagner le lieu où elle le fera (qui peut être éloigné de son poste de travail), de préparer le matériel, de le nettoyer et de le ranger après usage. Sur un temps total de 20 min, la mère pourra en fait ne consacrer que 10 min à l'extraction proprement dite;
- de garder à l'esprit que le fait de devoir tirer son lait plusieurs fois par jour n'est pas définitif. Quand le bébé commencera à prendre d'autres aliments, généralement vers 5 ou 6 mois, elle pourra diminuer le nombre de fois où elle tirera son lait. Le moment viendra où elle n'aura plus besoin du tout de tirer son lait: elle pourra profiter de la relation d'allaitement pendant qu'elle sera avec son bébé.

II.C.2.a.3. Calcul de la quantité de lait maternel à prévoir

[73][120][25]

« Règle d'Appert »:

Volume de lait nécessaire (mL) / jour = Poids du nourrisson (g) / 10 + 250

Grâce à la « règle d'Appert », la mère calculera la quantité de lait nécessaire pour la période de garde de l'enfant.

Le bébé allaité consomme en moyenne 600 mL de lait maternel / jour pendant les premières semaines; cette quantité augmente jusqu'à une moyenne de 840 mL / jour entre 2 et 6 mois. Divisé par le nombre de tétées (8 à 10 / jour en moyenne), cela fait 60 à 100 mL par tétée. Il est rare qu'un bébé allaité avale le contenu d'un plein biberon de lait maternel à la place d'une tétée.

A titre indicatif, si l'enfant est accueilli 8 heures par jour, la mère peut prévoir de laisser 3 ou 4 récipients de 50 à 80 mL de lait et ajuster ensuite.

Les petites quantités obtenues lors des premières utilisation du tire-lait peuvent être congelées et utilisées lors de la période d'adaptation de l'enfant, quand le temps d'accueil est réduit.

Il est préférable d'apporter le lait dans des quantités réalistes par repas sachant que, d'après les recommandations actuelles, si un enfant a partiellement consommé un biberon de lait maternel, le reste sera conservé une heure au maximum.

Il est conseillé de congeler de petites quantités de lait. Elles se décongèlent plus rapidement, et limitent le gaspillage. Il est possible de décongeler juste la quantité de lait que le bébé est supposé boire, quitte à en décongeler à nouveau s'il a encore faim.

La mère pourra donc décongeler la quantité nécessaire en déplaçant le lait prévu du congélateur au réfrigérateur la veille au soir. La décongélation se fera doucement pendant la nuit. Le matin, la mère pourra répartir le lait dans des biberons qu'elle donnera à la personne qui garde l'enfant. La décongélation peut aussi se faire en plaçant le flacon ou le sachet de lait maternel dans un récipient d'eau chaude (sans dépasser 37°C), en veillant à ce que l'eau ne touche pas le couvercle pour éviter toute entrée d'eau. Ces biberons seront conservés au réfrigérateur et donnés à l'enfant dans les 24 heures.

Si la mère tire son lait la veille ou l'avant-veille du jour où il sera utilisé, il est inutile de le congeler.

Si le trajet vers le lieu d'accueil dure plus de 10 minutes, le lait maternel est transporté jusqu'au lieu d'accueil dans une glacière ou dans un sac isotherme contenant un bloc de glace.

II.C.2.a.4. Lors des séparations: maintien de la lactation par des expressions régulières [73][67][124]

La mère devra tirer son lait pour éviter un engorgement et une baisse de la production lactée. Idéalement, le lait maternel doit être exprimé au moment où l'enfant est nourri par la personne qui le garde. Lorsque cette fréquence n'est pas compatible avec les horaires de travail, les expressions doivent être régulières: toutes les 4 heures, avec un maximum de 6 heures entre deux tirages. Mais chaque femme fera en fonction de ses possibilités, l'essentiel étant d'éviter les stases de lait.

Si une diminution de la production de lait est néanmoins constatée, la mère pourra adopter une ou plusieurs de ces solutions:

- augmenter la fréquence des tétées lorsqu'elle est en présence de son enfant;
- tirer son lait durant les heures de travail;
- favoriser les tétées de nuit.

Trouver un endroit calme et propre peut être difficile mais, en général, avec la complicité d'une amie ou d'une collègue, la mère peut se retirer 15 ou 20 minutes dans un bureau vide ou un vestiaire. Elle doit aussi penser à s'habiller de façon pratique pour tirer son lait.

Le lait exprimé devra être conservé au réfrigérateur sur le lieu de travail, avant d'être éventuellement congelé lors du retour au domicile. Un récipient propre différent sera utilisé à chaque fois au cours de la journée. Ces différents lots, rapidement refroidis, peuvent être mélangés le soir pour une tétée ou pour la congélation.

II.C.2.a.5. Lors des retrouvailles: allaitement à la demande [73][123][124][76][122]

Lorsque la mère retrouve son enfant, elle pourra lui donner le sein en fonction de ses demandes, sans craindre de perturber l'enfant si, en conséquence, il n'aura pas le même rythme à la crèche ou chez l'assistante maternelle, et à la maison.

Le matin, elle peut se réveiller plus tôt pour allaiter son bébé même s'il est encore à moitié endormi, s'habiller et se préparer tranquillement après. Puis, elle peut lui donner une autre tétée juste avant de partir.

Il est possible que l'enfant ait besoin d'aller au sein plus souvent, y compris la nuit, au moment de la reprise du travail. Répondre à ce besoin va lui permettre de s'adapter en douceur à cette nouvelle situation. Ces tétées nocturnes sont d'ailleurs nécessaires au maintien de la lactation.

La mère peut expliquer à la personne qui garde son enfant qu'il serait préférable d'éviter de donner un biberon trop copieux en fin de journée afin qu'il soit prêt à téter dès qu'il sera entre ses bras.

La poursuite de l'allaitement constitue une transition qui permet de négocier paisiblement la séparation et l'entrée en mode de garde. Les mères témoignent du plaisir et de l'apaisement que leur procurent les retrouvailles des tétées. Voir l'enfant reprendre le sein est pour elles le signe de la persistance d'un lien et d'une relation vécue harmonieusement. Pour l'enfant, retrouver un environnement de plaisir et de sécurité est pleinement rassurant.

II.C.2.a.6. Jours de repos, week-ends ou vacances: allaitement à la demande [73]

Cela stimulera à nouveau la production de lait et facilitera les retrouvailles de la mère et de l'enfant autour des tétées.

II.C.2.b. Adaptation des conseils à la situation rencontrée [73]

Tableau 28: Accompagnement du maintien de l'allaitement lors de la reprise d'activité [73]

	AM exclusif Enfant < 6 mois	AM mixte Enfant < 6 mois	Enfant > 6 mois
Stock de lait	<ul style="list-style-type: none"> - Constitution du stock en réalisant temporairement une surproduction - Maintien du stock grâce à des expressions sur le lieu de travail ± expressions surnuméraires au domicile 	<ul style="list-style-type: none"> - Stock nécessaire variable en fonction du type d'allaitement mixte réalisé - Adaptation des conseils au cas par cas 	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité du stock variable en fonction de la volonté ou non des parents de conserver le lait maternel en apport lacté - Lorsqu'un stock est nécessaire, le volume à prévoir est assez faible.
Quantités de lait nécessaires pendant les séparations mère-enfant	<p>« Règle d'Appert »: $\text{Vol de lait nécessaire (mL)/jr} = \text{Poids nourrisson (g)} / 10 + 250$</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nulles si tétées matin et soir et lait artificiel pendant la garde - Variable et calculable avec la « règle d'Appert » dans les autres cas 	<p>Suivre les recommandations alimentaires en rapport avec l'âge de l'enfant</p>
Entretien de la lactation pendant les séparations	<ul style="list-style-type: none"> - Si faible capacité de stockage, expressions fréquentes indispensables - Si capacité de stockage importante, adaptation de la fréquence des expressions en fonction du ressenti de tension mammaire et des volumes de lait recueillis 	<ul style="list-style-type: none"> - Nul si maintien des tétées matin et soir uniquement - Variable dans les autres cas en fonction du ressenti maternel de tension mammaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible fréquence d'expressions car les volumes de lait maternel nécessaires sont peu importants - Adapter la fréquence des expressions en fonction des quantités de lait recueillies
Dans tous les cas	<p>Le sein peut être proposé à la demande lors des moments de retrouvailles entre la mère et son enfant ainsi que pendant les vacances et les jours de repos. La lactation s'adaptera, comme toujours, à la nouvelle fréquence d'extraction de lait</p>		

II.C.2.c. Conseils supplémentaires [73][25][125][123]

- Anticiper la reprise du travail: conseiller aux mères de parler de leur souhait le plus tôt possible sur le lieu de travail et avec la personne qui gardera l'enfant. Certaines crèches ne sont pas très ouvertes à cette pratique, et les assistantes maternelles peuvent être, en fonction de leur adhésion ou non au projet, un soutien ou au contraire un facteur de stress.
La Recommandation Nutrition du Groupe d'Étude des Marchés de Restauration collective et de Nutrition, en juillet 2011, rappelait: « Selon les recommandations de l'Anses, et en accord avec l'établissement d'accueil, la possibilité peut être offerte à la mère qui le désire d'apporter des biberons de lait maternel, qu'elle aura préalablement recueilli, selon un protocole défini. »
Une enquête menée en 2010 par le réseau de périnatalité Naître en Languedoc-Roussillon révélait que même si les structures d'accueil informaient et soutenaient les mères, le nombre d'enfants accueillis et toujours allaités était très faible (41 % indiquaient moins de un enfant par an), et les professionnels étaient demandeurs de documentation et d'informations plus précises.
- Avoir une hygiène stricte pendant toutes les étapes de l'expression du lait et respecter les temps de conservation.
- Impliquer le conjoint dans la gestion du quotidien, demander de l'aide à son entourage si nécessaire. Ne pas oublier de se reposer suffisamment.
- Donner un stock de sécurité de lait maternel congelé à la personne qui garde l'enfant. Celui-ci restera au congélateur et ne servira qu'en cas d'imprévu: biberon cassé ou absence maternelle imprévue et prolongée.
- Acheter du matériel pratique et adapté: système de conservation adaptable directement sur le tire-lait sans manipulation inutile, bustier pour maintenir les tétérnelles sans l'aide des mains, sac de transport du tire-lait... Tous ces accessoires peuvent être vendus à l'officine. Les équipes officinales sont idéalement placées pour les proposer.
- En cas de « fuites »: il suffit en général d'appuyer fortement sur les seins (par exemple en croisant les bras) dès que ça commence à « picoter », pour empêcher le lait de couler.

II.D. Le sevrage ^{[69][44][126][127][80]}

Le sevrage est la période de transition entre l'allaitement exclusif et la cessation totale de l'allaitement.

Le sevrage peut survenir sans que la mère ne le décide. Selon l'étude menée en Rhône-Alpes en 2004-2006, ce n'est qu'à partir des 9 mois de l'enfant que le souhait de la mère apparaît comme motif principal de sevrage (30 %).

A 1 mois, le principal motif cité est les difficultés d'allaitement (66 % des mères, et particulièrement le manque de lait: 21 % des difficultés), à 3 et 6 mois, la reprise du travail (respectivement 26 et 30 %). En réalité, la reprise du travail n'est pas une indication au sevrage. De la même manière, il est rarissime qu'une maladie de la mère ou de l'enfant oblige au sevrage, et la grande majorité des traitements médicamenteux sont tout à fait compatibles avec l'allaitement.

Le sevrage naturel se fait au libre choix des enfants. La moyenne d'allaitement dans le monde est de cinq ans environ. L'allaitement long (1 an ou plus, ou au libre choix des enfants) existe en Europe du Nord, mais il est rare en France.

La décision du moment idéal pour arrêter l'allaitement maternel peut être décidé par la maman ou laissé à l'enfant.

Lignes de conduite conseillées par l'OMS:

- pendant les premiers six mois de vie, on conseille un allaitement maternel exclusif. L'enfant recevra tous les nutriments nécessaires par le lait maternel;
- à partir de six mois, on peut commencer à rajouter des compléments d'aliments solides (panade de fruits et de légumes). Les compléments d'alimentation peuvent être donnés après la mise au sein;
- à partir d'un an, il est conseillé de mettre au sein après l'alimentation solide.

En tant que professionnel de santé, il convient d'informer et d'expliquer l'allaitement maternel et l'alternative ou allaitement artificiel, mais tout en respectant le désir de la femme. Dans cette hypothèse, il faut distinguer :

- l'inhibition de l'allaitement (juste après l'accouchement) ou un arrêt précoce (moins d'un mois après l'accouchement);
- l'arrêt tardif de l'allaitement (plus d'un mois après l'accouchement).

II.D.1. L'arrêt précoce [128][9][73][129][130]

La montée laiteuse est un processus physiologique. Après l'accouchement, si la femme n'allaite pas, la lactation s'interrompt d'elle-même en une à deux semaines.

Toutefois, pour des raisons médicales, un recours aux méthodes allopathiques peut s'avérer nécessaire, la sécrétion basale de prolactine étant très élevée au cours de cette période. Mais il faut savoir qu'un traitement médical ou une intervention chirurgicale ne doivent pas obligatoirement entraîner le sevrage, chaque situation pourra être étudiée.

Les dérivés de l'ergot de seigle inhibiteurs de la prolactine tarissent la production de lait en exerçant une action agoniste dopaminergique.

La bromocriptine (Parlodel[®], inhibition de la lactation, et Bromocriptine Zentiva[®], inhibition de la lactation), dosée à 2,5 mg, possède l'AMM en France pour inhiber la lactation. Mais le CMDh (Comité européen de coordination) a approuvé la recommandation du PRAC (Pharmacovigilance Risk Assessment Committee) de juillet 2014 de **restreindre l'utilisation des médicaments contenant de la bromocriptine uniquement aux situations où l'allaitement doit être arrêté pour raison médicale (notamment fausse couche, interruption thérapeutique de grossesse, décès du nouveau-né, infection VIH de la mère)**. Le PRAC recommande également un renforcement des contre-indications, mises en garde et précautions d'emploi dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) et de l'information destinée aux patients (notice). Il a également souhaité insister sur le fait que l'utilisation de **la bromocriptine est déconseillée en routine dans l'inhibition de la lactation, dans la prise en charge de l'engorgement ou pour le soulagement des douleurs en post-partum** qui peuvent être prises en charge par des traitements non pharmacologiques ou par des antalgiques.

Ainsi, sur la base de ces nouvelles recommandations dans le RCP et la notice, le PRAC a conclu que le rapport bénéfice/risque des médicaments contenant de la bromocriptine restait favorable dans l'indication inhibition de la lactation. Cependant, afin d'éviter toute confusion ou erreur médicamenteuse, **l'indication est maintenue seulement pour les formes dosées jusqu'à 2,5 mg**. La France et l'Italie ont toutefois exprimé une opinion minoritaire divergente, considérant le rapport bénéfice/risque de la bromocriptine défavorable.

La recommandation de la CMDh devrait désormais être entérinée par la Commission européenne qui prend la décision finale, laquelle devra ensuite être suivie par les Etats membres.

Dans l'attente de la finalisation de la procédure, l'Ansm souhaite rappeler aux prescripteurs souhaitant débuter un traitement par la bromocriptine pour inhiber la lactation, la nécessité d'être particulièrement attentif aux facteurs de risque cardiovasculaires, neurologiques et psychiatriques de la patiente et au respect de la posologie.

De même, elle rappelle que la bromocriptine est contre-indiquée chez les patientes ayant une hypertension artérielle non équilibrée, une hypertension du post-partum ou puerpérale, des troubles hypertensifs de la grossesse (incluant l'éclampsie, la pré-éclampsie et l'hypertension liée à la grossesse). La bromocriptine est également contre-indiquée chez les patientes ayant des antécédents de maladie coronaire ou autre antécédent cardiovasculaire grave et chez les patientes ayant des troubles ou des antécédents de troubles psychiatriques sévères.

D'autres alternatives thérapeutiques sont proposées par l'Ansm mais n'ont pas d'AMM dans cette indication en France:

- **la cabergoline** (Dostinex[®] et Cabergoline Sandoz[®] (non encore commercialisée)), dosée à 0,5 mg, autre agoniste dopaminergique dérivé de l'ergot de seigle inhibant la lactation;
- **le lisuride** (Arolac[®]), dosé à 0,2 mg, agoniste dopaminergique non dérivé de l'ergot de seigle.

Bien que ces deux médicaments soient également des agonistes dopaminergiques, les données de pharmacovigilance et de la littérature ne montrent pas d'effets indésirables graves cardiovasculaires ou neuropsychiatriques lors de leur utilisation après un accouchement ou une interruption de grossesse, contrairement à la bromocriptine.

Le quinagolide (Norprolac[®]) est aussi un agoniste dopaminergique, non dérivé de l'ergot de seigle, qui freine la sécrétion de la prolactine, mais il n'est pas proposé par l'Ansm comme alternative thérapeutique à la bromocriptine.

Tableau 29: Médicaments utilisés pour inhiber la lactation [73]

Classe médicamenteuse	Médicament	Posologie pour inhiber la lactation	Effets secondaires	Résultats sur la lactation	Remarques
Dérivés de l'ergot de seigle	Bromocriptine cp 2,5 mg (Parlodel®)	- J1: ½ cp - J2: ½ cp 2 fois par jr - J3 à J15: 1 cp 2 fois par jr	- fréquents: nausées, vertiges - rares mais graves: AVC, infarctus du myocarde, hypertension artérielle, convulsions, hallucinations, confusion mentale	- inhibition rapide de la lactation - chute de la prolactinémie en 2 à 3 jours	- prise des cp pendant les repas - reprise de l'allaitement possible après la prise, en cas de changement d'avis
	Cabergoline 0,5 mg (Dostinex®)	Posologies utilisées dans les autres pays: - inhibition de la montée laiteuse après l'accouchement: 2 cp en une seule prise - inhibition d'une lactation installée: ½ cp toutes les 12 heures pendant 2 jours	Rarement: nausées, asthénie, céphalées, vertiges	- usage dans l'inhibition de la lactation hors AMM en France - action prolongée et puissante	- agoniste dopaminergique plus puissant que la bromocriptine - des cas de lactation relancée après prise de cabergoline existent cependant - utilisation dans cette indication dans de nombreux pays (Belgique, Allemagne, Etats-Unis, Suisse) - prise au milieu du repas du soir ou au coucher avec une légère collation
<p>- contre-indications: hypertension artérielle non équilibrée, une hypertension du post-partum ou puerpérale, des troubles hypertensifs de la grossesse (incluant l'éclampsie, la pré-éclampsie et l'hypertension liée à la grossesse), antécédents de maladie coronaire ou autre antécédent cardiovasculaire grave, troubles ou antécédents de troubles psychiatriques sévères, prise de neuroleptiques antiémétiques ou de phénylpropanolamine (décongestionnant nasal).</p> <p>- usage déconseillé avec les autres alcaloïdes de l'ergot de seigle vasoconstricteurs, les macrolides, les sympathomimétiques indirects et les sympathomimétiques α</p>					
Agonistes dopaminergiques non dérivés de l'ergot de seigle	Lisuride (Arolac®)	2 cp/jr pendant 14 jours	- somnolence - hypotension - céphalées - nausées et vomissements	Usage dans l'inhibition de la lactation hors AMM en France	Contre-indiqué en cas de risque cardiovasculaire (obésité, prééclampsie, HTA, tabagisme) ou de troubles psychiques
	Quinagolide (Norprolac®)		- somnolence - hypotension - céphalées - nausées et vomissements	- usage dans l'inhibition de la lactation hors AMM en France - action sur la lactation équivalente à la bromocriptine mais inférieure à la cabergoline	Contre-indiqué en cas d'insuffisance hépatique, rénale, de troubles psychiques et de prise de neuroleptiques (sauf la clozapine) - prise le soir au coucher avec une légère collation

L'usage des agonistes dopaminergiques n'est pas recommandé chez les femmes fumeuses, obèses, de plus de 35 ans.

Le bandage des seins n'est pas recommandé car l'inconfort engendré peut être plus important que celui lié à la montée laiteuse.

Si la montée laiteuse occasionne un inconfort trop important, il est possible d'utiliser un antalgique tel que le paracétamol. De même si un engorgement survient, il peut être traité par un anti-inflammatoire et l'application de froid. Si la mère se sent inconfortable, elle pourra soulager ses seins en les vidant un peu au moment de la tétée sautée.

II.D.2. L'arrêt tardif [73][127][67][76][105][131][126]

L'arrêt de la lactation ne nécessite pas obligatoirement une prise de médicament, la prolactine retournant à son taux basal après quelques mois. Une méthode progressive et naturelle existe. Elle est à privilégier sauf dans les situations où un arrêt d'urgence est indispensable.

Les périodes de stress, de douleurs au sein (lymphangite par exemple), déménagements, les périodes à changement ne sont pas propices, car un enfant est sensible à ces éléments, il ressent les stress parentaux. Il est préférable d'éviter « d'en rajouter » par un sevrage, par une séparation. Certaines mères souffrent moralement et dans leurs seins à l'idée d'un sevrage non désiré, ignorant qu'elles peuvent modifier leur allaitement en reprenant leur travail. Le sevrage sera donc mieux abordé en se produisant dans la sérénité.

La méthode naturelle consiste à supprimer une tétée tous les 3 jours environ et à la remplacer par un biberon de lait artificiel. La tétée supprimée provoque une accumulation de lait au niveau alvéolaire. Le contrôle autocrine et le FIL vont donc entraîner une baisse de la production lactée sur quelques jours ainsi qu'une réduction de la taille du tissu sécrétoire. Il existe une apoptose cellulaire massive lors du sevrage, avec une dégénérescence des lactocytes et des cellules myoépithéliales. Les débris sont ensuite évacués grâce à de nombreuses cellules (monocytes, macrophages, structures cytoplasmiques lysosomiales et vacuolaires). Il est possible qu'une stimulation quelconque du sein provoque encore l'apparition de quelques gouttes de lait. Ce phénomène est normal et peut persister longtemps après l'arrêt des tétées, d'autant plus que l'allaitement a été long.

Conseils à donner:

- anticiper le temps nécessaire au sevrage;
- prévoir un nombre de jours supérieur ou égal à 3 fois le nombre de tétées quotidiennes (par exemple: pour 6 tétées / jour, il faudra prévoir au moins 18 jours);
- retirer une seule tétée à la fois et attendre au moins 3 jours entre 2 retraits;

- le schéma suivant peut être proposé: retrait de la tétée de fin d'après-midi, une fois qu'il n'y a plus de tension « douloureuse » à ce moment de la journée, une autre tétée peut être remplacée (souvent la deuxième tétée de la matinée), puis progressivement retrait de toutes les tétées de la journée jusqu'à obtenir un rythme de « matin et soir ». Certaines mères pourront s'arrêter à cette organisation (reprise du travail ou mixte adapté conservant tétées du matin et du soir). Si la mère désire un sevrage définitif, elle peut retirer ensuite la tétée du soir et terminer par celle du matin;
- adopter l'ordre et la fréquence des retraits à chaque situation individuelle;
- ne pas vouloir aller trop vite;
- surveiller l'absence d'engorgement de manière régulière (douleurs, rougeurs, fièvre...);
- si l'enfant refuse le biberon de lait artificiel les premières fois, ne pas le forcer. Le passage du sein au biberon est parfois difficile. Ne jamais proposer une tétée immédiatement après un refus. Le biberon peut aussi être donné par une tierce personne, en absence de la maman. Tous les conseils cités dans le paragraphe « période sensible » lors de la reprise du travail sont à proposer ici (chatouiller les lèvres, enfant assis, biberon horizontal, lait maternel dans le biberon, tasse ou cuillère, autre tétine, distraire l'enfant...). Si l'enfant possède déjà une sucette en caoutchouc ou en silicone, il est plus facile de lui proposer la même matière pour sa tétine. On conseille fréquemment la silicone en relais d'un allaitement, car il est plus difficile à téter (comme le sein) et sans odeur;
- conseiller aux mères de parler à leur enfant, de leur expliquer la situation. Pour les premières fois, leur proposer de donner le sein et de terminer par un petit volume de lait artificiel au biberon (30 mL par exemple; toujours 30 mL d'eau pour une mesure rase de poudre de lait). Cette méthode permet de proposer le biberon à un enfant apaisé. Une fois la technique du biberon acceptée par le nourrisson, la première tétée pourra être retirée;
- la restriction hydrique et le bandage des seins sont des méthodes obsolètes, inefficaces, et qui ne doivent pas être conseillées.

Pour un nourrisson de moins de 6 mois, chaque tétée sera remplacée par un substitut de lait maternel premier âge. Si le bébé ne présente pas de problème particulier et que ses parents ne souffrent pas d'allergies, un lait premier âge classique est adapté. Si l'un des parents a des antécédents d'allergies, il vaut mieux conseiller un lait premier âge hypoallergénique.

Le bébé peut également être sevré à l'âge de six mois, au moment de l'introduction de l'alimentation diversifiée. Il suffit alors de remplacer une tétée par un repas solide (purée de légumes, compote de fruits) (il faut tout de même conserver un apport de 0,5 L par jour). On pourra aussi remplacer la tétée par du lait de suite ou du lait de croissance à partir de 1 an.

Si le lait est réchauffé, il doit être consommé dans la demi-heure; si le lait est à température ambiante, il doit être bu dans l'heure. Une fois ouverte, la boîte de lait peut être utilisée pendant trois à quatre semaines.

L'Anses propose d'utiliser de l'eau du robinet s'il n'y a pas d'adoucisseur, ni de filtre, à condition que la robinetterie soit nettoyée très régulièrement, de prendre de l'eau froide et de laisser couler l'eau 3 secondes, ou 1 à 2 minutes si le robinet n'a pas été utilisé récemment.

Un bébé à partir de l'âge d'1 mois boit environ 700 – 800 mL de lait par 24 h. Cette quantité divisée par le nombre de repas donne une idée du volume du biberon, et ensuite, le bébé guidera ses parents.

Ce type de sevrage ne nécessite en général aucun support médical. En effet, la sécrétion basale de prolactine diminue progressivement pour ne laisser que des pics sécrétoires induits par les tétées. Si la mère se sent inconfortable, elle pourra soulager ses seins en les vidant un peu au moment de la tétée sautée, prendre du paracétamol ou de l'ibuprofène.

Pour aider au tarissement de la sécrétion lactée, le traitement homéopathique peut être conseillé à l'officine:

- 5 granules 3 fois par jour de:
 - Apis mellifica 9 CH;
 - Bryonia 9 CH;
 - Lac caninum 30 CH;
- 1 dose 3 matins de suite de Ricinus 30 CH.

Ce traitement peut être additionné à la méthode progressive et naturelle, ou, lors du sevrage précoce, à la méthode allopathique.

Sevrer un bébé plus âgé ou un bambin peut nécessiter des stratégies particulières: ne plus offrir le sein, changer ses habitudes quotidiennes (par exemple, ne plus s'asseoir pour téléphoner, si c'est traditionnellement l'occasion pour l'enfant de demander le sein), demander l'aide du père (qui peut lever l'enfant et lui donner un petit déjeuner, lui faisant ainsi oublier la tétée du matin), anticiper les tétées et offrir un substitut (un en-cas) ou une activité intéressante (lire un livre, aller se promener, etc.), remettre la tétée à plus tard, raccourcir sa durée, passer un « contrat » avec l'enfant... Un certain nombre de recherches semblent indiquer qu'il y a des moments plus favorables que d'autres pour un sevrage planifié. Suite aux développements psychomoteurs qu'ils vivent, les bébés montrent quelquefois un moindre intérêt pour le sein entre 4 et 5 mois, vers 7 mois, et entre 9 et 12 mois. Par contre, entre 13 et 18 mois, ils manifestent souvent une angoisse de séparation qui rend le sevrage plus difficile.

III. Se placer en tant que professionnel de santé et créer un espace de liberté [19][37]

Le choix et la pratique de l'AM ne se font pas sur une base exclusivement rationnelle. La lactation est placée dans la continuité évolutive de l'accouplement et de la parturition. Nourrir un petit appartient aux processus de transmission de la vie tout autant que le concevoir et le mettre au monde. Ainsi allaiter n'est pas neutre pour la mère, car qu'elle en soit consciente ou non, donner à téter s'accompagne d'effets corporels et comportementaux notoires, au moment de la tétée et durant la période de l'allaitement. Elle seule peut savoir si ce corps à corps intense avec son bébé est « bon » pour elle, ou non. En fonction de sa propre histoire, de ses ressentis intimes, de ses représentations, de son vécu passé mais aussi présent avec son bébé, elle peut déterminer ce qui lui convient, parfois avec assurance, et parfois en tâtonnant, sans savoir tout de suite...

Savoir nourrir son enfant et choisir comment le faire n'est pas inné. Dans une société où les savoirs traditionnels ne sont plus transmis par la famille ou la communauté, il appartient aux professionnels d'offrir informations et compétences, en vue d'améliorer ou de maintenir le meilleur état de santé possible, c'est-à-dire le meilleur état de bien-être tant physique que mental et social.

Pour cela, il est essentiel d'ouvrir un espace de liberté dans lequel les personnes et les familles puissent être acteurs de leur propre santé, sans subir de la part des professionnels des influences telles que des promotions commerciales, des incitations à adhérer à une vision du monde ou à une philosophie de vie.

Il est donc essentiel dans le processus de communication d'avoir une étape permettant d'accéder aux représentations des parents et donc de favoriser l'expression de leur façon de voir les choses.

À une maman qui vient d'accoucher prématurément et avec qui on veut aborder le choix du mode d'alimentation: « Avant d'accoucher, aviez-vous déjà envisagé comment nourrir votre bébé?... Savez-vous pour quelles raisons les professionnels de santé recommandent de nourrir les enfants nés prématurément avec du lait maternel?... Qu'en pensez-vous?... Savez-vous comment font les mamans qui souhaitent avoir du lait à donner à leur bébé alors qu'il est encore trop jeune pour téter?... Qu'imaginez-vous pour tirer votre lait?... Souhaitez-vous que je vous montre comment vous pouvez faire sortir du colostrum de votre sein à la main?... Au tire-lait?... Nous/vous pourrons/pourrez le donner à votre bébé (si c'est possible) ou (dans le cas contraire) cela vous aidera à avoir beaucoup plus de lait quand votre bébé aura grandi et qu'il aura plus de besoins... Avez-vous besoin d'informations supplémentaires pour déterminer votre choix?... ».

Cette étape est trop souvent court-circuitée par l'empressement à informer, y compris dans l'intention de promouvoir un choix éclairé. La mise en place de ce dialogue favorise la mise en confiance des parents, les encourage à mobiliser leurs propres ressources et est plus gratifiante pour les professionnels.

En ce sens, l'INPES a développé une approche de soutien à la parentalité à travers un outil complet d'intervention destiné aux professionnels de santé, publié dans le dossier « Grossesse et accueil de l'enfant » (INPES 2010). L'objectif est d'aider tous les professionnels intervenant au cours de la grossesse ou après la naissance à accompagner les parents dans leurs besoins spécifiques afin de soutenir leur parentalité. Ce guide propose une démarche éducative en 6 axes:

1. Favoriser l'expression et proposer une écoute: cela permet :

- au pharmacien, de mieux comprendre ce que vit la mère, et ainsi de ne pas passer à côté de ses préoccupations et de ses questionnements;
- à la mère, de mettre en mots ce qu'elle ressent, de le formuler clairement; cela lui ouvre la possibilité d'exprimer ses émotions, de manière verbale ou non;
- au pharmacien et à la mère, de définir ensemble ce qui est prioritaire pour ce dernier, ce qui favorise une plus grande efficacité dans le travail d'éducation pour la santé.

« Ce sont les femmes enceintes, en s'exprimant, qui vont aider le professionnel à mieux travailler et ainsi éviter les décalages, les malentendus, les ruptures de confiance ». Molénat F.

Exemples:

Quelle image vous faites-vous de l'allaitement maternel?

Comment avez-vous nourri votre premier enfant? Quelle expérience en gardez-vous?

2. Aborder/évaluer une situation, afin de comprendre le contexte de vie de la femme. Pour cela le pharmacien peut:

- prendre l'initiative d'aborder, avant la naissance, la question de l'alimentation et en particulier de l'allaitement, même s'il n'assure pas le suivi de grossesse;
- évaluer les difficultés que peuvent rencontrer les parents dans la mise en route

de l'allaitement;

- explorer le soutien social que la femme peut avoir dans son entourage et auprès

des autres acteurs professionnels et associatifs.

Exemple: *Connaissez-vous des femmes qui ont allaité dans votre famille ou entourage et qui pourraient vous aider/vous soutenir ?*

3. Informer, expliquer:

- en explorant les connaissances de la patiente sur le sujet;
- en demandant à la personne si elle souhaite être informée;
- construire ses explications à partir des connaissances exprimées par la patiente, c'est-à-dire en reprenant ses mots et en s'appuyant sur ses raisonnements.

Le pharmacien doit penser à:

- informer sur les bénéfices de l'allaitement (santé de la mère, du bébé, coût, praticité);
- informer sur les difficultés possibles lors de la mise en route et au cours de la poursuite de l'allaitement ainsi que les moyens de les prévenir;
- anticiper les problèmes pouvant entraver la confiance et le sentiment d'efficacité des mères tels que l'anxiété, la douleur, la fatigue, le manque de soutien;
- informer sur la possibilité de concilier travail et allaitement et les moyens d'y parvenir (tire-lait, possibilité de location en pharmacie, pause sur le temps de travail);
- expliquer que la cinétique de croissance des bébés allaités est différente de celle des bébés nourris au biberon;
- expliquer l'importance d'avertir tout prescripteur ou délivreur de médicaments ou de contraceptifs de son statut de femme qui allaite;
- mettre en garde contre l'automédication pendant l'allaitement.

Enfin le pharmacien doit être attentif aux attitudes de la patiente afin de détecter une incompréhension, un ennui, une gêne voire un malaise par rapport à ce qui est dit.

4. **Accompagner la réflexion**, pour construire à chaque rencontre avec la patiente ou le couple une solution originale, unique, qui lui convienne et qui convienne au professionnel de santé.

Le pharmacien peut:

- explorer les facteurs favorables ou au contraire défavorables à l'allaitement et évaluer la motivation.

Exemple: *Qu'est-ce qui fait que vous auriez envie de nourrir votre enfant au sein ?
Qu'est-ce qui au contraire pourrait vous y faire renoncer?*

- si la personne est indécise ou si les avis de la mère et du père sont partagés: analyser avec les parents les différentes options possibles et leurs conséquences.

Exemple:

Qu'est-ce qui fait que vous hésitez entre ces deux modes d'alimentation?

Quels sont pour vous les avantages et les inconvénients de l'allaitement ? Du biberon ?

Vous, Madame, que préféreriez-vous ? Et vous Monsieur ?

- aider à réfléchir au moment du sevrage par rapport au désir de l'enfant, de la mère, à la reprise du travail. Anticiper.

Exemple:

Combien de temps pensez-vous allaiter?

Que comptez-vous faire au moment de la reprise du travail?

- à identifier ses ressources internes (capacité à gérer son stress, capacité à faire face, confiance en soi);
- si besoin, mettre en place un plan d'action en fixant éventuellement, en commun, un but à atteindre (en particulier dans les cas de changements d'habitudes de vie).

5. S'engager vis-à-vis des futurs parents:

- en signifiant sa disponibilité et les modalités possibles du suivi, s'inscrire dans la durée: en fonction de ses compétences, proposer de revoir la femme à ces périodes critiques pour faire le point avec elle et discuter d'éventuelles difficultés;
- respecter la décision de ne pas allaiter. Informer et conseiller les parents sur l'alimentation au biberon;
- quelles que soient ses convictions personnelles, soutenir les femmes et les couples ayant fait le choix de l'allaitement, en particulier au moment de la mise en route et de la reprise du travail.

6. Faire le lien avec les autres intervenants, pour un suivi de meilleure qualité, qui tient compte de tous les besoins du couple, aussi bien médicaux que sociaux ou psychologiques, et d'éviter les interventions parallèles, non concertées, de différents professionnels.

Le pharmacien peut:

- demander aux futurs parents quels sont les professionnels impliqués dans le suivi de la grossesse et leur suivi habituel;
- s'adresser avec leur accord à d'autres professionnels, soit pour avoir un avis, soit pour orienter une patiente et organiser ensuite le retour d'informations vers lui,;
- mettre en commun ses informations avec les autres acteurs impliqués dans la grossesse, même s'il n'en assure pas le suivi;
- décider avec la femme/le couple de l'information qui sera transmise à ce

professionnel et protéger l'intimité de la personne.

- quand c'est possible, encourager la femme à prendre comme « référente » une femme de son entourage ayant déjà une expérience réussie d'allaitement (amie, sœur, etc.). Cela peut être un soutien important;
- favoriser l'implication du père (soutien, accompagnement, aide aux travaux ménagers, etc.);
- encourager la femme à participer à des groupes d'entraide, à solliciter des associations, etc.

Les pharmaciens sont bien placés pour mener un travail d'éducation pour la santé avec les femmes enceintes et ce pour plusieurs raisons :

- la pharmacie est un espace ouvert, facilement accessible au moment où la cliente le souhaite et où des professionnels sont toujours présents pour répondre aux demandes;
- les pharmaciens sont perçus par les parents comme des professionnels accessibles et à qui on peut facilement poser des questions et demander des explications;
- les parents viennent chercher à la pharmacie non seulement des médicaments mais aussi des produits de parapharmacie et ceux liés à l'alimentation et aux soins du bébé: ces achats sont autant d'occasions d'engager de part et d'autre le dialogue.

Comme les médecins, les pharmaciens peuvent avoir le sentiment de manquer de disponibilité pour réaliser un travail d'éducation pour la santé. Ce problème est d'ailleurs accentué par le fait que la pharmacie est un lieu ouvert où d'autres clients sont souvent présents et peuvent mal comprendre que le pharmacien consacre plus de temps à un client plutôt qu'aux autres, surtout en cas d'affluence. Pour faire face à ces difficultés :

- le pharmacien peut proposer à la femme enceinte de revenir à un autre moment pour parler de telle ou telle question, par exemple à un moment généralement plus creux de la journée;
- éventuellement, un rendez-vous téléphonique peut être proposé;
- les espaces de confidentialité qui existent déjà dans beaucoup de pharmacies peuvent permettre au pharmacien de prendre un peu de temps avec une cliente hors de la présence des autres clients;
- des occasions spécifiques comme la pesée du bébé à l'arrière de la pharmacie peuvent être mises à profit pour engager le dialogue avec les parents.

L'expérimentation sur laquelle s'appuie ce guide de l'INPES a permis d'identifier que l'adhésion de toute l'équipe à ce type de démarche constituait un facteur facilitant. Il serait par conséquent utile pour les pharmaciens de mettre cet outil à disposition du reste de l'équipe voire d'en prendre connaissance dans le cadre d'un temps de travail collectif.

Conclusion

Le post-partum et l'allaitement sont pour la femme des périodes bouleversantes tant au niveau physique que psychique. Les mamans, à la sortie de la maternité, sont livrées à elles-mêmes et doivent trouver leur équilibre.

Le lait maternel est unanimement reconnu comme étant le meilleur pour le nourrisson: d'une excellente qualité nutritionnelle, il ne s'agit pas d'un simple « mélange de nutriments », mais d'un liquide biologique vivant, dont les propriétés extraordinaires confèrent au nourrisson, en plus d'un développement optimal au cours des 6 premiers mois de vie, une protection immédiate contre de nombreux pathogènes, une protection à long terme en initiant le système immunitaire, et une sécurité affective.

Contrairement aux préparations pour nourrisson, il est également bénéfique pour les mères et économique pour pour les familles, la Sécurité sociale et la société. Il a aussi de nombreux côtés pratiques: pas de préparation, d'ustensiles à laver ou à transporter, et surtout la nuit, il permet de nourrir l'enfant en position allongée et peut éviter de se lever.

L'OMS recommande depuis 2001 un allaitement maternel exclusif pendant 6 mois et une poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans et plus.

La prévalence et la durée de l'allaitement restent malgré tout en France parmi les plus faibles d'Europe. L'étude Epifane, portant sur l'alimentation des enfants nés début 2012 au cours de la première année de vie, montre en effet l'importance du travail qu'il reste à réaliser en France autour de l'allaitement: 74 % des mères ont essayé d'allaiter à la maternité, mais seulement 59 % de façon exclusive. 41 % des enfants (allaités ou non) recevaient déjà des préparations pour nourrissons.

Dès 1 mois, ils n'étaient plus que 35 % à être allaités de façon exclusive ou prédominante, à 3 mois, 21 %, et à 6 mois, ils ne sont plus que 1,5 %.

Même si les taux d'allaitement ont progressé d'années en années, la durée de l'allaitement en France reste faible: dans l'étude Epifane, la durée médiane de l'AM exclusif ou prédominant était de 3 semaines et demie.

Les raisons de ce retard sont multiples, mais les plus importantes sont le manque de confiance des mères dans leur capacité à allaiter et le manque d'informations qu'elles reçoivent de la part des professionnels de santé, l'allaitement n'étant plus une pratique transmise de mère en mère.

Le pharmacien d'officine, professionnel de santé au contact des mamans, a pleinement sa place dans la santé publique, en matière d'allaitement. La rencontre

des femmes pendant leur grossesse, à la sortie de la maternité et la location d'un tire-lait sont 3 étapes clés dans la prise en charge de l'allaitement.

Le pharmacien informe les mères des bienfaits de l'allaitement, qui dépendent de son degré d'exclusivité de sa durée. Mais dans un pays industrialisé comme le nôtre, la réduction de la morbidité des nourrissons ou la qualité nutritionnelle du lait ne sont plus des critères décisifs pour les mères. Le pharmacien doit donc bien plus insister sur des notions simples, comme le plaisir d'allaiter, les côtés pratiques de l'allaitement, ou encore sur la possibilité de concilier allaitement et travail, ces deux derniers aspects étant largement sous-estimés en France. Il leur explique, grâce à ses connaissances en lactation humaine, les difficultés possibles lors de la mise en route et au cours de la poursuite de l'allaitement ainsi que les moyens de les prévenir. En bref, il doit se concentrer sur un réapprentissage des mères à allaiter.

Il rassure les mères sur leur capacité à allaiter, les aide et les soutient lors des complications passagères, lors de la reprise d'activité ou du sevrage.

Les difficultés pratiques d'allaitement sont des facteurs importants de sevrage, le pharmacien peut ainsi participer à les réduire. Mais d'autres facteurs sont modifiables sur le long terme et dans le cadre d'une politique de santé publique (obésité...). Il est nécessaire de mettre en place des actions à la sortie de maternité et au cours du premier mois pour que les femmes puissent prolonger leur allaitement selon leur souhait.

Informées et rassurées dans leur capacité à nourrir leur enfant par une équipe pluridisciplinaire, soutenues et encouragées dans leur projet, les mères pourront ainsi s'épanouir dans cette fonction d'allaiter qui leur est propre et devenir les meilleures promotrices de l'AM en France pour celles qui le souhaitent.

Enfin, une réflexion individuelle et collective sur les attentes des adultes vis-à-vis des aptitudes des nourrissons et sur la place accordée à l'allaitement dans notre société est indispensable.

Bibliographie

- [1]: HAS, Allaitement maternel Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant Recommandations, mai 2002
- [2]: V. Rigourd, S. Aubry, A. Tasseau, P. Gobalakichenane, F. Kieffer, Z. Assaf, M. Nicloux, J.-F. Magny, Allaitement maternel: bénéfiques pour la santé de l'enfant et de sa mère, 2013
- [3]: Commission Européenne, Direction de la Santé Publique et de l'Évaluation des Risques, Protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel en Europe: un plan d'action, 2004
- [9]: Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), Le guide de l'allaitement maternel, 2009
- [74]: Benoît Salanave, Catherine de Launay, Julie Boudet-Berquier, Katia Castetbon, Durée de l'allaitement maternel en France (Épifane 2012-2013), 2014
- [7]: Cerdam, Allait'info, 2012
- [11]: HAS, Favoriser l'Allaitement maternel Processus-évaluation, 2006
- [12]: Blin Dominique et Cerutti Silvia Maria, « Mon lait est bon, mon lait n'est pas bon », Le lait maternel: reflet des passions et des projections, in Dominique Blin et al., L'allaitement maternel: une dynamique à bien comprendre, 2003
- [13]: E. Bidat, L'allaitement maternel protège le nourrisson de l'allergie: contre, 2010
- [6]: Professeur Dominique TURCK, « Plan d'action: Allaitement maternel », 2010
- [14]: F. Noirhomme-Renard, Q. Noirhomme, Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois: une revue de la littérature, 2009
- [73]: Isabelle Geiler, Isabelle Fouassier, Le conseil en allaitement à l'officine, 2013
- [4]: La revue du Praticien Yves Zerbib, Sylvie Erpeldinger, Dominique Mas, généralistes enseignants, université Claude Bernard Lyon 1, Je souhaite allaiter, 2006
- [10]: Cerdam, Allait'info, 2013
- [15]: Asmaa Cochereau, L'allaitement maternel, un atout en situation de crise, 2009
- [22]: Allaitement Québec, Chantelait, Entraide Naturo-Lait, Mamie-Lait., néo-sein,
- [16]: Dr Marie Thirion, Les conséquences à plus ou moins long terme des allaitements mal adaptés, 2007
- [18]: Les Sociétés savantes et d'experts en nutrition, Propositions pour le Plan National Nutrition Santé 2011-2015, 2010
- [19]: L. Girard, Communiquer autour de l'allaitement maternel du point de vue des soins centrés sur l'enfant et sa famille, 2013
- [20]: Organisation Internationale du Travail (OIT), Allaiter au travail: bon pour la mère, l'enfant, l'entreprise et la société, 2013
- [21]: Claude Suzanne Didierjean-Jouveau, "Les 10 plus gros mensonges sur l'allaitement" Pas la peine d'allaiter si c'est pour arrêter très vite!, 2006
- [5]: UNICEF UK Baby Friendly Initiative, Allaiter votre bébé,
- [23]: Pr René Gabriel, Dr Pierre-François Ceccaldi, Allaitement et complications, 2002
- [24]: Dr Marie Carbonnel, Dr Raphael Hirt, Pr Jean-Marc Ayoubi, Allaitement et complications, 2011

[41]: Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Programme National Nutrition Santé 2011-2015 (PNNS), 2011

[26]: H. Barriere, M. Tanguy, L. Connan, C. Baron, S. Fanello, Information prénatale sur l'allaitement maternel: enquête en Pays de Loire, 2010

[27]: Benoît Salanave, Catherine de Launay, Caroline Guerrisi, Katia Castetbon, Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épifane, France, 2012, 2012

[8]: Béatrice BLONDEL et Morgane KERMARREC Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants INSERM - U.953, Les NAISSANCES en 2010 et leur évolution depuis 2003, 2011

[28]: A. Guillaumon, B. Trombert-Pavot, J. Vallée, S. Weiss, H. Patural, Initiation de l'allaitement maternel et sevrage précoce: étude prospective du réseau périnatalité Loire-Nord Ardèche, 2012

[29]: Coordination Française pour l'allaitement Maternel (CoFam), Lettre ouverte à Madame la ministre Marisol Touraine et à Madame la ministre Najat Vallaud-Belkacem, 2013

[30]: Marc Collet, Annick Vilain, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES, Les certificats de santé au 8^{ème} jour (CS8) Validité 2004, 2009

[31]: Marc Collet, Annick Vilain, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES, Les certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour (CS8) Validités 2006 et 2007, 2010

[32]: Marc Collet, Annick Vilain, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES, Les certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour (CS8) Validités 2008 et 2009, 2012

[33]: Marc Collet, Annick Vilain, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES, Les certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour (CS8) Validité 2010, 2011

[34]: Marc Collet, Annick Vilain, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES, Le premier certificat de santé de l'enfant [certificat au 8^{ème} jour (CS8)] - 2011, 2013

[36]: Dr Marie-Claude Marchand, pédiatre, consultante en lactation IBCLC, Se former pour mieux accompagner l'allaitement, 2013

[37]: INPES, Fiche action No 14 L'allaitement maternel, 2010

[40]: E. Courtois, S. Tyzio, M. Lacombe, Les facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois, 2012

[35]: B. Branger, L. Dinot-Mariau, N. Lemoine, N. Godon, E. Merot, S. Brehu, N. Winer, J.-P. Brossier, les médecins et puéricultrices de la commission « allaitement maternel » du réseau « sécurité naissance – naître ensemble » des Pays de la Loire, Durée d'allaitement maternel et facteurs de risques d'arrêt d'allaitement: évaluation dans 15 maternités du Réseau de santé en périnatalité des Pays de la Loire, 2011

- [43]: V. Walburg, M. Goehlich, M. Conquêt, H. Chabrol, S. Callahan, A. Schölmerich, Les représentations de l'alimentation du bébé - Première partie: une étude comparative entre mères françaises et allemandes, 2007
- [44]: DRASS Rhône-Alpes, Etude relative aux durées et aux facteurs qui influent sur le déroulement de l'allaitement maternel en Rhône-Alpes en 2004-2006, 2008
- [45]: R. Assathiany, Le pédiatre et la sucette: tétine et tais-toi, 2013
- [46]: Asmaa Cochereau, Les clés d'un allaitement réussi, 2011
- [39]: V. Walburg, M. Conqueta, S. Callahana, H. Chabrola, A. Schölmerich, Taux et durée d'allaitement de 126 femmes primipares, 2007
- [47]: J. Barois, S. Grognet, P. Tourneux, A. Leke, Facteurs maternels et néonataux associés au succès de l'allaitement maternel à la sortie d'un service de néonatalogie chez les grands prématurés, 2013
- [48]: Estelle Morau, A. Bonnal, P. Deras, A. Dehon, Césarienne, allaitement et douleur, 2012
- [49]: Ministère de la Santé et des Affaires Sociales de Mauritanie, Manuel de Formation en allaitement maternel des accoucheuses auxiliaires et agents de Santé Communautaire, 2006
- [50]: S. Bigot, C. Lionnet, F. Perrotin, E. Saliba, Recours aux compléments à la maternité chez les nouveau-nés allaités, 2012
- [51]: H. Piloquet, C. Closse, L'allaitement maternel: quand et comment proposer un complément?, 2013
- [55]: G. Gremmo-Féger, Actualisation des connaissances concernant la physiologie de l'allaitement, 2013
- [60]: Formation IFSI, L'allaitement maternel, 2006
- [61]: Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF, Anatomie de la glande mammaire, 2011
- [62]: Dr Marie Thirion, L'allaitement maternel - Des données nouvelles pour tordre le cou aux idées reçues, 2008
- [57]: Dr Marie Carbonnel, Dr Raphael Hirt, Pr Jean-Marc Ayoubi, Allaitement et complications, 2011
- [59]: M. Groussin-Weyland, Physiologie de la lactation, 2010
- [64]: V. Rigourd, J.F. Magny, R. Serreau, A. Tasseau, S. Aubry, M. Lévêque, F. Autret, F. Quetin, F. Kieffer, Z. Assaf, E. Thoueille, V. Boulinguez, M. Voyer, Conseils pour l'allaitement, 2008
- [65]: Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF, Physiologie de la lactation, 2011
- [66]: Jean-Charles Picaud, Allaitement maternel et lait maternel: quels bénéfices pour la santé de l'enfant, 2008
- [63]: Le Lien Lacté, allaitement maternel. Physiologie de la lactation
- [56]: Marie Thirion, La physiologie de l'allaitement, 2010
- [58]: G. Gremmo-Féger, Lactation humaine: nouvelles données anatomo-physiologiques et implications cliniques, 2006

[72]: Nathalie Cibaud-Le Turdu,
Allaitement maternel et insuffisance de lait - Prise en charge en médecine générale, 2011

[67]: Christina de Schepper, Maurice Dickstein, Christel Jouret, Marie-Madeleine Leurquin, Lilliane Pirard-Gilbert, Lilliane Schaner, Jean-Noël Van Hees,
Allaitement maternel, Guide à l'usage des professionnels de la santé, 2009

[68]: La fondation suisse pour la Promotion de l'Allaitement maternel,
Allaiter – pour bien démarrer dans la vie, 2011

[69]: Isabelle Battu Merle, Agnès Jan Mouchard,
Allaitement maternel et médecine générale: revue de la littérature pour aider les medecins généralistes à accompagner les femmes qui allaitent, 2000

[70]: Inpes, Le choix d'allaiter,

[71]: Meilleur départ: Le Centre de ressources sur la maternité, les nouveau-nés et le développement des jeunes enfants de l'Ontario,
L'allaitement, ça compte - Guide essentiel sur l'allaitement pour les femmes et leur famille, 2011

[75]: Anne Welsch, La crevasse mammaire: panorama des solutions, 2003

[76]: Réseau périnatal Bien Naître en Ille-et-Vilaine, L'allaitement au fil du temps, 2013

[77]: Dr. Jack Newman, Les mamelons douloureux - feuillet n°3a, 2005,

[78]: Fabienne Pillet, Réflexions et pratiques autour de l'allaitement maternel, 2011

[79]: La Leche League, La Leche League France, <http://www.lllfrance.org/>

[80]: Service maternité - Clinique de l'Europe Bruxelles, L'allaitement maternel, 2012

[81]: Elisabeth Latour, Allaitement et homéopathie, 2012

[82]: Cerdam, Allait'info, 2013

[83]: Cerdam, Allait'info, 2009

[84]: Mariella Landais, Allaiter à la maternité: difficultés des mères et/ou des soignants?, 2009

[42]: G. Gremmo-Féger,
Les arrêts d'allaitement maternel sont-ils évitables en cas "d'insuffisance de lait"?, 2009

[85]: Mariella Landais,
Accompagner la rencontre parents - bébé en soutenant leurs compétences, 2012

[86]: LLL France, Comment augmenter votre lactation - Feuillet 9, 2004,

[117]: Mariella Landais, Laurence Girard, « Dossier Spécial Allaitement Maternel », 2007

[87]: LLL France, AA 44: Fréquence et durée des tétées, 2010,

[88]: LLL France, Pas assez de lait (Cahiers de l'Allaitement n°2), 2009,

[89]: Dr Gisèle Gremmo-Féger,
Allaitement maternel, l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit, 2003

[90]: Dr Newman, Mon bébé prend-il assez de lait? feuillet n°4, 2009,

[91]: LLL France,
Stagnation staturo pondérale et prise de poids lente (Cahiers de l'Allaitement n°2), 2009,

[92]: OMS, Courbes de croissance des nourrissons allaités, 2004

[93]: Jean-Claude Mercier, Les courbes de croissance de l'OMS, 2012

[94]: Fabienne Pillet, La journée internationale de l'allaitement, sous le signe de l'avenir, 2013

- [95]: Cerdam, Allait'info, 2010
- [96]: Dr Jack Newman,
Protocole pour augmenter l'ingestion de lait maternel par le bébé ("manque de lait") feuillet n°29, 2009,
- [97]: LLL France, DA 57: Evaluer une prise de poids lente de la naissance à 3 mois chez l'enfant allaité, 2009,
- [98]: LLL France, DA 66: Les galactologues, 2009,
- [99]: Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé, Médicaments contenant de la dompéridone: Nouvelles recommandations visant à minimiser les risques cardiaques, 2014,
- [100]: Marie Guillard, Allaitement maternel et sécrétion lactée: le point sur les vrais et les faux galactogogues, 2006
- [101]: Haute Autorité de Santé, Favoriser l'allaitement maternel - Processus - Évaluation, 2006
- [102]: Medela, <http://www.medela.com/FR/fr/breastfeeding/products/breastmilk-feeding/calma-feeding-device.html>, 2014,
http://www.medela.com/FR/dms/global/breastfeeding/products/feeding/calma/pdf/calma_professional_en/200_3538_MAGEN_Factsheet_Calma_low.pdf
- [103]: Pr Jean-Marc Ayoubi, Dr Wassim Badiou, Dr Jean-Claude Pons, Allaitement et complications, 2007
- [104]: Cerdam, Allait'info, 2011
- [105]: Delphine Guilloux, Florence Bontemps, L'allaitement - Le Moniteur des pharmacies, 2010
- [106]: LLL France, DA 48: Le point sur l'engorgement, 2009,
- [107]: l'Academy of Breastfeeding Medicine, Protocole clinique n°4 – Mastite, 2014
- [108]: LLL France, Mastite aiguë ou lymphangite, Mastites chroniques et récidivantes, Abcès du sein, 2009,
- [109]: Giphar, Fiches pratiques homéopathie, 2014,
<http://www.pharmaciengiphar.com/medecines-naturelles/fiche-pratique-homeopathie>
- [110]: Dr Camille Schelstraete, DA 63: Abcès du sein : attention aux situations cliniques parfois trompeuses!, 2009,
- [111]: LLL France, AA 57: Candidose, 2013,
- [112]: Jack Newman, Édith Kernerman, L'emploi du violet de gentiane, 2009,
- [113]: Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament, Theriaque, 2014,
<http://www.theriaque.org/apps/contenu/accueil.php>
- [114]: LLL France, DA 70: Hyperlactation: la conséquence de règles trop strictes?, 2009,
- [115]: LLL France, AA 59: Trop de lait, trop vite, trop fort, 2010,
- [116]: LLL France, Le réflexe d'éjection trop fort, 2009,
- [118]: Dr Gisèle Gremmo-Feger, « Dossier Spécial Allaitement Maternel » - Allaitement de l'enfant prématuré: rôle spécifique de la puéricultrice, 2007
- [119]: LLL France, DA 57: tour d'horizon sur les tire-lait, 2011,

[25]: Le réseau régional de périnatalité "Naître et grandir en Languedoc-Roussillon", Favoriser l'allaitement maternel des enfants confiés à un établissement d'accueil ou chez un(e) assistant(e) maternel(le) Informations pour les professionnels du Languedoc-Roussillon, 2012

[120]: LLL France, Expression et conservation du lait - Travail et allaitement, 2008,

[121]: Academy of Breastfeeding Medicine, Protocole n°8: Conservation du lait humain destiné à un bébé né à terme et en bonne santé, 2010

[122]: Nicole Dematteis, « Dossier Spécial Allaitement Maternel » - Allaitement et travail, accompagnement par la puéricultrice, 2007

[123]: LLL France, AA 72: Reprise du travail, poursuite de l'allaitement, 2011,

[53]: L'assurance Maladie, Vous êtes enceinte: votre congé maternité, 2014,
<http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/vous-etes-enceinte-votre-conge-maternite/duree-du-conge-maternite.php>

[54]: L'assurance santé des indépendants, Maternité : vos prestations selon votre situation, 2013,
<http://www.ramgamex.fr/portal/public/ramgamex/accueil/demarches/repository/collaboration/sites%20content/live/ramgamex/web%20contents/droits-demarches/artisan-commerçant/sousMenu/parents>

[52]: Asmaa Cochereau, Allaitement et reprise du travail, un enjeu de société, 2012

[124]: LLL France , Allaitement, travail et séparation: tirer son lait, 2011,

[125]: Le réseau régional de périnatalité "Naître et grandir en Languedoc-Roussillon", Enquête régionale sur l'accueil des enfants allaités dans les structures d'accueil du jeune enfant, 2010,

[126]: Claude Didierjean-Jouveau, AA 50: Et le sevrage, comment ça se passe?, 2010,

[127]: H Marret et al., Elle veut arrêter l'allaitement maternel, que faire?, 2009

[128]: La rédaction de Allodocteurs.fr, Parlodel®: un médicament anti-allaitement sur la sellette, 2014, <http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-parlodel-un-medicament-anti-allaitement-sur-la-sellette-14562.asp?1=1>

[129]: Ansm, Médicaments contenant de la bromocriptine - Retour d'information sur le PRAC de juillet 2014, 2014

[130]: Ansm, Questions - Réponses sur la bromocriptine, 2014

[131]: Léa Cohen - LLL France, Sevrage du sein d'un enfant de moins de 6 mois, mode d'emploi, 2014

[132]: Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie, PNNS 2005, Allaitement maternel, Les bénéfiques pour la santé de l'enfant et de sa mère, 2005

[133]: C. Bois, J. Servolin, G. Guillemot, Usage comparé des courbes de l'Organisation mondiale de la santé et des courbes françaises dans le suivi de la croissance pondérale des jeunes nourrissons, 2010

Annexe 1: Observation d'une tétée (Unicef/OMS) [101]:

Nom de la mère :
Nom de l'enfant :

Date :
Age de l'enfant :

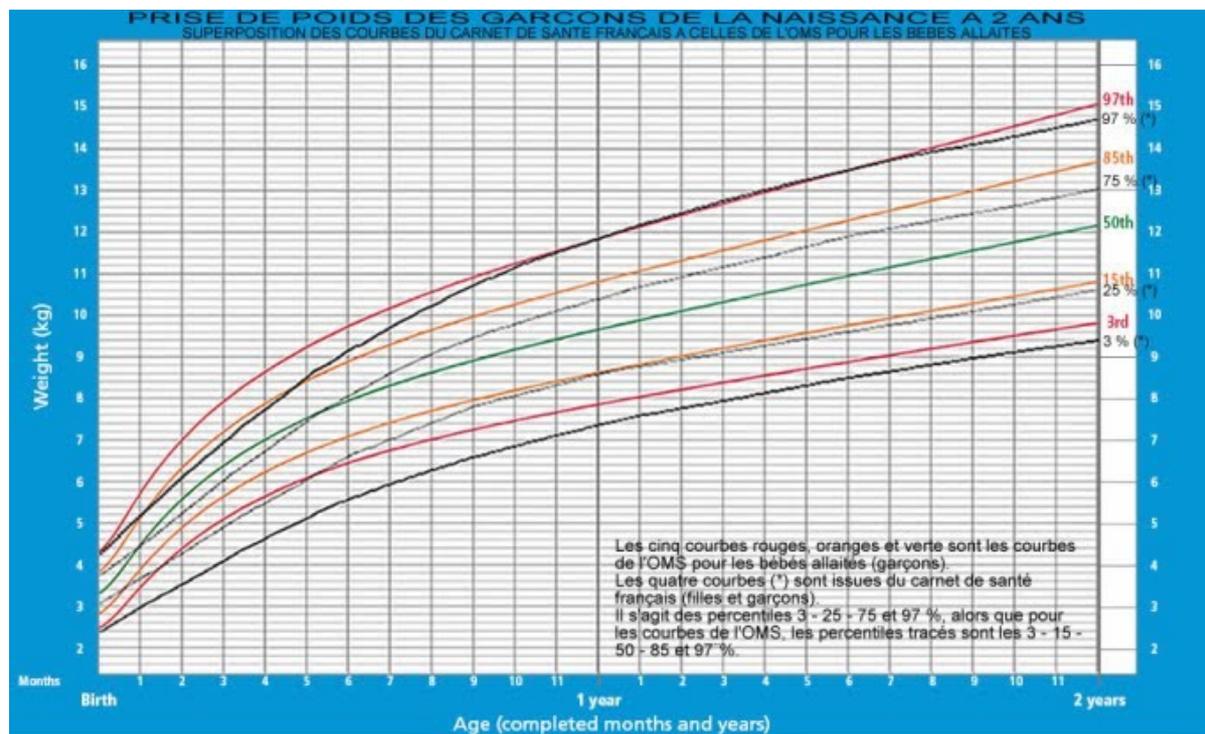
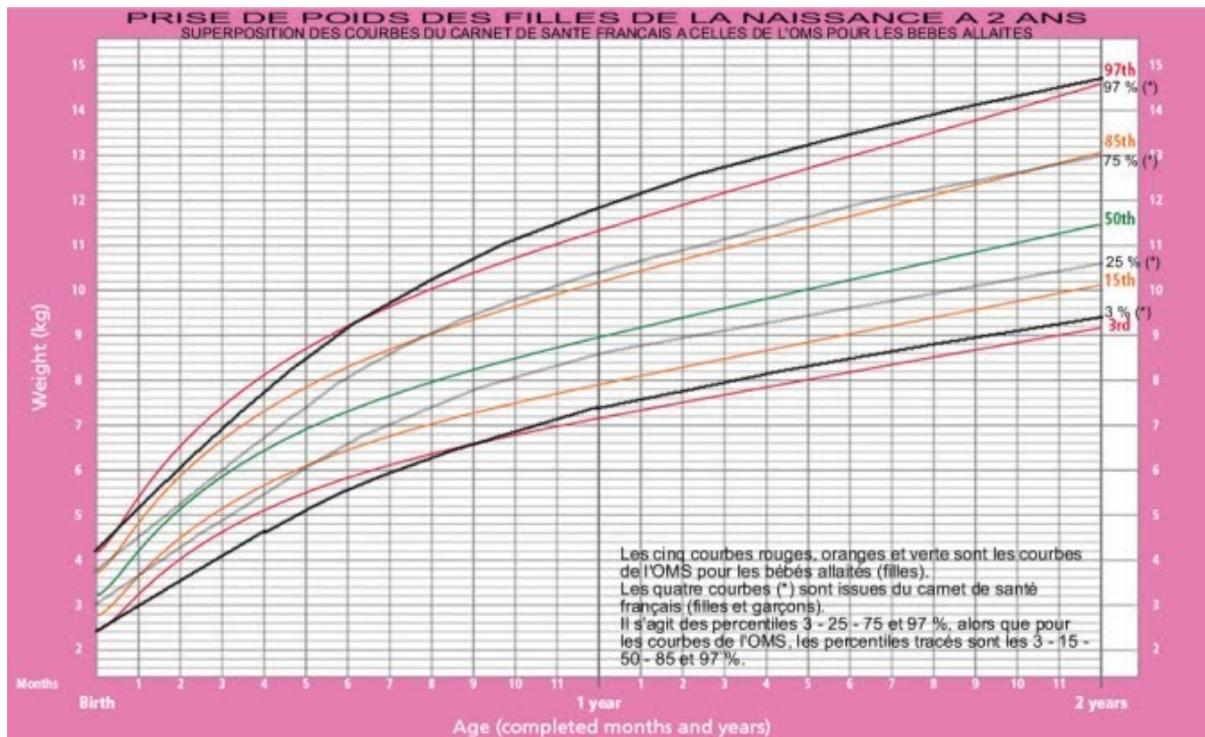
Signes que la tétée se passe bien	Signes d'éventuelles difficultés
<p>SIGNES GÉNÉRAUX</p> <p><input type="checkbox"/> La mère paraît en bonne santé</p> <p><input type="checkbox"/> La mère est détendue et à l'aise</p> <p><input type="checkbox"/> Interactions entre la mère et l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant paraît en bonne santé</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant est calme et détendu</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant cherche à atteindre le sein quand il a faim</p>	<p><input type="checkbox"/> La mère semble malade ou déprimée</p> <p><input type="checkbox"/> La mère paraît tendue et inconfortable</p> <p><input type="checkbox"/> Absence de contact visuel mère/enfant</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant paraît endormi ou malade</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant agité ou pleure</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant ne s'intéresse pas au sein</p>
<p>SEINS</p> <p><input type="checkbox"/> Les seins sont cliniquement normaux</p> <p><input type="checkbox"/> Absence de douleur ou d'inconfort</p> <p><input type="checkbox"/> Le sein est bien soutenu avec les doigts à distance du mamelon</p>	<p><input type="checkbox"/> Les seins sont rouges, engorgés ou fissurés</p> <p><input type="checkbox"/> Sein ou mamelon douloureux</p> <p><input type="checkbox"/> Le sein est tenu avec les doigts sur l'aréole</p>
<p>POSITION DE L'ENFANT</p> <p><input type="checkbox"/> La tête et le corps de l'enfant sont dans le même axe</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant est tenu près du corps de la mère</p> <p><input type="checkbox"/> Le corps entier de l'enfant est soutenu</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant approche le sein avec le nez sur le mamelon</p>	<p><input type="checkbox"/> Le cou et la tête de l'enfant sont tournés</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant est tenu loin de sa mère</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant est soutenu seulement par la tête et le cou</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant approche le sein avec la lèvre inférieure ou le menton sur le mamelon</p>
<p>PRISE DU SEIN</p> <p><input type="checkbox"/> On voit plus d'aréole au-dessus de la lèvre supérieure de l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> La bouche de l'enfant est grande ouverte</p> <p><input type="checkbox"/> La lèvre inférieure est éversée</p> <p><input type="checkbox"/> Le menton de l'enfant touche le sein</p>	<p><input type="checkbox"/> On voit plus d'aréole en-dessous de la lèvre inférieure</p> <p><input type="checkbox"/> La bouche de l'enfant est peu ouverte</p> <p><input type="checkbox"/> Les lèvres pointent en avant ou sont rentrées</p> <p><input type="checkbox"/> Le menton de l'enfant ne touche pas le sein</p>
<p>SUCCION</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant tète lentement et profondément avec des pauses</p> <p><input type="checkbox"/> Les joues sont rondes pendant la succion</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant lâche le sein spontanément</p> <p><input type="checkbox"/> La mère ressent les signes de sécrétion d'ocytocine</p>	<p><input type="checkbox"/> Mouvements de succion rapides</p> <p><input type="checkbox"/> Les joues sont creusées pendant la succion</p> <p><input type="checkbox"/> La mère retire l'enfant du sein</p> <p><input type="checkbox"/> La mère ne ressent pas de signe de sécrétion d'ocytocine</p>

COMMENTAIRES

Annexe 2: Aide mémoire pour les femmes qui allaitent, proposé par Santé et Services sociaux Québec [71]

Âge de votre bébé	1 JOUR	2 JOURS	3 JOURS	4 JOURS	5 JOURS	6 JOURS	7 JOURS	2 SEMAINES	3 SEMAINES
Taille moyenne de l'estomac de votre bébé	 Grosueur d'une cerise	 Grosueur d'une noix	 Grosueur d'un abricot	 Grosueur d'un œuf					
Nombre de boires En moyenne sur 24 heures	Environ de 8 à 12 par jour. Votre bébé tète vigoureusement et avale souvent.								
Quantité de lait dont votre bébé a besoin En moyenne sur 24 heures	 10 à 100 ml ou 1 cuillère à soupe jusqu'à 1/3 de tasse	 200 ml ou presque 1 tasse	 400 à 600 ml ou 1 1/2 tasse à 2 1/2 tasses	 600 à 800 ml ou 2 1/2 tasses à 3 1/2 tasses					
Nombre de couches mouillées En moyenne sur 24 heures	 Au moins 1 MOUILLÉE	 Au moins 2 MOUILLÉES	 Au moins 3 MOUILLÉES	 Au moins 4 MOUILLÉES	 Au moins 6	TRÈS MOUILLÉES PAR DE L'URINE CLAIRE OU JAUNE PÂLE			
Nombre de couches souillées Couleur des selles En moyenne sur 24 heures	 Au moins 1 ou 2 NOIRES OU VERT FONCÉ	 Au moins 3 BRUNES, VERTES OU JAUNES	 Au moins 3 grosses selles, molles et granuleuses JAUNES	 Au moins 3 grosses selles, molles et granuleuses JAUNES	 Au moins 3 grosses selles, molles et granuleuses JAUNES	 Au moins 3 grosses selles, molles et granuleuses JAUNES	 Au moins 3 grosses selles, molles et granuleuses JAUNES	 Au moins 3 grosses selles, molles et granuleuses JAUNES	 Au moins 3 grosses selles, molles et granuleuses JAUNES
Après la tétée	Vos seins sont plus souples et votre bébé semble satisfait.								
Poids de votre bébé	Les bébés perdent en moyenne 7 % de leur poids dans les 3 jours qui suivent la naissance.								
Poussées de croissance	À partir de la 4 ^e journée, les bébés prennent 20 à 35 g par jour (2/3 d'once à 1 1/3 once) et retrouvent, à l'âge de 10 à 14 jours, le poids qu'ils avaient au moment de leur naissance.								
	Les bébés connaissent souvent des poussées de croissance soudaines durant les premières semaines de leur vie. Quand cela arrivera, votre bébé voudra probablement boire plus souvent.								

Annexe 3: superposition des courbes de l'OMS et des courbes du carnet de santé
[133]



L'interprétation de la croissance pondérale des nourrissons âgés de 2 mois allaités exclusivement au sein peut varier selon le type de courbe utilisé, carnet de santé ou OMS. En effet, des séquences de poids identiques se projette différemment sur la courbe du carnet de santé et sur la courbe OMS.



Dans le cas de l'enfant 3, le médecin interprétant la courbe du carnet de santé aurait jugé la prise de poids trop rapide. Il aurait conseillé d'espacer les tétées, de reposer l'enfant 2 semaines plus tard, puis de le revoir en consultation un mois plus tard. La courbe OMS aurait été au contraire jugée satisfaisante. Dans le cas de l'enfant 13, le médecin interprétant la courbe OMS aurait jugé la prise de poids insuffisante aurait conseillé d'observer une tétée, de rapprocher les tétées, d'effectuer une nouvelle pesée 7 à 15 j plus tard, puis une consultation rapprochée à 15–30 j. La courbe du carnet de santé aurait été au contraire jugée satisfaisante.

Serment de Galien

Je jure, en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes Condisciples:

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Claire Lamoliatte

Accompagnement à l'officine des mères allaitantes, de la naissance au sevrage de l'enfant

Thèse pour l'obtention du diplôme d'Etat de Docteur en pharmacie, n°19, Bordeaux, 2015

RÉSUMÉ:

Comme dans chaque espèce, le nourrisson a son alimentation spécifique: le lait maternel. D'excellente qualité nutritionnelle, ce liquide biologique vivant inégalable lui assure un développement optimal pendant les six premiers mois de vie et une protection à court terme contre de nombreux germes. A long terme, il prévient du diabète et des pathologies cardiovasculaires.

Pour la mère, allaiter au sein confère des bénéfices en post-partum et prévient des cancers gynécologiques et des maladies cardiovasculaires.

Les bienfaits de l'allaitement maternel, pour l'enfant et pour la mère, en font une question de santé publique, que chaque professionnel de santé, en contact avec une femme enceinte, se doit d'aborder.

Mais au vu de la prévalence et surtout de la durée de l'allaitement maternel en France, qui sont parmi les plus faibles d'Europe, et ce, malgré les recommandations de l'OMS établies depuis plus d'une dizaine d'années, force est de constater que les bénéfices de l'allaitement ne sont pas un critère décisif pour les mères de pays industrialisés.

L'allaitement est pour l'espèce humaine un acte inné mais pas instinctif. Disparu de notre culture, il n'est plus transmis de mère en mère. C'est donc aux professionnels de santé que revient le rôle d'éducation en matière d'allaitement.

Le pharmacien d'officine est régulièrement au contact des mères, il a une place de choix pour les aider, notamment à la sortie de la maternité, où beaucoup sont livrées à elles-mêmes. Il doit donc se concentrer sur des notions simples de physiologie de la lactation d'une part, et de comportement du nouveau-né d'autre part, pour permettre aux mères de comprendre les bonnes pratiques d'allaitement et de reprendre confiance dans leur capacité à allaiter.

L'accompagnement du pharmacien lors des difficultés pratiques d'allaitement ou de la reprise d'activité professionnelle est essentiel car ces deux situations sont des facteurs très importants de sevrage, rarement désiré par la mère.

DISCIPLINE: Pharmacie

MOTS CLES: allaitement - pharmacien - bénéfices - physiologie de la lactation - bénéfices - conseils - recueil - conservation

U.F.R. des sciences pharmaceutiques - Université Bordeaux 2
146, rue Léo Saignat – 33076 Bordeaux cedex