

**THESE**

Pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

***Laure KURTH AVILES***

**Le 3 avril 2006**

<p><b>PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ALLAITEMENT MATERNEL</b></p>
--

***Enquête auprès de 84 médecins généralistes de Moselle  
et de 122 femmes concernées par l'allaitement maternel***

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur M. SCHWEITZER  
Monsieur le Professeur P. JUDLIN  
Monsieur le Professeur F. FEILLET  
Monsieur le Docteur F. RAPHAEL  
Madame le Docteur I. ZIX-KIEFFER

Président du jury  
Juge  
Juge  
Juge et Co-Directeur de thèse  
Juge et Co-Directrice de thèse

# **TABLE DES MATIERES**

**INTRODUCTION .....p.9**

- Pourquoi travailler sur l'allaitement est important en 2006 .....p.10
- Pourquoi une thèse sur l'allaitement .....p.10
- Choix de l'approche particulière .....p.11

**CADRE LEGAL ET ASSOCIATIF .....p.13**

**I. PRINCIPAUX TEXTES OFFICIELS CONCERNANT L'ALLAITEMENT MATERNEL .....p.14**

A. Textes internationaux .....p.14

1. Code International de commercialisation des substituts du lait maternel (1981) .....p.14
2. Déclaration conjointe OMS/UNICEF (1989) .....p.14
3. Déclaration d'Innocenti (1990) .....p.15
4. Initiative Hôpitaux Amis des bébés IHAB (1992) .....p.15
5. Données scientifiques relatives aux Dix Conditions pour le succès de l'allaitement (1999) .....p.15
6. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (2002) .....p.16
7. Autres textes incluant des dispositions sur l'allaitement maternel.....p.17
8. Prise de position de l'Académie Américaine de Pédiatrie .....p.18

B. Textes français .....p.19

1. Etat des lieux du Droit français en matière d'allaitement .....p.19
2. Programme National Nutrition Santé PNNS (2000-2005) .....p.22
3. Recommandations de l'ANAES sur la mise en œuvre et la poursuite de l'allaitement (2002) .....p.22
4. Recommandations de l'ANAES sur les sorties précoces de la maternité après l'accouchement (2004) .....p.23
5. Rapport du Comité Nutrition de la Société Française de pédiatrie (2005) .....p.24
6. Référentiel d'auto-évaluation des pratiques professionnelles de la HAS (2005) .....p.25
7. Recommandations de l'AFSSA sur la préparation des biberons (2006) .....p.25

<b>II. PRINCIPAUX ORGANISMES ENCADRANT L'ALLAITEMENT MATERNEL .....</b>	<b>p.27</b>
A. Au niveau international .....	p.27
1. Le système des Nations Unies .....	p.27
2. Les Organisations Non Gouvernementales (ONG) .....	p.28
3. Les principales associations de formation et d'information .....	p.28
B. En France .....	p.30
1. Structure nationale : la CoFAM .....	p.30
2. Principales associations de formation et d'information .....	p.30
3. Quelques associations nationales de soutien de mère à mère .....	p.33
C. A l'échelon local .....	p.33

**BASE DE REFLEXION POUR L'INFORMATION DES PATIENT(E)S  
CONCERNANT L'ALLAITEMENT MATERNEL .....p.34**

<b>I.</b>	<b>PHYSIOLOGIE .....p.35</b>
A.	Régulation de la synthèse du lait chez les femmes .....p.35
1.	Le cycle de la lactation .....p.35
2.	Conséquences sur la pratique clinique .....p.40
B.	Composition du lait maternel .....p.42
1.	Principaux composants du lait de mère .....p.42
2.	Evolutivité dans la composition du lait .....p.44
3.	Conclusion .....p.46
<b>II.</b>	<b>ALLAITEMENT ET MEDICAMENTS .....p.47</b>
A.	Responsabilité du prescripteur .....p.47
B.	Données pharmaco-cinétiques pouvant servir de base de réflexion lors de la prescription d'un médicament au cours de l'allaitement .....p.47
1.	Mécanisme du passage des médicaments dans le lait maternel ...p.49
2.	Facteurs influençant le passage d'un médicament de la mère à l'enfant via le lait maternel .....p.49
3.	Estimation du passage lacté du médicament .....p.50
4.	Devenir du médicament chez l'enfant et estimation de son degré d'exposition .....p.51
5.	Remarque sur l'observance .....p.51
C.	Aspects pratiques .....p.52
1.	Deux situations peuvent se présenter .....p.52
2.	Conduite à tenir en cas de nécessité de prescription pendant l'allaitement .....p.52
3.	Conclusion .....p.53
<b>III.</b>	<b>COMBIEN DE TEMPS PEUT-ON RECOMMANDER L'ALLAITEMENT MATERNEL ? .....p.54</b>
A.	Modèle ethnologique : Notion de sevrage naturel .....p.54
B.	Aspects culturels .....p.55
C.	Recommandations officielles .....p.56

<b>IV.</b>	<b>POURQUOI EST-IL RECOMMANDE D'ALLAITER SIX MOIS ET PLUS ?</b>	<b>p.57</b>
A.	Croissance du nourrisson allaité	p.57
1.	Au cours du premier trimestre	p.57
2.	Au-delà du premier trimestre	p.57
3.	Après la première année	p.58
4.	Problème des références actuelles en terme de croissance staturo-pondérale	p.58
B.	Bénéfices pour la santé de l'enfant	p.58
1.	Avantages à court terme	p.58
2.	Avantages à long terme	p.60
3.	Autres pistes	p.62
C.	Bénéfices pour la santé de la mère	p.62
D.	Bénéfices économiques	p.63
<b>V.</b>	<b>POURQUOI LES ENFANTS NE SONT-ILS PAS ALLAITES SIX MOIS ET PLUS ACTUELLEMENT</b>	<b>p.64</b>
A.	Taux d'allaitement maternel en France	p.64
B.	Héritage historique	p.66
1.	De l'apparition de l'écriture jusqu'au Moyen Age	p.66
2.	Au Moyen Age	p.67
3.	Du XVIe au XVIIIe siècle	p.67
4.	Le XIXe siècle	p.68
5.	XXe siècle	p.69
C.	Causes d'arrêts précoces de l'allaitement	p.71
1.	La culture du biberon	p.71
2.	La pression de l'industrie agro-alimentaire	p.71
3.	Les motivations des femmes	p.72
4.	Carence de transmission	p.73
5.	Le refus de la proximité mère-bébé	p.74
6.	Les psychologues et l'allaitement	p.76
D.	A propos de l'allaitement des bambins	p.77
1.	Obstacles psycho-culturels à l'allaitement prolongé	p.77
2.	Aspect psychopathologique de l'allaitement prolongé	p.79
3.	En pratique	p.80

# **ENQUÊTE SUR LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE SES PATIENTES QUI ALLAIENTENT ..p.82**

<b>I.</b>	<b>OBJECTIFS .....</b>	<b>p.83</b>
<b>II.</b>	<b>MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>p.84</b>
	1. Méthode générale .....	p.84
	2. Enquête auprès des médecins .....	p.84
	3. Enquête auprès des mères .....	p.84
	4. Remarques à propos de l'étude .....	p.85
	5. Questionnaires destinés aux médecins .....	p.86
	6. Questionnaires destinés aux femmes .....	p.88
<b>III.</b>	<b>RESULTATS .....</b>	<b>p.91</b>
	1. Enquête auprès des médecins .....	p.91
	2. Enquête auprès des femmes ayant une expérience d'allaitement .....	p.104
<b>IV.</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>p.117</b>
	1. Comment ma démarche a-t-elle été accueillie ? .....	p.117
	2. Population étudiée .....	p.118
	3. Le médecin généraliste a-t-il un rôle au cours de l'allaitement ? .....	p.119
	4. Rôle du généraliste pendant la grossesse, concernant l'allaitement .....	p.119
	5. Rôle du médecin généraliste au cours de l'allaitement .....	p.122
	6. Prescriptions médicales au cours de l'allaitement .....	p.124
	7. Correspondants des médecins généralistes pour la prise en charge de l'allaitement .....	p.126
	8. Vécu des patientes au cours des consultations .....	p.127
	9. Formation des médecins généralistes en matière d'allaitement .....	p.128
	10. Influence du médecin généraliste sur le déroulement de l'allaitement .....	p.130
	11. Propositions des patientes pour améliorer l'accompagnement de l'allaitement maternel en médecine générale .....	p.131
	12. Présentation d'un outil de consultation pour les médecins généralistes .....	p.135
	13. Accueil du projet par les médecins généralistes .....	p.137
<b>V.</b>	<b>CONCLUSIONS DE L'ENQUÊTE .....</b>	<b>p.141</b>

**CONCLUSION .....p.144**

**BIBLIOGRAPHIE .....p.147**

**ANNEXES .....p.163**

- Annexe 1 : Déclaration d’Innocenti .....p.164
- Annexe 2 : Dix Conditions de l’OMS pour le succès de l’allaitement .....p.166
- Annexe 3 : Lettre du ministère de l’emploi et de la solidarité en réponse à une demande de subvention pour obtenir le label Hôpital « ami des bébés » .....p.167
- Annexe 4 : Articles du Code du travail incluant des dispositions sur l’allaitement maternel .....p.168
- Annexe 5 : Notes du référentiel d’auto-évaluation de l’HAS .....p.170
- Annexe 6 : Description du système CBM .....p.172
- Annexe 7 : Médicaments et allaitement (Traité d’Allaitement Maternel) .....p.173
- Annexe 8 : Courbes de croissance du nourrisson allaité selon l’OMS .....p.174
- Annexe 9 : Description des pratiques en maternité dans les années 70 .....p.177
- Annexe 10 : Risques et prévention pour le couchage des nourrissons .....p.179
- Annexe 11 : « *Quand les femmes parlent de leur médecin...* » : Commentaires libres des femmes interrogées dans l’enquête .....p.180
- Annexe 12 : Exemples de fiches pratiques du « Passeport pour l’allaitement » ...p.183
- Annexe 13 : « *Quand les femmes parlent de leur médecin...* » (suite) : Témoignages recueillis suite à la publication d’une annonce dans un magazine parental .....p.189

# **INTRODUCTION**

## - **Pourquoi est-il important de travailler sur l'allaitement en 2006 ?**

Parce que selon l'UNICEF, 15 ans après la Déclaration d'Innocenti, l'allaitement maternel sauve chaque année six millions de vies, avec une progression d'au moins 15% des taux d'allaitement dans le monde depuis 1990...

En effet, entre 1990 et 2005, les niveaux d'allaitement maternel exclusif pour les enfants de moins de six mois dans le monde en développement ont nettement progressé, triplant et même quadruplant dans certains pays. Près de 20 000 hôpitaux de 150 pays sont devenus « amis des bébés », une soixantaine de pays a adopté des lois ou règlements visant à mettre en oeuvre le Code International de commercialisation des substituts du lait maternel et de nombreux pays ont mis sur pied un organisme chargé de s'occuper des questions d'allaitement maternel au niveau national.

On estime que près du cinquième de tous les décès d'enfants pourraient encore être prévenus, soit plus de deux millions d'enfants par an.

De nouveaux dangers menacent les mères et les enfants, notamment le nombre croissant de situations d'urgence (tsunamis, ouragans, tremblements de terre...) et la propagation régulière du VIH/SIDA... Et en temps de crise, des pratiques alimentaires correctes sont essentielles pour sauver la vie des enfants.

*« L'allaitement maternel exclusif est l'une des armes les plus puissantes que nous ayons contre la faim des enfants et pour leur survie », selon la Directrice générale de l'UNICEF Ann M. Veneman, « et la Déclaration d'Innocenti a créé un mouvement qui a permis de sauver des millions de vies et de nous rapprocher des Objectifs du Millénaire pour le développement ».*[1]

Mais un autre défi reste néanmoins à relever : intégrer dans notre culture occidentale que l'allaitement maternel et sa promotion ne sont pas réservés aux pays en voie de développement... En effet, sous nos latitudes, même s'il est moins question de mortalité que de morbidité, l'allaitement maternel reste néanmoins un problème de santé publique par trop méconnu, et les objectifs fixés par la Déclaration d'Innocenti sont loin d'être atteints, comme nous allons le voir.

## - **Pourquoi une thèse sur l'allaitement ?**

J'ai été amenée à m'intéresser à l'allaitement maternel lorsque j'y ai été confrontée personnellement. A la naissance de mon premier enfant, je suis devenue une jeune maman comme tant d'autres, inexpérimentée, mal informée, et sans doute un peu plus angoissée que la moyenne. J'étais, comme beaucoup, conditionnée par la culture du biberon, et imprégnée des idées préconçues véhiculées par notre société : le portage du bébé qui le rendrait capricieux, le partage du lit qui serait dangereux et rendrait les enfants trop dépendants, le rôle soi-disant bénéfique des pleurs, les tétées minutées et à heures fixes qui devraient être la norme, le bébé sensé « faire ses nuits » à deux mois, le rôle des « nouveaux pères » qui seraient interchangeable avec la mère dès la naissance de l'enfant...

Autant d'éléments assez perturbants quand on est la jeune maman d'un bébé né à 35 semaines d'aménorrhée, avec de gros besoins de contact et de succion, et des rythmes on ne peut plus éloignés de ceux des bébés « standards » (mais existent-ils vraiment, ces bébés standards ??).

C'est à cette période, au cours des nombreuses et fort longues tétées nocturnes qui me laissaient tout le loisir de réfléchir (refusant à cette période le partage du lit), que j'ai commencé à m'intéresser vraiment à l'allaitement maternel. Je pensais, avant la naissance, que grâce aux quelques heures de cours suivies à la faculté sur le sujet, j'avais toutes les connaissances de base me permettant de mener à bien un allaitement (et de conseiller des patientes allaitantes). En fait, la seule chose que je savais vraiment, c'est que le lait de mère est ce qu'il y a de meilleur pour le bébé... Pour le reste, je me trouvais confrontée à mille questions, pour lesquelles je recevais les réponses les plus variées, et souvent contradictoires, de mes différents interlocuteurs (professionnels ou non, mais ce qui me troublait le plus était la divergence de points de vue au sein même de la profession, et ce dès la maternité...).

J'ai donc eu envie de savoir... D'abord, de savoir si c'est moi qui étais particulièrement incompetente, ou si les autres femmes ressentaient les mêmes difficultés (j'ai depuis été rassurée sur ce point !). Ensuite de savoir où était « la vérité » : en effet, qui croire lorsque le pédiatre qu'on consulte pour les visites programmées dit une chose, alors que le généraliste vu pour un problème intercurrent avait dit le contraire, qu'on a soi-même un vécu différent, et que l'entourage et les média prodiguent des conseils et assènent des idées reçues parfois fantaisistes et toujours contradictoires ?...

De là est venue l'envie, voire le besoin, de trouver des références, de savoir si les diverses informations reçues provenaient d'études validées, ou représentaient seulement le reflet d'une culture populaire, de comprendre d'où provenait ce profond dysfonctionnement dans l'accompagnement des femmes allaitantes et de leurs bébés. J'ai alors décidé que le thème de ma thèse serait l'allaitement maternel, afin d'approfondir et de valider mes connaissances sur le sujet, et de contribuer à une meilleure prise en charge de l'allaitement maternel en médecine générale.

### - **Choix de l'approche particulière**

Dans un premier temps, j'ai voulu donner la parole aux femmes sur leur allaitement, pour savoir si les difficultés que je rencontrais m'étaient propres, ou si on pouvait considérer qu'il y avait effectivement un problème plus généralisé.

J'ai choisi de le faire par le biais d'une annonce publiée dans un magazine parental à large diffusion, en demandant des témoignages de lectrices ayant allaité leur(s) enfant(s), que leur(s) allaitement(s) ai(en)t été « réussi(s) » ou pas, avec si possible un mot sur le rôle de leur médecin généraliste. J'ai eu la grande surprise de recevoir 114 lettres en réponse, sur environ 4 mois à partir de la diffusion de l'annonce. (Cf. *Annexe 13*)

Leur contenu m'a permis de prendre conscience que l'allaitement est un sujet qui touche vraiment les femmes. Profondément. Au même titre que la grossesse et l'accouchement. C'est un moment de vie marquant (qu'il soit vécu comme positif ou négatif).

Recevoir un témoignage relatant un allaitement difficile datant de 17 ans, encore présent comme une cicatrice, m'a confortée dans l'idée que l'allaitement mérite d'être pris en compte et reconnu par les professionnels de santé, qui le considèrent encore trop souvent comme un simple mode d'alimentation parmi d'autres, voire comme la lubie d'une minorité de femmes un peu marginales et « écolo »...

Pour cela, il m'a semblé important de faire le point sur le « cadre officiel » de l'allaitement maternel, les textes qui le régissent à l'échelle nationale et internationale, et les organismes qui travaillent à sa promotion.

Toujours suite à la lecture de ces témoignages, j'ai également pris conscience du rôle que jouent les généralistes (parfois à leur insu) au cours des allaitements de leurs patientes. Bon nombre d'allaitements cessent prématurément sur une prescription abusive de sevrage, proposée en toute bonne foi par des professionnels mal informés, à l'occasion d'une prise de poids du bébé jugée insuffisante ou d'une prescription médicamenteuse chez la mère, par exemple. C'est pourquoi il m'a semblé important d'approfondir les notions de physiologie de la lactation et du passage des médicaments dans le lait, afin d'en tirer des conséquences pour la pratique clinique, et permettre aux mères d'allaiter leurs enfants en toute sécurité aussi longtemps qu'elles le souhaitent.

Je me suis donc également intéressée à la durée de l'allaitement : quelle est la norme de l'espèce pour l'âge du sevrage, sur quoi les recommandations sont-elles fondées, est-il sain d'allaiter un bambin, quelles sont les raisons des échecs d'allaitement, comment les femmes faisaient-elles par le passé, quel est l'impact des différents types de maternages... Autant de questions pour lesquelles j'ai tenté d'apporter des éléments de réponse, ces notions me paraissant être une base de réflexion indispensable pour tout praticien désireux d'accompagner et d'informer au mieux ses patientes durant leur allaitement.

Pour contribuer à une meilleure prise en charge des patientes allaitantes et des bébés allaités (les « dyades mère-bébé »), j'ai voulu confronter le point de vue des mères et celui des praticiens concernant la place du médecin généraliste dans l'accompagnement de ses patientes.

Cette étude s'inscrit dans le cadre de la création du groupe «Allaiter en Moselle-Est », dont l'un des projets est la réalisation d'un outil de consultation destiné aux médecins généralistes, proposant des conduites à tenir devant les situations les plus fréquemment rencontrées en pratique courante.

J'ai donc essayé d'évaluer quelles sont ces situations, et quels sont les besoins ressentis par les médecins généralistes en matière de formation, afin de pouvoir cibler au mieux cet outil. L'objectif est, entre autre, de diminuer les prescriptions médicales d'arrêt de l'allaitement si la situation ne le justifie pas. Cette entreprise inclut aussi de favoriser le travail en réseau pour une uniformisation de la prise en charge de l'allaitement maternel.

**ALLAITEMENT  
MATERNEL :**

**CADRE LEGAL  
ET  
ASSOCIATIF**

# **I. PRINCIPAUX TEXTES OFFICIELS CONCERNANT L'ALLAITEMENT MATERNEL**

A l'échelle individuelle, l'allaitement représente une pratique personnelle et intime. Pourtant, il est reconnu comme un problème de santé publique majeur par les plus hautes instances sanitaires depuis plus de 15 ans. Dans certains pays, la promotion de l'allaitement bénéficie déjà d'une véritable volonté politique.

La France a également développé depuis le XIXe siècle une politique de protection de la mère et de l'enfant incluant une protection de l'allaitement maternel. Cette politique se base sur des textes internationaux, visant dans un premier temps à réguler la commercialisation des substituts de lait maternel, puis dans un deuxième temps à promouvoir l'allaitement maternel et à mettre en place un cadre favorable à sa réalisation.

## **A. Textes internationaux**

### **1. Code International de commercialisation des substituts du lait maternel (1981) [2]**

Il apparaît que, quelle que soit la qualité des laits de substitution et le soin apporté à leur préparation, le lait maternel leur reste très largement supérieur. Face à ce constat, l'IOCU (International Organization of Consumers Union) soumet en 1972 un projet de code de conduite concernant la publicité sur les préparations pour nourrissons à l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé).

En 1979, un meeting international sur l'alimentation des jeunes enfants est organisé par OMS/UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund), réunissant des représentants des gouvernements, des organisations de santé, des groupes de militants. Il aboutit à la recommandation de développer un code international de commercialisation des préparations pour nourrissons.

L'OMS et l'UNICEF, avec l'aide des ONG (Organisations Non Gouvernementales), ont donc élaboré le Code International de commercialisation des substituts du lait maternel. Ce texte a été approuvé lors de l'Assemblée Mondiale pour la Santé (WHA) en 1981 ; ce Code International devrait être mis en place par les pouvoirs publics de chaque pays. Il doit être suivi par les industries concernées, quelles que soient les mesures législatives nationales existantes.

Il vise à réglementer la promotion des substituts du lait maternel pour protéger l'allaitement maternel des politiques commerciales agressives de l'industrie alimentaire infantile et concerne la promotion directe au public, la promotion dans les services de santé et aux professionnels de santé.

Il s'agit d'une recommandation aux gouvernements, les incitant à l'appliquer par des mesures législatives ou réglementaires propres à leur situation nationale.

Nous verrons plus loin la position de la France en matière de législation.

### **2. Déclaration conjointe OMS/UNICEF (1989) [3]**

Constatant que le contact entre les mères et les agents de santé au cours de la grossesse et durant les premiers jours du post-partum entraînait une baisse du nombre des bébés allaités au sein, l'UNICEF et l'OMS se sont adressées au personnel des maternités dans une déclaration conjointe intitulée : « *Protection encouragement et soutien de l'allaitement maternel : Le rôle*

*spécial des services liés à la maternité* ». Ce texte donne des repères pour encourager l'allaitement maternel exclusif à la naissance du bébé. Le rôle des hôpitaux dans la formation du personnel médical désignait ce lieu comme cible privilégiée d'une action d'envergure.

### **3. Déclaration d'Innocenti (1990) [4]**

La Déclaration d'Innocenti a été adoptée lors de la quarante-cinquième Assemblée Mondiale de la Santé, le 1<sup>er</sup> août 1990, dans la Résolution WHA 45.34.

Cette déclaration est entièrement consacrée à l'allaitement maternel, sa promotion et sa défense. Elle est signée par 30 gouvernements (dont la France), des Organisations Non Gouvernementales, l'OMS et l'UNICEF.

C'est un texte de référence pour les gouvernements, qui définit des objectifs pour les années 90 et des moyens pour y parvenir. (*Cf. Annexe 1*)

### **4. Initiative Hôpitaux Amis des bébés : IHAB (1992) [5]**

Lors de la réunion de l'Association Internationale de Pédiatrie à Ankara, l'UNICEF et l'OMS lancent l'Initiative Hôpital « Ami des Bébé ». Le but de cette action est de favoriser l'allaitement maternel dans les maternités. Des règles de conduite pour le personnel hospitalier ont été établies afin d'assurer un environnement favorable aux mères allaitant leur bébé. Ces règles sont résumées par dix recommandations. (*Cf. Annexe 2*)

L'UNICEF, plus particulièrement chargée de l'organisation de l'Initiative, invite les États à créer un Comité National d'Allaitement, dont l'une des fonctions est de mettre en place concrètement l'IHAB.

Les établissements hospitaliers qui le souhaitent peuvent demander à être évalués, pour pouvoir ensuite recevoir le label « Hôpital Ami des Bébé » remis par un comité national d'attribution.

En France, en attendant un soutien actif de la part du gouvernement, la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (la CoFAM, qui regroupe de nombreuses associations de soutien à l'allaitement maternel sur toute la France, comme nous le verrons plus loin) a mis en place les premières structures pour permettre de débiter évaluations et attributions du label aux maternités qui le réclament.

### **5. Données scientifiques relatives aux Dix Conditions pour le succès de l'allaitement (1999) [6]**

Il s'agit d'un document publié par l'OMS ayant pour but d'analyser les données relatives à l'efficacité des « Dix Conditions » et de se faire l'outil de la promotion et de l'enseignement afin que directives et pratiques soient dorénavant fondées plus sur la recherche que sur les coutumes et les suppositions.

En effet, les Dix Conditions pour le succès de l'allaitement étant connues, il subsistait le besoin d'une révision claire et critique des données disponibles. Une recherche bibliographique a donc été effectuée afin de mettre à jour toute publication relative à l'une ou l'autre des « Dix Conditions » et de mesurer leur impact sur l'allaitement dans les établissements de soins.

A l'issue de ce travail, des recommandations ont été publiées, la première étant que : « *Les preuves de l'efficacité des Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement maternel sont suffisamment nombreuses pour justifier pleinement le développement de l'Initiative Hôpitaux « Amis des Bébés », dont le fondement réside sur celles-ci, au niveau de toutes les maternités. Il n'est plus acceptable d'envisager l'existence de maternités non « amies des bébés ».* »

Maternités « Amies des bébés » : Etat des lieux en Europe en 2003 : [7]

Pays	Nombre HAB	Nombre maternités	% des naissances dans HAB
Allemagne	18	1100	3
Autriche	14	110	12
Belgique	0	107	
Bulgarie	5	?	8
Danemark	11	35	22
Espagne	8	498	1,5
Estonie	1	17	2
Finlande	4	35	7
<b>France</b>	<b>3</b>	<b>720</b>	
Grèce	0		
Hongrie	9	100	11
Italie	7	700	1
Lituanie	3	54	12
Luxembourg	2	6	35
Norvège	36	57	75
Pays Bas	25	200	24
Pologne	50	434	12
Portugal	0	60	
République slovaque	11	72	30
République tchèque	30	116	23
Roumanie	10	237	5
Royaume Uni	44	305	15
Slovénie	10	14	85
Suède	52	52	100
Suisse	53	155	51
<b>Total</b>	<b>312</b>		

On peut constater que les objectifs sont loin d'être atteints en Europe.

La France, même si elle a atteint aujourd'hui le chiffre de 5 maternités labellisées, dont une par le label international [8], fait pâle figure par rapport à la Suède qui affiche 100% des naissances en hôpitaux « amis des bébés ».

Nous aurons l'occasion d'y revenir, mais les disparités constatées sont en grande partie le fait de l'implication ou non des responsables politiques dans la promotion de l'allaitement maternel. (Cf. Annexe 3)

## 6. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (2002) [9]

La Résolution WHA55.25 sur la nutrition du nourrisson et du jeune enfant adopte, en mai 2002, la *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant* qui fait une large place à l'allaitement maternel.

Comme cela est indiqué en préambule dans le document, la stratégie s'appuie largement sur les actions préalablement mises en place : *l'Initiative Hôpital Ami des Bébé*s, le *Code International de commercialisation des substituts du lait maternel* et la *Déclaration d'Innocenti*. L'importance de l'allaitement maternel pour la santé de tous les bébés, entre autres pour la prévention de l'obésité, est soulignée.

La nouvelle recommandation de l'OMS concernant une durée optimale de l'allaitement maternel exclusif de six mois est également rappelée, de même que la durée recommandée pour un allaitement qui est de deux ans au moins.

Elle apporte également de nouvelles propositions, notamment :

- le soutien de l'ensemble des services de santé pour promouvoir l'allaitement maternel, en élargissant notamment l'Initiative Hôpital Ami des Bébés aux dispensaires, centres de santé et hôpitaux pédiatriques ;
- le respect indispensable du Code International, notamment par les professionnels de santé et leurs associations, par les média, et par les entreprises commerciales (fabricants et distributeurs de produits entrant dans le champ du Code).

Ce texte confirme donc, fort de l'expérience des dix dernières années, que les actions définies entre 1981 et 1992 doivent être poursuivies et renforcées.

## **7. Autres textes incluant des dispositions sur l'allaitement maternel**

### **- Convention pour les droits de l'enfant (20 novembre 1989)** [10]

Les 159 états membres de l'ONU ont adopté à l'unanimité cette Convention sur les Droits de l'Enfant qui devient, le 20 septembre 1990, un traité contraignant pour les états l'ayant ratifiée. La France a ratifié cette convention le 2 juillet 1990.

Elle demande aux États de s'assurer que les familles soient correctement informées sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et à ce qu'elles bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information (article 24.2.e).

### **- Déclaration de la Conférence Internationale sur la Nutrition (Rome, 1992)** [11]

La Conférence Internationale sur la nutrition est organisée par le FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations), et aboutit à une déclaration signée par de nombreux gouvernements, des organisations internationales et des ONG. La *Déclaration mondiale sur la nutrition* et le *Plan d'action pour la nutrition* servent de guide pour l'élaboration des politiques et programmes nutritionnels. Le *Plan d'action pour la nutrition* définit neuf thèmes prioritaires, parmi lesquels : « *promouvoir l'allaitement* ».

### **- Convention sur la protection de la maternité au travail de l'Organisation Internationale du Travail (15 juin 2000)** [12]

A propos de l'allaitement, la nouvelle Convention statue que «*la femme a le droit à une ou plusieurs pauses quotidiennes ou à une réduction journalière de la durée du travail pour allaiter son enfant*». La période durant laquelle les pauses d'allaitement sont permises, le nombre et la durée de ces pauses, ainsi que les modalités de la réduction journalière du temps de travail doivent être déterminés par la législation et la pratique nationales. Ces pauses ou la réduction journalière du temps de travail doivent être comptées comme temps de travail et rémunérées en conséquence.

#### **- Rapport du Comité Innocenti de l'UNICEF (Novembre 2005) [13]**

Ce rapport replace la Déclaration d'Innocenti dans son contexte et analyse les réalisations qui ont été possibles à travers les objectifs fixés en 1990. Il décrit les prochains défis à relever pour optimiser l'alimentation des nourrissons et jeunes enfants et propose une ligne directrice pour y parvenir.

### **8. Prise de position de l'Académie Américaine de Pédiatrie**

#### **- Breastfeeding and the use of human milk (1997) [14]**

Les avantages reconnus de l'allaitement maternel sont rappelés : ils concernent la santé, la croissance et le développement de l'enfant; la santé de la mère; la situation économique des familles et de la société.

La situation américaine est analysée : seules 59,4% des femmes allaitent leur bébé à la naissance en 1995, et 21,6% des bébés sont encore allaités à 6 mois, le plus souvent partiellement.

Des pratiques inappropriées sont mises en évidence, induites par des connaissances inexactes et de mauvaises habitudes des pédiatres et des agents de santé, des routines hospitalières inadéquates, et des politiques commerciales agressives de la part des producteurs de substituts du lait maternel.

Pour que l'allaitement redevienne la norme de l'alimentation des nourrissons, des recommandations pratiques sont faites : en particulier, l'allaitement précoce dès la naissance, l'allaitement à la demande, la non-séparation mère-bébé, l'absence de compléments (eau, eau glucosée, préparations pour nourrisson, jus de fruit) et de tétine, sont recommandés.

Un allaitement exclusif de 6 mois, et un allaitement minimum de 12 mois sont recommandés. Des aliments de complément contenant du fer doivent être progressivement introduits dans l'alimentation durant la seconde moitié de la première année.

Le rôle et la responsabilité des pédiatres dans la promotion et le soutien de l'allaitement maternel sont clairement mis en lumière : enthousiasme, connaissances, informations, formations en sont les bases.

#### **- Breastfeeding Promotion in Pediatric Office Practices (1999) [15]**

L'Académie Américaine de Pédiatrie a lancé en 1999 une action de promotion de l'allaitement au niveau des cabinets de pédiatres. Les pédiatres enrôlés dans ce programme s'engagent à suivre les dix conditions pour soutenir les parents dans leur choix d'allaiter leur bébé. Ces dix

paragraphes détaillent les pratiques mises en œuvre par les pédiatres pour soutenir efficacement l'allaitement.

**- Breastfeeding and the use of human milk (2005) [16]**

Ce document réaffirme la position de l'AAP en faveur d'un allaitement maternel exclusif de six mois, et poursuivi au moins jusqu'aux 12 mois de l'enfant et aussi longtemps que l'enfant et la mère le souhaitent. Il réactualise ses recommandations pour y parvenir à la faveur des études les plus récentes.

## **B. Textes français**

### **1. Etat des lieux du Droit français en matière d'allaitement**

Il existe, comme nous allons le voir, quelques dispositions dans le droit français destinées à favoriser l'allaitement, mais tout se passe encore comme si l'apparence devait être sauvée pour se conformer à nos engagements internationaux, sans préoccupation pour l'effectivité du droit. Notre système juridique est par ailleurs totalement lacunaire s'agissant de soutenir les mères qui allaitent à l'occasion d'événements douloureux de leur existence, comme une hospitalisation ou une séparation du couple. [17]

#### **- Concernant la commercialisation des substituts du lait maternel (Droit de la consommation)** [18]

La France a adapté sa législation pour suivre la directive européenne (91/321/EEC du 14 mai 1991) par une série de textes législatifs. L'adoption de ces textes et leur application est un premier pas vers la mise en œuvre du Code International.

##### **- Le champ d'application des mesures françaises**

Il concerne les préparations pour petits nourrissons uniquement (« denrées alimentaires destinées à l'alimentation des enfants jusqu'à l'âge de 4 mois accomplis et présentées comme répondant à elles seules à l'ensemble des besoins nutritionnels de ceux-ci »), à l'exclusion des préparations de suite : *loi n° 94-442 du 3 juin 1994, pour les articles 2 et 3 du Code International.*

##### **- L'étiquetage**

Les étiquettes des préparations pour nourrissons ne doivent pas afficher de représentation de nourrissons ; elles doivent en outre mentionner la supériorité de l'allaitement au sein : *arrêté du 11 janvier 1994 modifiant l'arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 1976, pour l'article 9 du Code International.*

##### **- La publicité**

La publicité pour les préparations pour nourrissons est interdite dans les revues destinées au grand public. Dans les revues scientifiques, elle doit se limiter à des faits et des informations : *loi n° 94-442 du 3 juin 1994 et arrêté du 11 janvier 1994 modifiant l'arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 1976, pour l'article 5 du Code International.*

##### **- La distribution de produits au public**

La distribution gratuite dans les maternités, centres de PMI et cabinets médicaux est interdite. Seuls quelques organismes comme la Croix Rouge peuvent distribuer gratuitement des préparations pour nourrissons : *loi n° 94-442 du 3 juin 1994, et Décret n° 98-688 du 30 juillet 1998 pour les articles 5 et 6 du Code International.*

##### **- La documentation**

Tout document concernant les préparations pour nourrissons doit informer sur la supériorité de l'allaitement maternel : *décret n° 98-688 du 30 juillet 1998 pour l'article 4 du Code International.*

Comme on peut le constater, la directive européenne date de 1991, et la transposition dans le droit français n'apparaît qu'en 1994 pour fixer des lignes directrices, de manière très incomplète par rapport au Code, traduisant le manque d'intérêt de notre pays en la matière. On note aussi qu'il faut attendre 1998 pour que le décret d'application qu'elle annonçait soit publié.

De plus, la mise en œuvre de ce maigre cadre juridique présente de nombreuses difficultés :

- D'abord, concernant l'information au public, les simples pétitions de principes actuellement en vigueur n'ont que peu d'intérêt si des actions concrètes ne sont pas menées par les pouvoirs publics, ce qui n'a jamais été le cas.

- D'autre part, les sanctions prévues ne concernent que les dons de lait ou la publicité pour les préparations pour nourrissons. Ainsi une DDCCRF (Direction Départementale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes) ne pourrait, le cas échéant, que demander à un industriel de modifier un étiquetage, mais aucune poursuite pénale ne serait envisageable.

- En outre, les sanctions encourues sont dérisoires pour les grandes entreprises qui fabriquent les laits de vache transformés, et on ne peut imaginer qu'elles puissent nourrir des craintes quant aux amendes de cinquième classe (1500 Euros au plus pour les contraventions de la 5e classe, montant qui peut être porté à 3000 Euros en cas de récidive), même si elles sont quintuplées pour les personnes morales... [17]

D'ailleurs, il se trouve que les poursuites pénales sont concrètement quasi-impossibles à mettre en œuvre, et que, faute de victime identifiable, et faute, le plus souvent, de combattant officiel, nous sommes confrontés à une illustration de l'inefficacité du droit. [19]

#### **- Concernant le travail des femmes allaitantes (Droit du travail) [17]**

Les mères doivent pouvoir bénéficier d'une réduction d'une heure de travail par jour pendant leur temps de travail dans l'année qui suit la naissance de l'enfant. Cette heure est répartie à raison de 30 minutes le matin et de 30 minutes l'après-midi. A cet effet les établissements de plus de 100 femmes de plus de 15 ans peuvent être mis en demeure d'installer des locaux particuliers : *article L 224-2 et suivants du code du travail et Article R 224-1 et suivants du code du travail. (Cf. Annexe 4)*

Remarquons que le Code du Travail n'a pas envisagé que l'allaitement puisse dépasser la première année de l'enfant, et que la question de la rémunération n'est pas abordée (alors que la Convention de l'OIT citée plus haut prévoit la rémunération des pauses d'allaitement).

Ces dispositions, intéressantes malgré tout, se heurtent malheureusement rapidement aux limites de leur mise en œuvre : les mères sont encore peu nombreuses à demander le bénéfice de ces mesures car elles sont encore très peu informées, d'une part de la possibilité physique de poursuivre un allaitement en travaillant et du bénéfice attendu d'une telle attitude, et d'autre part de l'existence même de ces textes. De plus, les pressions sociales, résistances diverses et difficultés matérielles de mise en œuvre dans des conditions acceptables d'hygiène et d'intimité ont souvent raison des mères qui demandent à bénéficier de cette « heure d'allaitement ».

### **- Concernant l'enfant dont la mère travaille** [17]

Le décret n°2000-762 du 1<sup>er</sup> août 2000 régissant l'ensemble des structures d'accueil collectives recevant des enfants de moins de 6 ans ne contient aucune disposition relative à l'alimentation des enfants qui y sont reçus, et *a fortiori* aucune quant au don de lait maternel. Aucun texte n'autorise les crèches à refuser le lait maternel, mais l'inverse est vrai aussi : aucun texte ne permet à une mère de contraindre une crèche à accepter de donner son lait à son enfant ; chaque structure se réfère à son règlement intérieur.

### **- Concernant le don de lait** [17]

Dans le cas d'un enfant prématuré pris en charge en service de néonatalogie et que sa mère souhaite allaiter, la plupart du temps on demande à la mère de tirer son lait et de le faire porter au service. Ce don de lait est régi par des textes très rigides, telle la circulaire n°97-785 du 16 décembre 1997 qui impose le recueil du lait de la mère, qu'elle apporte au lactarium généralement par ses propres moyens, en respectant un scrupuleux protocole d'hygiène (art.1.2).

Les lactariums sont tenus de faire pratiquer des tests de dépistage chez la mère (art.1.1).

Quant au contrôle du lait lui-même, la circulaire établit une distinction selon que le lait est amené plus de 12 heures après avoir été tiré ou pas (avec un maximum de 24 heures).

Pour un lait amené plus de 12 heures après avoir été tiré, le contrôle des germes est réalisé avant (art.1.3) et après (art.1.5) une pasteurisation (art.1.4). Le don direct du lait de la mère à l'enfant n'est pas possible : si le lait a satisfait aux tests, il sera mélangé aux autres laits reçus par le lactarium.

Ce n'est que dans le cas où moins de 12 heures sont écoulées, et si la mère a scrupuleusement respecté les conditions de recueil et la chaîne du froid, que le don direct est possible (art.2.1 à 2.3).

### **- Concernant l'hospitalisation de l'enfant ou de sa mère** [17]

La circulaire DH/EO n°98-688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie, laquelle complète le décret n°74-27 du 14 janvier 1974 et la circulaire n°83-24 du 1<sup>er</sup> août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants, énonce clairement que « *la mère, le père ou toute autre personne qui s'occupe habituellement de l'enfant doit pouvoir accéder au service de pédiatrie quelle que soit l'heure et rester auprès de son enfant aussi longtemps que ce dernier le souhaite y compris la nuit* ».

En revanche, lorsque la mère est hospitalisée, le séjour auprès d'elle de son enfant en bas-âge n'est aménagé par aucune disposition.

### **- Concernant le couple qui se sépare et le droit de visite** [17]

Le souci de placer à égalité hommes et femmes au regard des liens avec l'enfant prend souvent l'ascendant sur les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF concernant l'allaitement des enfants de moins de deux ans.

Ainsi, lorsque c'est la mère qui a la garde de l'enfant, les magistrats acceptent de reporter les premières vacances chez le père après le seuil de la première année mais généralement pas au-delà, que l'enfant soit allaité ou pas.

Ainsi, dans une affaire X, une ordonnance de non-conciliation entre deux époux rendue par le tribunal de grande instance d'Evry le 22 juin 2000, a-t-elle décidé qu'un enfant âgé de 10

mois toujours allaité devrait passer 3 semaines complètes de vacances avec son père en août (soit à 12 mois), ce qui a contraint la mère à le sevrer.

S'il va de soi que l'égalité entre hommes et femmes ne doit pas conduire à priver les pères d'exercer pleinement leurs droits, cela ne saurait se faire au mépris tant de l'équilibre affectif des tout-petits, que de leurs besoins alimentaires naturels.

## **2. Programme National Nutrition Santé (2000-2005) [20]**

Partant du constat que l'alimentation et l'état nutritionnel participent de façon essentielle au développement et à l'expression clinique des maladies qui sont aujourd'hui les plus répandues en France, comme dans l'ensemble des pays industrialisés, la France a fait de la nutrition l'une des priorités de sa présidence de l'Union Européenne . Une résolution sur ce thème a été votée lors du conseil des ministres européens le 14 décembre 2000, et le lancement du Programme National Nutrition Santé (PNNS) a été annoncé pour janvier 2001, coordonné par la Secrétaire d'état à la Santé et aux Handicapés, en lien avec les membres du gouvernement chargés de l'Education nationale, de l'Agriculture et de la Pêche, de la Recherche, de la Jeunesse et des Sports et de la Consommation.

Le PNNS a comme objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition. Sont définis 9 objectifs prioritaires, et 9 objectifs spécifiques, parmi lesquels « *promouvoir l'allaitement maternel* ».

Concernant l'allaitement maternel, il est constaté que la France est en retard par rapport aux autres pays européens dans sa pratique, y compris sa durée : l'objectif est donc de combler ce retard en fournissant aux femmes un contexte favorable à un choix en faveur de l'allaitement maternel et à la prolongation de sa durée.

Pour y parvenir, différentes actions sont envisagées, notamment :

- s'appuyer sur les recommandations pour la pratique clinique concernant la nutrition de la femme enceinte ;
- rédiger et diffuser un document scientifique validé, à destination des professionnels relais, sur l'intérêt santé de l'allaitement maternel dans un pays comme la France ;
- renforcer l'application des directives européennes sur la promotion des substituts du lait maternel (y compris dans les maternités) ;
- former les personnels des maternités à l'aide à l'initiation de l'allaitement à la naissance ;
- favoriser durant les consultations prénatales une information satisfaisante des femmes sur l'allaitement ;
- informer, à ce moment, les femmes sur l'introduction des aliments de compléments.

## **3. Recommandations de l'ANAES sur la mise en œuvre et la poursuite de l'allaitement maternel (Mai 2002)**

[21]

En mai 2002, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) consacre ses recommandations pour la pratique clinique à l'allaitement maternel : « *Allaitement maternel : Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant* ».

Ces recommandations ont été élaborées à la demande conjointe de l'Association de recherche en soins infirmiers et du Collège national des gynécologues et obstétriciens français.

Les questions auxquelles le groupe de travail s'est employé à répondre sont les suivantes :

- Quels sont les avantages et les limites de l'allaitement maternel ?
- Qui, quand, où informer ?
- Quand et où débiter l'allaitement ? Quel est l'impact de l'organisation du système de santé sur le début de l'allaitement ?
- Quels sont les facteurs clé de la réussite ou de l'échec de l'allaitement maternel ?
- Quels sont les facteurs de réussite ou d'échec de la pérennisation de l'allaitement maternel ?
- Quel suivi pour l'allaitement maternel ?
- Quelle nutrition faut-il préconiser pour la femme qui allaite ?
- Quelle contraception pour la femme qui allaite ?

L'ANAES conseille notamment un allaitement exclusif de 6 mois, tout en reconnaissant que certaines mères ne pourront pas suivre cette recommandation ou décideront de ne pas la suivre. Il revient néanmoins aux professionnels de santé de tout mettre en œuvre pour que celles qui le souhaitent puissent y parvenir. Les recommandations pratiques sur le déroulement de l'allaitement, ainsi que les chapitres traitant des contre-indications à l'allaitement maternel et aux médicaments chez la mère allaitante doivent y contribuer.

Ces recommandations sont importantes pour la promotion de l'allaitement maternel car elles officialisent, à l'attention des médecins, le discours que les associations de mères tiennent depuis de nombreuses années à propos du maternage.

#### **4. Recommandations de l'ANAES consacrées aux retours précoces à domicile après l'accouchement**

**(Mai 2004) [22]**

Dans ses recommandations intitulées « *Sorties précoces après accouchement : conditions pour proposer un retour précoce à domicile* », l'ANAES aborde également la question de l'allaitement maternel.

Les bénéfices attendus du retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) ne concernent pas expressément l'allaitement dans les recommandations, mais il est précisé que le RPDA favorise la relation précoce mère-enfant, qui va s'appuyer sur 3 notions fondamentales : la *préoccupation maternelle primaire*, articulée aux processus d'*attachement*, va conduire au processus de *maternage* (répondre aux besoins physiques et physiologiques du bébé contribue à un échange de liens sélectifs et privilégiés, de l'ordre de la communication). Le bébé accédera à une certaine tranquillité émotionnelle à travers la cohérence des soins mais aussi dans le repérage d'un sentiment de continuité.

L'allaitement est évoqué directement dans les éléments à prendre en compte pour décider d'une sortie précoce.

- Concernant la mère, le RPDA est considéré comme pouvant être un facteur de risque d'arrêt précoce de l'allaitement. En effet, les difficultés liées à l'allaitement peuvent être déstabilisantes pour la mère.

La prévention des problèmes liés à l'allaitement (perte de poids > 10 % du poids de naissance avec une déshydratation sévère, apparition de formes graves de l'ictère du nouveau-né) repose sur :

- la délivrance d'une information efficace sur l'allaitement ;
- la reconnaissance, par la mère qui allaite, des manifestations d'éveil du nouveau-né afin de donner le sein aussitôt, et de la réalité du transfert du lait ;
- le report de la sortie jusqu'à ce qu'un professionnel de santé ait vérifié la prise correcte du sein et l'efficacité de la succion ;
- un soutien à domicile assuré par des professionnels formés ou des associations de mères allaitantes.

Un certain nombre d'études étrangères ne trouvent pas de différence dans la durée de l'allaitement en cas de RPDA. En France, de telles études n'existent pas.

- Les inconvénients du RPDA pour l'enfant incluent un risque de déshydratation et d'ictère, en cas de mauvaise conduite de l'allaitement. Au minimum deux prises alimentaires correctes avec transfert effectif de lait doivent être documentées avant la sortie. Une sortie précoce de la maternité nécessite l'éducation des parents sur le risque et les signes d'une déshydratation, avec des repères simples : voir au moins trois mictions par jour les deux premiers jours, puis six mictions par jour, et sinon rechercher les signes de déshydratation (perte de poids).

Concernant le suivi après le RPDA, la visite à domicile est l'occasion d'observer l'allaitement maternel, de confirmer l'établissement de la lactation. L'état des seins et des mamelons est vérifié. Des conseils sur la prévention des crevasses et de l'engorgement sont prodigués. L'observation de la tétée permet au professionnel de s'assurer de la bonne position de l'enfant au sein et de l'efficacité de la tétée. La mère apprend à reconnaître les signes d'un allaitement bien établi : comportement de l'enfant qui s'endort repu après la tétée, nombre de tétées par 24 heures (au moins 8), nombre de mictions.

Le suivi peut être réalisé par un omnipraticien, mais il est précisé qu'une formation complémentaire peut être nécessaire à certains intervenants, en fonction de leurs acquis et modes d'exercice antérieurs. Cette formation a plusieurs objectifs :

- optimiser leurs compétences théoriques et pratiques ;
- acquérir les gestes techniques nécessaires ;
- former à l'information et à l'apprentissage de la femme dans son nouveau rôle de mère ;
- former à l'accompagnement de la mère, son écoute, sa mise en confiance vis-à-vis de ses capacités à assurer son rôle de mère ;
- les aider à s'adapter aux modifications induites dans leur pratique par le travail en collaboration et par le raccourcissement du séjour en maternité ;
- les intervenants doivent accepter une réactualisation régulière de leurs connaissances.

## **5. Rapport du Comité Nutrition de la Société Française de pédiatrie (Février 2005) [23]**

Ce document intitulé « *Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de la mère et de l'enfant* » complète les guides alimentaires publiés par l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) dans le cadre du PNNS, et les recommandations pour la pratique clinique publiées par l'ANAES. Il a plusieurs objectifs :

- résumer les connaissances sur la composition du lait de femme, la croissance de l'enfant au sein et son développement psycho-affectif ;
- présenter les principaux bénéfices-santé de l'allaitement maternel ;
- rappeler les précautions habituelles au cours de l'allaitement et les très rares contre-indications.

Il s'adresse aux professionnels de santé dans le but de promouvoir l'allaitement maternel.

## **6. Référentiel d'auto-évaluation des pratiques professionnelles de la HAS (Juillet 2005) [24]**

Comme tout référentiel d'auto-évaluation des pratiques, il a pour objectif d'aider les professionnels de santé à s'engager dans une démarche qualité. Il associe des objectifs de qualité à une grille de recueil de données. L'analyse des résultats permet au professionnel de mettre en œuvre des actions d'amélioration de sa pratique.

Ce référentiel d'évaluation s'adresse d'abord aux médecins pédiatres (« *Allaitement maternel suivi par le pédiatre* »). Cependant la mise en œuvre de l'allaitement maternel et sa poursuite dans le temps requièrent l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels de santé : d'autres médecins concernés par le thème ou des sages-femmes peuvent donc utiliser ce référentiel pour évaluer leur pratique.

Les objectifs de qualité évalués sont : (*Pour les notes : Cf. Annexe 5*)

- Recommander un allaitement exclusif durant 6 mois. (Critère 1).
- Déconseiller les compléments de lait artificiel qui perturbent le bon déroulement de l'allaitement maternel et entraînent un sevrage plus précoce. (Critère 2).
- Favoriser la mise en route de l'allaitement (*note 1*) avec un allaitement à la demande par le maintien 24 heures sur 24 de la proximité de la mère et de l'enfant ; reconnaître les signes d'éveil (*note 2*) sans attendre les pleurs pour nourrir l'enfant ; ne pas restreindre les tétées ni fixer d'intervalle minimum entre les repas. (Critères 3, 4 et 5).
- S'assurer de l'efficacité de la tétée : (Critères 6, 7 et 8).
  - en observant la position du nouveau-né (*note 3*), la succion et la déglutition ;
  - en recherchant les signes d'allaitement inefficace (*note 4*).
- Informer la mère sur les recours possibles (*note 5*) en cas de difficulté rencontrée pour allaiter son bébé. (Critère 9).
- Prévenir les arrêts abusifs de l'allaitement maternel : (Critère 10).
  - en s'assurant des réelles contre-indications à l'allaitement liées aux médicaments à partir d'une source d'information plus précise que le dictionnaire Vidal ;
  - en identifiant les rares contre-indications à l'allaitement liées à la mère ou à l'enfant (*note 6*) ; en accompagnant la poursuite de l'allaitement en particulier en cas de fièvre ou de mastite.

## **7. Recommandation de l'AFSSA (Janvier 2006) [25]**

L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA) a publié des recommandations d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons. Dans la section C (préparation des biberons), le chapitre 2 s'intéresse aux laits de femme et de mère délivrés en biberons, provenant du domicile ou de lactarium.

Ce document précise les conditions de recueil et de conservation du lait de femme, qui doivent être conformes aux règles d'hygiène, car une contamination microbiologique est possible avec un risque non négligeable chez les enfants les plus à risque comme les grands prématurés. Il est également souligné que, quand le nourrisson est né à terme, sans antécédents, et qu'il est en bonne santé et nourri au domicile, le risque pour la santé de l'enfant lié à une éventuelle contamination est estimé faible.

Les conditions d'hygiène pour l'extraction et le recueil de ces laits ainsi que leurs méthodes de réchauffement sont précisées.

Les durées de conservation considérées comme acceptables sont révisées :

- Le lait qui vient d'être tiré et donné sur place peut être conservé jusqu'à 4 heures à température ambiante (jusqu'à présent : 4 à 6 heures à 25°C [26], 10 heures de 19 à 22°C [27] et 24 heures à 15°C [26]).
- En cas de conservation du lait au réfrigérateur, le lait doit y être placé immédiatement après le recueil et peut être conservé jusqu'à 48 heures à une température inférieure ou égale à 4°C (jusqu'à présent : 8 jours [28]).
- En cas de conservation au congélateur, si on souhaite que le lait soit consommé plus de 48 heures après avoir été tiré, il convient de congeler le lait aussi rapidement que possible ; il peut alors être stocké pendant 4 mois à -18°C (jusqu'à présent : 3-4 mois dans un congélateur séparé dont la porte s'ouvre et se referme souvent, et 6 mois ou plus dans un congélateur horizontal dont la température demeure constante à -19°C [29]).

Les conditions d'utilisation sur le site de consommation sont également détaillées, y compris lorsqu'il s'agit d'une structure d'accueil de la petite enfance ou dans une unité de soin (en dehors des services de néonatalogie).

- Dans les structures d'accueil, le lait recueilli et conservé moins de 48 heures dans les conditions précisées peut être donné directement à l'enfant (il s'agit d'une avancée car jusqu'à présent la durée recommandée était de 12 heures). Le lait doit passer par le lactarium pour être pasteurisé seulement si le délai de 48 heures est dépassé.
- Dans le cas d'un lait stocké au congélateur, après décongélation, le lait gardé à une température inférieure ou égale à 4°C sans rupture de la chaîne du froid doit être utilisé dans les 24 heures. Le lait décongelé laissé à température ambiante doit être utilisé dans un délai de 1 heure suivant la décongélation.

## **8. Remarque**

On constate que les autorités sanitaires et de santé commencent à s'intéresser à l'allaitement et à encadrer son accompagnement par des recommandations officielles, ce dont on ne peut que se réjouir, tant que lesdites recommandations ont à cœur de privilégier le bien-être de l'enfant allaité et de sa mère, et à faciliter la pratique de l'allaitement dans notre société occidentale.

## **II. PRINCIPAUX ORGANISMES ENCADRANT L'ALLAITEMENT MATERNEL**

### **A. Au niveau international**

#### **1. Le système des Nations Unies**

L'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et l'Organisation Internationale du Travail (OIT) sont des organismes faisant partie du système des Nations Unies. Les représentants des différentes nations présentes dans l'Organisation des Nations Unies (ONU) en pilotent les actions.

#### **- L'UNICEF (United Nations International Children Emergency Fund) [30,31]**

L'UNICEF soutient les projets destinés à améliorer le bien-être des enfants en général, y compris la promotion d'une alimentation correcte.

L'UNICEF a, entre autre, participé à l'élaboration en 1981 du Code International de commercialisation des substituts du lait maternel, et coordonne les actions autour de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB).

#### **- L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) [32]**

L'OMS veille à la santé publique du monde, coordonne les études et les collectes de données, et émet des recommandations techniques, en particulier sur l'alimentation infantile. L'OMS a participé à l'élaboration en 1981 du Code International de commercialisation des substituts du lait maternel et rassemble les études épidémiologiques et les statistiques mondiales concernant l'allaitement maternel. Elle est à l'origine de nombreuses publications (entre autres, toutes les années paires, un rapport incluant des éléments sur la situation de l'allaitement maternel).

Chaque année, l'Assemblée Mondiale de la Santé (WHA) rassemble les représentants des gouvernements pour élaborer le cadre de la politique de santé publique mondiale. Des Résolutions sont votées, qui engagent les Etats membres à adopter des mesures nationales. Le Code International a ainsi été adopté lors de l'Assemblée Mondiale de la Santé de mai 1981. D'autres Résolutions traitent de l'alimentation infantile. [33]

#### **- L'OIT (Organisation Internationale du Travail) [34]**

L'OIT a pour vocation de promouvoir la justice sociale et notamment de faire respecter les droits de l'homme dans le monde du travail. Les mères allaitantes sont spécifiquement prises en compte dans cette démarche.

## **2. Les Organisations Non Gouvernementales (ONG)**

### **- LLLI (La Leche League International) [35]**

Créée en 1956 par des mères, cette association, dont l'action principale concerne le soutien de mère à mère, s'est développée dans le monde entier (présente dans 60 pays), et a été admise aux relations officielles avec l'OMS en janvier 1993 pour sa contribution aux connaissances relatives à l'allaitement maternel. Elle fait partie du Comité des Organisations Non Gouvernementales auprès de l'UNICEF.

### **- IBFAN (International Baby Food Action Network) [36]**

Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile, créé en 1979 à partir de 6 groupes de militants présents lors du meeting international sur l'alimentation des jeunes enfants organisé par OMS / UNICEF.

Il est représenté en Europe par Geneva Infant Feeding Association (GIFA), au Royaume Uni par Baby Milk Action et aux USA par NABA (National Alliance of Breastfeeding Advocacy). Il surveille l'application du Code International de commercialisation des substituts du lait maternel. Il publie de nombreux documents sur l'allaitement. « Breaking the rules » en 1994 et « Breaking the rules, stretching the rules » en 1998 recensent et dénoncent les infractions au Code.

### **- WABA (World Alliance for Breastfeeding Action) [37]**

Créé en 1991 par un consortium d'ONG internationales, il s'agit d'un réseau d'associations et de personnes qui soutiennent, protègent et encouragent l'allaitement maternel.

Il soutient la mise en œuvre de la Déclaration d'Innocenti et organise depuis 1992 la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM). Certaines actions sont relayées par GIFA, à Genève.

## **3. Les principales associations de formation et d'information**

### **- ILCA (Association internationale des consultantes en lactation) [38]**

Cette association regroupe des professionnels de la santé qui sont spécifiquement formés comme spécialistes de l'allaitement maternel : les Consultants en Lactation diplômés de l'IBLCE (aussi appelés IBCLC : International Board Certified Lactation Consultant). Le renouvellement obligatoire du diplôme tous les 5 ans assure que tous les IBCLC maintiennent leurs aptitudes et connaissances à jour. L'accréditation « IBCLC » est la seule certification mondialement reconnue pour les consultantes en lactation.

### **- SESAM (Société Européenne pour le Soutien à l'Allaitement Maternel) [39]**

Le but de cette association n'est pas de promouvoir l'allaitement à tout prix mais de respecter le désir des mères et d'aider celles qui le souhaitent à allaiter.

- Elle intervient pour soutenir l'allaitement maternel :
  - auprès des mères par le biais de campagnes d'information : presse, envoi et distribution de documents ;

- auprès des professionnels des maternités publiques et privées par des actions de formations techniques en France, en Europe et en Afrique.
- Elle effectue des études et des recherches-actions sur l'allaitement maternel dans le tiers-monde en coopération avec les organisations internationales.
- Elle centralise recherches et publications dans le domaine de l'allaitement.

Les formations SESAM conçues pour des professionnels de santé s'appuient sur le cours créé par Wellstart à la demande de l'OMS / UNICEF basé sur les dix points clés identifiés dans la déclaration de 1989. Elles s'adressent :

- à des équipes élargies de personnels d'une même maternité (sages-femmes, puéricultrices et auxiliaires, diététiciennes, médecins gynécologues, pédiatres, généralistes, anesthésistes, internes). Dans ce cadre la formation a pour but de permettre à ces maternités la mise en pratique des « Dix Conditions pour le succès de l'allaitement maternel » pour pouvoir obtenir le label Hôpital « Ami des Bébé ».
- aux décideurs, gestionnaires d'hôpitaux ou d'organismes de santé dans le but de leur montrer l'impact en terme de prévention, de santé publique et d'économies budgétaires d'une politique de soutien de l'allaitement maternel au niveau d'un hôpital, d'un département ou d'un ministère.
- à des professionnels de santé individuels afin d'améliorer la qualité de leur pratique grâce à l'apport de connaissances techniques, concrètes et nouvelles sur la prise en charge de la mère allaitante et de son enfant.

## **B. En France**

### **1. Structure nationale : la CoFAM** [40]

Née en 1999 autour de la « Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel 99 », la CoFAM a eu son baptême officiel en mai 2000, en devenant une association dite « loi 1901 ». En 2004, elle regroupe 46 associations de soutien ou d'information (dont IPA, APA, AFCL, CFDAM, LLLF, SESAM...)

L'action de la CoFAM s'appuie sur des propositions concrètes pour promouvoir l'allaitement :

- la création d'un Comité National d'Allaitement ;
- le développement de l'Initiative Hôpital « Ami des Bébé » ;
- une information de qualité du grand public et des professionnels de santé sur l'alimentation infantile ;
- la mise en place de formations obligatoires sur l'allaitement à destination des professionnels de santé et de la petite enfance ;
- la possibilité pour les mères de concilier allaitement et vie professionnelle, avec :
  - un congé maternité postnatal de 6 mois,
  - des pauses allaitement rémunérées d'une heure trente par jour,
  - le contrôle de l'industrie alimentaire infantile selon le Code International de commercialisation des substituts du lait maternel.

Quatre axes d'actions ont été privilégiés :

- La Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel.
- L'Initiative Hôpital « Ami des Bébé ».
- L'organisation annuelle de la Journée Nationale pour l'Allaitement (JNA). Cinq Journées Régionales de l'Allaitement (JRA) sont également mises en place de 2004 à 2006 dans le cadre du PNNS.
- La fédération des acteurs soutenant l'allaitement : les membres, la liste des associations et des structures de soutien en France.

La CoFAM participe également à l'évaluation de la situation et des actions en faveur de l'allaitement en France, elle invite les intervenants autour de la mère et de l'enfant à s'engager en partenariat dans ses actions de promotion.

La CoFAM travaille en liaison étroite avec l'Alliance Mondiale pour l'Allaitement Maternel (WABA) dont elle est un centre ressource et dont elle diffuse certains documents.

### **2. Principales associations de formation et d'information**

**- LLL France Formation** [41]

En 1987, la branche LLL France Formation est créée à partir de l'association de soutien à l'allaitement LLLFrance. Elle regroupe une équipe pluridisciplinaire, dont les membres sont tous Consultants en Lactation, et propose :

- des formations aux personnels des maternités, PMI, services de néonatalogie,
- des formations de suivi,
- une aide et un suivi pour l'obtention du label IHAB,
- des congrès réservés aux professionnels de santé,
- une information continue sous forme de livres et de revues, notamment :
  - le Traité de l'Allaitement Maternel (un ouvrage de référence pour les professionnels de santé, édition révisée et références incluses),
  - les Dossiers de l'Allaitement (revue spécialisée destinée aux professionnels de santé),
  - les Cahiers de l'Allaitement (série traitant plus particulièrement des situations spécifiques au milieu hospitalier).

### **- IPA (Information Pour l'Allaitement) [42]**

L'association « Information Pour l'Allaitement » a été fondée en 1996 par deux mères de famille et une professionnelle de santé. En 2004 ce sont 50 membres presque tous professionnels de santé, qui en font partie.

Les actions mises en place depuis 1996 :

- élaboration et diffusion de documents (affiches, dépliants, brochures, dossiers d'information, livres, etc...), et de bulletins destinés aux mères ou aux professionnels de santé ;
- création d'un site internet diffusant une grande partie des informations ;
- participation active à la CoFAM (élaboration de documents, pilotage de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel) ;
- en 2002, elle devient organisme de formation, organise des journées d'information et des ateliers ;
- en 2003, elle ouvre le CERDAM ;
- en 2004, elle met en place un programme de soutien à l'allaitement des personnes en situation de précarité, avec formation des épiceries solidaires avec un financement de l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie).

### **- CERDAM (Centre de Ressource Documentaire pour l'Allaitement Maternel) [43]**

Le CERDAM est constitué d'un centre de documentation principal à Lyon, et de deux antennes, l'une à Saint-Etienne (Loire), l'autre à Chambéry (Savoie). Son rayon d'action s'étend au-delà de la région Rhône-Alpes, notamment par le biais d'un site internet et de la consultation possible des documents à distance grâce au prêt.

Ce centre s'adresse :

- aux professionnels de santé : personnels des maternités, des services de pédiatrie et de néonatalogie, des centres de Protection Maternelle et Infantile, professionnels en libéral (médecins, sages-femmes, ...), lactariums, écoles et centres de formation professionnelle, etc... ;
- aux professionnels de la petite enfance : personnels des crèches, halte-garderies, formateurs des assistantes maternelles ;

- aux membres d'une association de soutien à l'allaitement : animatrices, personnes engagées dans la promotion de l'allaitement maternel ;
- à toutes les personnes concernées par l'accompagnement des mères qui allaitent et de leur bébé et par la promotion de la santé et du bien-être des familles : associations d'éducation à la santé, administrations concernées.

Ce projet a reçu le soutien du Ministère de la Santé dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS), de la Direction Régionale des Actions Sanitaires et Sociales de la région Rhône-Alpes (DRASS), et de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM).

Le centre ressource est mis en place en 2003 par l'association IPA.

#### **- Association des Consultantes en Lactation** [44]

Il s'agit de l'antenne nationale d'ILCA.

Les consultantes en lactation sont certifiées par le diplôme IBLCE (International Board of Lactation Consultant Examiners). Leur rôle :

- elles assurent des consultations mère-enfant qui peuvent concerner tous les aspects de l'allaitement maternel ;
- elles peuvent être sollicitées par tous les professionnels de santé pour un avis spécialisé, pour une consultation ponctuelle ou un suivi plus prolongé ;
- elles collaborent avec tous les acteurs de santé intervenant en prénatal et postnatal, dans un esprit de complémentarité ;
- elles peuvent exercer au sein de différentes structures (dans les maternités publiques et privées, en néonatalogie, en pédiatrie, en cabinet libéral, en PMI et à domicile).

#### **- APA (Action Pour l'Allaitement)** [45]

Il s'agit d'une association sans but lucratif de mères et de professionnels de santé qui oeuvrent pour la protection, le soutien et l'encouragement de l'allaitement maternel.

Membre d'IBFAN, de WABA, et de la CoFAM, elle travaille à l'application du Code International de Commercialisation des substituts du lait maternel, et propose aux établissements intéressés de faire un bilan des pratiques relatives à l'allaitement, en regard des recommandations de l'UNICEF et de l'OMS.

#### **- CFDAM (Centre de formation et de documentation sur l'allaitement maternel)** [46]

Membre de l'IBFAN, cette association propose des formations pour les personnels de santé et les personnes intéressées (associations de soutien...). Elle propose une documentation sur l'allaitement (en particulier allaitement dans le tiers-monde).

#### **- Co-Naitre** [47]

Anciennement Solidarilait Formation, il s'agit d'un institut de formation, de recherche et d'échange autour de la naissance. Son action vise à la formation continue des personnels de maternité, néonatalogie et réanimation néonatale, ainsi que ceux des crèches, des services de Protection Maternelle et Infantile... sous la direction du Dr Marie Thirion, qui est également à l'origine du Diplôme Universitaire de Lactation Humaine de Grenoble. Les formatrices sont toutes des professionnelles de santé spécialisées dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance.

### **3. Quelques associations nationales de soutien de mère à mère**

#### **- LLL France** [41]

L'association LLL France est officiellement créée en 1979, et un répondeur donnant le numéro de téléphone des animatrices de permanence est mis en place en 1985. Les animatrices sont des mères qui ont allaité leurs enfants et qui ont reçu une formation d'accompagnement et d'écoute. Leur rôle de conseil téléphonique tient une place importante dans leurs attributions. Elles animent également des réunions d'information et de partage sur l'allaitement maternel.

LLL France est membre d'IBFAN, de WABA, et de la CoFAM.

#### **- Solidarilait** [48]

Solidarilait est un réseau de mères et de professionnels de santé dont l'objectif est d'informer et soutenir les mères qui allaitent leur bébé.

Créée à Paris au début des années 80, la première association Solidarilait a très vite été suivie de beaucoup d'autres, réparties sur la presque totalité du territoire français. Le réseau fonctionne donc désormais comme une fédération, avec une vingtaine d'antennes régionales indépendantes qui s'ouvrent en fonction de la volonté des bénévoles, et une association nationale qui chapeaute l'ensemble, et lui assure sa cohésion.

#### **- Le Réseau des Mairaines d'Allaitement Maternel** [49]

Le Réseau des Mairaines d'Allaitement Maternel (Réseau MDAM) a été créé le 19 avril 2001. Il souhaite proposer à ses adhérents un espace convivial où l'allaitement est la norme.

Il organise des rencontres et un système de jumelages entre les jeunes et futures mères qui souhaitent allaiter et des mères qui ont allaité et qui ont été accréditées par son Conseil d'Administration.

A travers ce jumelage, la mairaine est un interlocuteur privilégié et disponible, qui fournit des informations avant l'allaitement pour le préparer, et qui peut également intervenir après la naissance de l'enfant, en cas de problèmes ou de questions, pour apporter soutien et expérience à la jeune allaitante.

#### **- Internet**

Les nombreux sites dédiés à la petite enfance, dont la plupart proposent des forums de discussion, sont un moyen d'échange et de partage entre mères qui se développe de plus en plus. C'est une approche très intéressante de par sa large diffusion, mais le problème de la qualité des informations qui circulent se pose.

### **C. A l'échelon local**

Actions des centres de PMI, création de réseaux de santé (en Lorraine le Réseau Périnatal Lorrain), associations de soutien à l'allaitement créées sur l'initiative des mères...

Les initiatives locales sont nombreuses et indispensables, mais on constate malheureusement un manque de coordination dans les différents mouvements, qui dénote l'absence de véritable volonté politique dans la promotion et le soutien de l'allaitement maternel.

Un annuaire des structures ressources est néanmoins disponible sur le site de la CoFAM. [50]

**BASE DE REFLEXION  
POUR INFORMER  
LES PATIENT(E)S  
SUR  
L'ALLAITEMENT  
MATERNEL**

## **I. PHYSIOLOGIE**

La connaissance de la physiologie de la lactation, incluant les mécanismes de régulation de la synthèse du lait et la composition du lait maternel, est indispensable à tout professionnel de santé pour informer ses patientes de la supériorité de leur lait sur les préparations pour nourrissons, pour comprendre les modalités de l'allaitement maternel et accompagner une patiente allaitante de façon efficace.

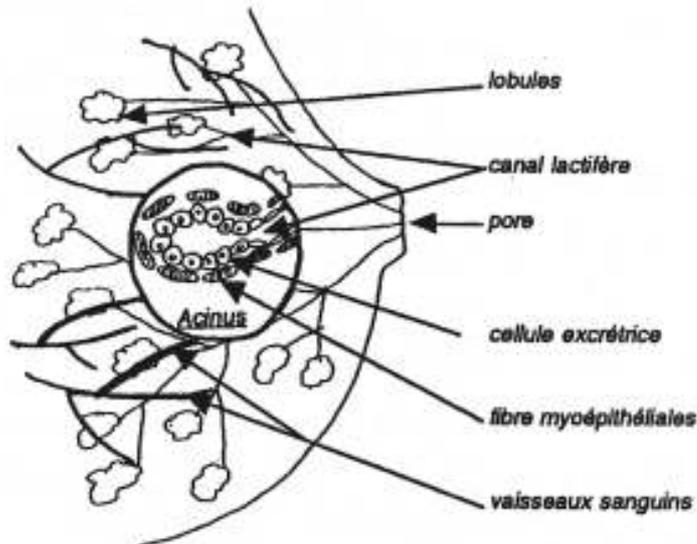


Schéma d'un sein en coupe. [51]

### **A. Régulation de la synthèse du lait chez les femmes**

#### **1. Le cycle de la lactation**

Le premier stade de développement du sein débute chez le fœtus avec la formation d'une glande structurellement rudimentaire. Lorsque survient la puberté, la croissance mammaire s'accélère et se poursuit imperceptiblement pendant chaque cycle menstruel, jusqu'au moment où la femme devient enceinte : la conception marque le début du cycle de la lactation, au cours duquel la croissance du sein est augmentée, et la glande mammaire commence à synthétiser et à sécréter les composants caractéristiques du lait maternel (stade I de la lactogénèse). Après la naissance de l'enfant, les modifications dans les proportions des différents constituants sécrétés par la glande mammaire permettent d'identifier la transition entre le colostrum et la sécrétion plus abondante de lait mature (stade II de la lactogénèse). La synthèse du lait se poursuit ensuite jusqu'au moment où elle n'est plus nécessaire ou désirée par l'enfant ou la mère (sevrage). [52]

Que le sevrage soit brutal ou progressif, la manifestation finale de ce processus est l'arrêt de la sécrétion lactée, et la régression du volume du sein parallèlement à l'involution de la glande mammaire. A ce stade, le sein est à nouveau sous l'influence des mêmes stimuli qu'avant la grossesse et reste quiescent, excepté une éventuelle stimulation pendant les cycles menstruels. Le cycle de la lactation recommencera à l'occasion d'une nouvelle conception. [52]

Ce cycle alternant développement et involution mammaire permet aux mammifères de cesser de synthétiser du lait lorsque le petit de l'espèce n'en a plus besoin, et de recommencer à en synthétiser pour le petit suivant. Cette évolution dans le sens d'une production de lait adaptée le plus possible aux besoins du petit de l'espèce est différente de la sélection basée sur la surabondance de lait observée chez les espèces domestiques laitières. [52]

En conséquence, la plupart des études sur le contrôle de la sécrétion lactée effectuées sur des espèces laitières peuvent ne pas être extrapolables à l'espèce humaine. L'équipe du Pr Hartmann a développé un outil original et performant pour l'étude « en direct » de la lactation : la mesure informatisée des variations de volume du sein (CBM : Computerized Breast Measurement), présenté en 1990 et publié en 1992. Cet outil permet d'étudier le volume des seins allaitants sans interférer avec le déroulement naturel de l'allaitement. [53]  
(Cf. Annexe 6)

### **- Le stade I de la lactogénèse** [52]

**Le stade I de la lactogénèse correspond à l'apparition de la capacité à synthétiser les composants spécifiques du lait.**

Pendant la première moitié de la grossesse, il y aura surtout une croissance lobulo-alvéolaire importante. Lorsque ce système lobulo-alvéolaire est développé, sa prolifération diminue, alors que la différenciation cellulaire augmente (hypertrophie des lactocytes, les cellules épithéliales mammaires sécrétrices) avec accumulation des organites cellulaires et des produits de sécrétion dans la lumière des alvéoles. [54,55,56]

Il existe un mécanisme, encore mal défini, pour éliminer des alvéoles mammaires le lactose qui a été synthétisé, car s'il y restait jusqu'à la naissance, la pression osmotique liée à sa sécrétion pourrait induire une distension mammaire. Le lactose passe dans le sang pendant la grossesse (le taux sérique de lactose chez les femmes enceintes augmente vers le milieu de la grossesse [57]), ce qui coïncide avec une augmentation de l'excrétion urinaire du lactose, permettant de dater le début de la synthèse de lait. [58,59]

Ces éléments suggèrent donc que le stade I de la lactogénèse débute vers le milieu de la grossesse (dès 12 semaines d'aménorrhée chez certaines femmes). Il est sous le contrôle de la prolactine.

### **- Le stade II de la lactogénèse** [52]

Immédiatement après la naissance, la sécrétion lactée est faible en volume et riche en IgA. En effet pendant cette période, l'enfant a davantage besoin d'une protection immunitaire que d'un apport nutritionnel. Avec le temps, les besoins nutritionnels de l'enfant augmentent, et la sécrétion change en quantité et en qualité afin de correspondre à ses nouveaux besoins.

**La lactogénèse de stade II est établie après une phase transitionnelle correspondant au passage du colostrum à la sécrétion abondante de lait mature.**

Cette transition s'effectue, dans l'espèce humaine, dans les 24 à 72 heures suivant la naissance [60,61,62] et se fait sous le contrôle de plusieurs hormones :

### **La progestérone :**

Des études de modèles animaux ont établi que la chute du taux de progestérone était le facteur déclenchant pour le stade II de la lactogénèse. [63]

Chez la femme, la progestérone est produite par le placenta, et la chute du taux de progestérone n'intervient que lorsque le placenta est évacué. En conséquence, il y a chez la femme un intervalle libre en post-partum précoce : le stade II de la lactogénèse est retardé jusqu'à 30-40 heures post-partum. En cas de rétention d'un fragment de placenta, le stade II de la lactogénèse est retardé jusqu'à son évacuation. [64]

Il survient dans les mêmes délais après un accouchement par césarienne [60], le placenta étant évacué à peu près au même moment que lors d'un accouchement par voie basse.

La raison de ce retard inattendu par rapport aux besoins nutritionnels supposés du nouveau-né est cohérente avec l'acquisition d'une protection des muqueuses grâce au colostrum maternel, qui est parfaitement adapté aux faibles besoins caloriques du bébé à cette période.

### **La prolactine :**

La mise en route de la lactogénèse de stade II ne nécessite pas que les seins soient stimulés par la succion, ni que le lait soit extrait [65]. Elle nécessite la présence d'un taux adéquat d'hormones lactogènes.

Le taux sérique de prolactine est élevé au moment de l'accouchement, et la suppression de cette sécrétion de prolactine par l'administration de bromocriptine induit une inhibition du stade II de la lactogénèse [65].

La prolactine est donc indispensable à l'installation et à la poursuite de la lactation. Elle a une sécrétion continue, avec des pics de sécrétion stimulés par la succion. Une augmentation de la fréquence des tétées s'accompagne d'une augmentation du taux basal de prolactine sanguine. [66]. Il est cependant également connu que le taux basal de prolactine sanguine diminue dès les premiers mois de la lactation, alors que le volume de lait produit reste stable entre 1-6 mois [67]

### **Rôle de l'insuline :**

L'évaluation détaillée de l'initiation de la lactation chez les femmes souffrant de diabète de type I a permis de constater que la transition entre colostrum et lait mature est retardée d'environ 24 heures chez ces femmes [68,61,69]. Les raisons de ce retard ne sont pas clairement élucidées, et cela ne signifie pas qu'il existe une relation certaine entre l'insuline et le stade II de la lactogénèse, mais il semble possible qu'un certain taux d'insuline soit nécessaire pour le passage à ce stade.

Les mères diabétiques pourront donc avoir une sécrétion lactée adéquate, mais elles ne devront pas s'alarmer du délai supplémentaire pour y parvenir.

### **Rôle des gluco-corticoïdes :**

A l'occasion d'expériences sur des rats ayant subi une hypophysectomie, une ovariectomie et une ablation des surrénales [70], il a été mis en évidence que les hormones surrénaliennes étaient nécessaires pour la synthèse du lait. Le rôle des glucocorticoïdes dans la lactation humaine reste inconnu, mais il serait intéressant de le connaître, du fait de leur utilisation thérapeutique comme accélérateurs de la maturation pulmonaire.

## **- La lactation établie : modèle global de régulation de la synthèse du lait [53]**

Les connaissances actuelles se basent sur les études de l'équipe du Pr Hartmann, à partir des mesures informatisées des variations de volume du sein (système « CBM »), outil permettant une étude en direct sur le volume des seins en lactation sans interférer avec le déroulement naturel de l'allaitement (*Cf. Annexe 6*). Ces mesures du volume des seins sont fiables et reproductibles.

### **Notion de capacité de synthèse de lait versus production de lait :**

Les variations de volume des seins à court terme pendant l'allaitement correspondent à des variations de volume de lait. Le lait est donc sécrété en continu et s'accumule dans les seins entre deux tétées : le bébé boit du lait déjà présent dans le sein [71]. Le principal déterminant de la production de lait est la demande de l'enfant [67]. La capacité de synthèse de lait par le sein est à séparer de la production de lait mesurable du sein, puisqu'en moyenne 20 à 30% du lait synthétisé restent dans le sein (**notion de degré de remplissage du sein**). La production de lait s'adapte à la demande de l'enfant. La capacité de synthèse du lait est supérieure à la production mesurable, et elle est indépendante du volume extérieur du sein. [72]

### **Notion de capacité de stockage : [73]**

Chaque couple mère-enfant a des modalités d'allaitement propres, et chaque sein a une spécificité : sa capacité de stockage. Elle peut être différente entre les deux seins d'une même mère. Elle est définie par la quantité maximale de lait contenu dans le sein sur une période de 24 heures, calculée comme suit :

**Capacité de stockage = volume le plus grand mesuré - volume le plus petit mesuré sur 24h**

Cette capacité de stockage ne peut pas être déduite du volume extérieur du sein, puisque l'aspect du sein ne reflète pas la quantité de tissu glandulaire. Elle n'a pas une valeur fixe chez une même femme, mais elle évolue dans le temps, comme le volume glandulaire, suivant la demande de l'enfant. Elle a été mesurée de 54ml à 280ml par sein, avec une moyenne de 150ml, et la production de lait sur 24 heures variait de 169 à 689g.

### **Notion de fréquence minimale de vidange du sein : [74]**

La capacité de stockage ne limite en rien la capacité du sein à synthétiser du lait, mais définit les modalités « minimales » de l'allaitement : dans une lactation bien établie, il existe une fréquence minimale de vidange du sein en dessous de laquelle la production de lait va être régulée à la baisse :

**Fréquence minimale = production de lait de 24h / capacité de stockage**

Lors d'une lactation établie, tant que cette fréquence minimale n'est pas atteinte, la fréquence des tétées importe peu, et l'enfant peut se permettre de vider le sein de façon variable. Si on se rapproche de la fréquence critique, il faut alors que l'enfant « vide » le sein le plus possible à chaque tétée pour ne pas avoir de baisse de production de lait. Cette fréquence minimale étant variable d'un couple mère-enfant à l'autre, on ne peut fixer arbitrairement un nombre de tétées par 24 heures sans risquer de compromettre l'allaitement.

### **Notion de vitesse de synthèse du lait :** [73]

L'augmentation à court terme de la vitesse de synthèse du lait permet de répondre très rapidement à une augmentation de la demande de l'enfant. Elle est calculée comme suit :

**Vitesse de synthèse = variation de volume du sein / temps écoulé depuis la tétée.**

Le sein connaît la demande de l'enfant par le biais de son degré de remplissage/vidange : la vitesse de synthèse du lait est proportionnelle au degré de vidange du sein, et inversement proportionnelle au degré de remplissage du sein.

Plus le sein a été vidé, plus la vitesse de synthèse du sein va augmenter jusqu'à la tétée suivante. Cette vitesse de synthèse est stable pendant au moins 6 heures.

Une mère avec une petite capacité de stockage aura des tétées plus fréquentes et une vitesse de production de lait plus stable qu'une mère avec une grande capacité de stockage, qui pourra se permettre une plus grande flexibilité dans son allaitement.

### **Notion de mécanismes de régulation autocrine de la production de lait :** [66]

L'enfant ne sollicite pas les deux seins de la même manière, et il n'est pas rare d'avoir une différence significative de production de lait entre les deux seins (ceci impliquant qu'on peut allaiter son enfant avec un seul sein). Ceci implique également que le modèle endocrine n'est pas applicable dans ce contexte.

Une étude publiée par Cox, étudiant la comparaison du taux de prolactine plasmatique et de prolactine dans le lait tout au long de l'allaitement, avec mesure de la teneur en graisses sur chaque échantillon de lait pré- et post-tétée pour calculer le degré de vidange du sein (le lait de fin de tétée étant enrichi en graisses par rapport au lait de début de tétée comme nous le verrons plus loin), permet d'élaborer une hypothèse précise concernant la régulation autocrine de la lactation.

Les variations des taux de prolactine dans le lait de pré- et post-tétée correspondraient à une entrée de façon cyclique de la prolactine dans les lactocytes, avec un passage élevé quand les alvéoles sont vides et un passage réduit quand elles sont pleines. Cette hypothèse est confirmée par la corrélation entre le taux de prolactine dans le lait et le degré de remplissage du sein, à condition qu'il n'y ait pas de mélange important du lait dans les canaux lactifères, permettant ainsi la création d'un gradient de concentration de prolactine des alvéoles vers le mamelon. Une protéine inhibitrice appelée FIL (feedback inhibitor of lactation) inhiberait la synthèse et la sécrétion du lait en empêchant les échanges transmembranaires.

Ainsi, la concentration de prolactine sérique a un rôle permissif fondamental dans la synthèse du lait, sans en être le régulateur direct, la régulation de la production de lait étant indépendante dans chaque sein, avec équilibre entre facteurs inhibiteurs et stimulants de la synthèse de lait.

### **- L'involution** [52]

L'involution de la glande mammaire est la conséquence d'une diminution de la demande.

Que le sevrage soit brutal ou progressif, la glande mammaire va déclencher un processus inverse de celui qui avait induit la production de lait [75] : la composition du lait va changer, avec augmentation du taux de sodium, de potassium et de protéines, et diminution du taux de lactose, amenant la production à devenir similaire au colostrum.

Lorsque l'enfant cesse complètement de prendre le sein, cela a pour résultat une distension de la glande mammaire par le lait, et une atrophie des structures épithéliales. Enfin la sécrétion lactée cesse totalement, les lactocytes desquament et entrent dans un cycle d'apoptose.

L'atrophie de la glande mammaire après le sevrage induit une diminution du volume du tissu sécrétoire. Après cette involution, la glande mammaire se retrouvera dans un état relativement quiescent avec des cycles évolutifs en réponse aux facteurs stimulants et involutifs en action pendant le cycle menstruel. De là, elle se préparera à nouveau à un cycle sécrétoire si la femme est de nouveau enceinte.

## **2. Conséquences pour la pratique clinique** [53]

### **- Notion de manque de lait**

Connaissant la régulation autocrine de la production de lait, on comprend que la notion de « manque de lait » est un mythe construit dans les pays « développés », qui ont adopté des règles strictes d'allaitement suivant un horaire rigide [76]. Une femme à petite capacité de stockage ne peut pas s'adapter à un schéma rigide d'allaitement, puisqu'elle va atteindre la fréquence « critique » plus rapidement que celle avec une grande capacité de stockage. Elle aura donc rapidement une baisse de synthèse du lait, avec nécessité de sevrage précoce.

La notion de « bonnes laitières » et de « mauvaises laitières » ne peut s'appliquer aux femmes : la production de lait chez la femme n'est pas sélectionnée pour être maximale mais s'adapte au plus près aux besoins de son petit, et peut s'adapter à la hausse si la demande augmente.

### **- Influence du volume des seins sur la capacité à allaiter**

Le volume du sein (en dehors de cas pathologiques: hypoplasie sévère, chirurgie, irradiation...) n'a aucun rapport avec sa production de lait : des femmes avec de petits seins sont tout aussi aptes à allaiter que des femmes avec des seins volumineux.

### **- Allaitements difficiles, relactation**

En cas de difficultés lors d'un allaitement, il convient de toujours poursuivre l'extraction du lait : en arrêtant d'extraire le lait des seins, on risque de compromettre leur synthèse de lait, car ils resteront trop pleins, avec action des facteurs inhibiteurs et une prolactine incapable d'entrer dans le lactocyte.

La relation entre la vitesse de synthèse du lait et le degré de remplissage permet de définir les meilleures modalités pratiques pour stimuler la lactation dans des cas de production lactée insuffisante, par exemple en cas d'allaitement mal conduit ou de séparation mère-enfant, ou chez un prématuré incapable de téter [77]... : il faut obtenir un degré de vidange le plus élevé possible à chaque extraction du lait, en ayant une fréquence minimale au-dessus de la fréquence critique, pour optimiser la synthèse du lait.

### **- Extraction mécanique du lait**

Pour les mères qui tirent leur lait, les paramètres des tire-lait électriques doivent être optimisés pour assurer la meilleure extraction de lait [78,79]. La fréquence des expressions de lait peut être arbitrairement fixée à 6 au départ, mais certaines mères devront extraire le lait 8-10 fois par jour au moins pour ne pas voir une baisse de production s'installer, alors que d'autres pourront se permettre de tirer moins souvent.

### **- Notion d'allaitement à la demande**

Chaque couple mère-enfant a des modalités d'allaitement propres. Seul l'allaitement à la demande du bébé permet de laisser s'exprimer les capacités d'adaptation du sein à l'enfant et de l'enfant au sein.

## **B. Composition du lait maternel** [23]

### **1. Principaux composants du lait de mère**

Pour 100ml	Lait de vache	Préparation pour nourrissons	Lait de femme mature
Poudre (g)		12,6-15	
Calories (kcal)	65	66-73	67
Protides (g)	3.7	1.5-1.9	1
- Caséine (%)	80	60-80* / 44-50**	40
Lipides (g)	3.5	2.6-3.8	3.5
- Acide linoléique (mg)	90	350-740	350
- Acide $\alpha$ -linoléique (mg)	traces	30-100	37
Glucides (g)	4.5	6.7-9.5	7.5
- Lactose (%)	100	47-100	85
- Dextrine-maltose (g)	0	1.1-2.6	0
- Autres sucres	aucun	amidon, glucose, fructose, saccharose	oligo saccharides
Sels minéraux (mg)	900	250-500	210
- Sodium (mg)	48	16-28	16
- Calcium (mg)	125	43-93	33
- Calcium/phosphore	1.25	1.2-1.9	2
- Fer (mg)	0.03	0.7-1	0.05

Teneurs indicatives en énergie, protides, lipides, glucides et minéraux du lait de femme, du lait de vache et des préparations pour nourrissons destinées aux nourrissons de la naissance à 4-6 mois (au 1er janvier 2004) [80]

\* Préparations à protéines non modifiées

\*\* Préparations à protéines adaptées

#### **- Protéines et substances azotées**

La teneur en protéines du lait de femme, comprise entre 8 et 12 g/l est nettement inférieure à celle des autres mammifères. Néanmoins, elle est parfaitement adaptée aux besoins du nourrisson en raison d'une excellente absorption et d'une parfaite adéquation du profil de ses acides aminés.

Les protéines du lait de femme sont aussi très spécifiques ; même les caséines, qui ne représentent que 40 % des protéines (contre 80 % dans le lait de vache) sont différentes, les caséines du lait de femme formant des micelles beaucoup plus petites que celles du lait de vache.

Enfin, un pourcentage élevé de protéines (60 %) ne précipite pas avec les caséines : elles sont dites « protéines solubles ». Ce pourcentage élevé de protéines solubles et les micelles de caséine de petite taille expliquent la coagulation plus fine du lait de femme dans l'estomac du nourrisson, contribuant à une vidange gastrique plus rapide. Parmi ces protéines solubles, certaines ont un rôle fonctionnel essentiel que nous détaillerons plus loin.

Le lait de femme n'est donc pas un simple « véhicule » de nutriments ; il a de nombreuses propriétés biologiques.

A côté des protéines, la somme des peptides, des acides aminés libres (dont la taurine), de l'urée, de l'acide urique, des sucres et alcools aminés, des polyamines, des nucléotides, et de la carnitine, représente 20 à 25 % de l'azote total du lait, alors qu'elle ne constitue que 3 à 5% de cet azote dans le lait de vache.

### **- Lipides et digestibilité des graisses**

Si la teneur en lipides (35 g/l en moyenne, mais avec une variabilité importante) est proche de celle du lait de vache, la digestibilité et le coefficient d'absorption des graisses du lait de femme sont très supérieurs (80% contre 60% dans les premiers jours, atteignant rapidement 95% contre 80% à 3 mois pour le lait de vache).

La meilleure digestibilité des graisses tient à la présence dans le lait de femme d'une lipase dépendant des acides biliaires du nouveau-né qui compense, au niveau duodénal, l'insuffisance des lipases pancréatiques ; s'y ajoute la structure différente des triglycérides : 70% de l'acide palmitique (25% des acides gras totaux) étant en position 2 sur le glycérol, il est bien absorbé sous forme de monoglycéride ce qui n'est pas le cas avec le lait de vache.

Le lait de femme est riche en cholestérol (2,6 à 3,9 mmol/l) alors que le lait de vache en contient peu (0,3 à 0,85 mmol/l). La cholestérolémie est d'ailleurs plus élevée chez le nourrisson au sein. Il faut rappeler le rôle du cholestérol dans la structure des membranes, comme précurseur hormonal et dans le développement cérébral.

Le lait de femme contient des acides gras poly-insaturés (AGPI), acides gras essentiels mais aussi leurs homologues supérieurs, en particulier acide arachidonique (AA : 0,46g/100g d'acides gras) dans la série linoléique (n-6) et acide docosahexaénoïque (DHA : 0,25g/100g d'acides gras) dans la série  $\alpha$ -linoléique (n-3). Cette teneur dépend des apports alimentaires en acides gras n-6 et n-3 de la femme allaitante [81]. L'AA et le DHA ont un rôle démontré dans les processus de maturation cérébrale et rétinienne. L'immaturité chez le prématuré des processus d'élongation et surtout de désaturation qui permettent leur synthèse à partir des deux acides gras essentiels ont conduit à un consensus sur la nécessité d'une supplémentation spécifique et équilibrée en AA et en DHA des préparations pour prématurés.

### **- Glucides et oligosaccharides**

Globalement, le lait de femme mature contient 75 g/l de glucides, dont 63 g de lactose et 12 g d'oligosaccharides, alors que le lait de vache ne comporte que du lactose.

Formés de cinq sucres élémentaires (glucose, galactose, N-acétylglucosamine, fucose, acide sialique), de structure ramifiée, les oligosaccharides constituent une originalité majeure du lait de femme : ils sont au nombre de plus de 130 et constituent de véritables prébiotiques. Non digestibles au niveau du grêle, à l'exception de l'acide sialique qui peut en être clivé puis absorbé, ils jouent un rôle essentiel dans la mise en place de l'écosystème bactérien colique dominé chez l'enfant au sein, par les bifidobactéries, en particulier *Bifidobacterium bifidum*.

Le rôle des ces oligosaccharides (quasiment absents du lait de vache) dans la protection vis-à-vis des infections digestives, mais aussi extra-digestives, est aujourd'hui bien argumenté [82].

### - Autres composants

La teneur relativement faible en azote et en sels minéraux (2,50 g/l) permet de limiter la charge osmolaire rénale à des valeurs assez faibles (93 mOsm/l), alors qu'elle est beaucoup plus élevée pour le lait de vache (308 mOsm/l). Cette faible charge osmolaire rénale constitue une sécurité en cas de pertes hydriques excessives, par transpiration ou diarrhée, en permettant de mieux assurer le maintien à l'équilibre de la balance hydro-minérale.

Un autre point important concerne la meilleure biodisponibilité de différents oligoéléments comme le fer et le zinc, en raison des ligands présents dans le lait de femme, qui facilitent leur absorption.

## **2. Evolutivité dans la composition du lait**

### **- Durant les trois premiers jours de l'allaitement**

Le lait de femme, alors appelé *colostrum*, a une composition différente du lait mature. Moins riche en lipides et en lactose, il a une densité énergétique moindre (450-480 contre 650-700 kcal/l) ; il est par contre plus riche en cellules immuno-compétentes (10 fois plus), en oligosaccharides (22 à 24 contre 12 à 13 g/l), et en protéines (22 contre 11 g/l).

L'augmentation porte sur les protéines solubles fonctionnelles comme les immunoglobulines, en particulier les IgAs, les lactoferrines, différents facteurs de croissance (G-CSF, EGF, IGF1), les différentes cytokines, alors que les caséines sont pratiquement absentes. Tous ces éléments contribuent à protéger le nouveau-né qui est particulièrement vulnérable aux infections. En quelques jours, la composition rejoint celle du lait mature. Le lait des femmes qui accouchent prématurément est plus riche en AGPI, ce qui correspond aux besoins plus élevés des prématurés en ces AGPI pour la maturation cérébrale.

#### Composition du colostrum et du lait humain [83,84]

	COLOSTRUM	LAIT MATURE
Extrait sec total (g/l)	180	124
Protéines totales (g/l)	85	10
Caséine (g/l)	11	4
$\alpha$ -Lactalbumine (g/l)	3.4	1.8
Albumine (g/l)	3.4	0.4
Lactoferrine (g/l)	17	1.2
IgA (g/l)	13	1
IgG (g/l)	0.5	0.06
Lysozyme (mg/l)	140	100
Azote non protéique (g/l)	0.47	0.32
Lactose (g/l)	23	70
Glucose (mg/l)	<20	350
Lipides (g/l)	20	37
Calcium (g/l)	0.31	0.35
Phosphore (g/l)	0.14	0.15
Sodium (g/l)	0.48	0.15
Chlorure (g/l)	0.91	0.43
Potassium (g/l)	0.74	0.57
Fer (mg/l)	0.80	0.30
Oligosaccharides (g/l)	24	13

### **- En cours de tétée**

La composition du lait change en cours de tétée et s'enrichit en graisses et en micelles de caséine. L'analyse d'un échantillon isolé de lait n'a donc pas de sens et pourrait faire croire à tort que la densité calorique du lait est insuffisante, alors que celle-ci reste normale, même lorsque la mère est en situation de malnutrition.

Des variations de l'alimentation maternelle peuvent cependant influencer sur la composition du lait en acides gras, la teneur en iode, en sélénium, en vitamine A et en vitamines du groupe B.

### **- Adaptation de la réponse immunitaire** [85]

Il est aujourd'hui démontré que le lait maternel protège activement le nouveau-né contre les infections grâce aux anticorps, aux protéines immunostimulantes et aux cellules immunitaires qui y sont présents.

#### **- Les anticorps**

Il s'agit des cinq types d'immunoglobulines (IgG, IgA, IgM, IgD et IgE), tous présents dans le lait maternel, avec une nette prédominance des IgA, notamment de type sécrétoire (IgAs) (0,5 à 1 g/l). La composante sécrétoire semble protéger les molécules d'anticorps contre la dégradation par les sucs gastriques et les enzymes digestives de l'estomac et de l'intestin.

Les anticorps transmis au nourrisson via le lait maternel sont spécifiquement dirigés contre les agents pathogènes rencontrés par la mère (soit par absorption, soit par inhalation) dans son environnement immédiat (et donc celui de l'enfant). La mère donne ainsi à son enfant une protection adaptée à son cadre de vie.

Ces anticorps ne sont pas actifs contre les bactéries non pathogènes présentes dans le système digestif de l'enfant, flore qui limite la croissance des micro-organismes pathogènes. Ce processus favorise donc l'installation de bactéries bénéfiques dans le système digestif du nourrisson.

De plus, les IgAs enrayent l'infection sans causer d'inflammation, phénomène pouvant s'attaquer aux tissus de l'organisme et être délétère sur les muqueuses fragiles du système digestif de l'enfant.

#### **- Les molécules immunocompétentes**

Les oligo-saccharides se lient aux micro-organismes pathogènes par des domaines proches des sites de liaison qu'utilisent ces bactéries pour pénétrer le système digestif. Ils les empêchent donc de se fixer à la surface des muqueuses et forment des complexes inactifs que le nourrisson peut excréter.

Les mucines, molécules formées principalement d'une partie protéique et d'une partie glucidique adhèrent aux bactéries et aux virus, les empêchant de se fixer à la surface des muqueuses.

La lactoferrine fixe deux atomes de fer, bloquant la multiplication de nombreuses bactéries pathogènes en les privant d'un élément indispensable à leur croissance (c'est le cas notamment pour *Staphylococcus aureus*). Elle limite également la croissance bactérienne en perturbant leur mécanisme de digestion glucidique.

Suivant le même principe, la protéine de liaison B12 prive les micro-organismes de vitamine B12.

Le facteur bifidus favorise la croissance de *Lactobacillus bifidus*, bactérie inoffensive présente dans les voies digestives du nourrisson, dont le développement limite la prolifération des espèces dangereuses.

Les acides gras libres endommagent les membranes des virus et les détruisent.  
L'interféron gamma (présent notamment dans le colostrum) a également une forte activité antivirale en augmentant l'activité antimicrobienne des cellules immunitaires.  
La fibronectine amplifie l'activité antibactérienne des macrophages et leur permet de phagocyter des micro-organismes qui n'ont pas été préalablement marqués par des anticorps. Les molécules de fibronectine minimisent aussi l'inflammation et semblent même contribuer à réparer les tissus endommagés par l'inflammation.

#### **- L'immunité cellulaire**

Les polynucléaires neutrophiles (PNN) conservent leur activité de phagocytose dans le système digestif des nourrissons, mais sont moins actifs que les PNN sanguins et disparaissent du lait maternel environ six semaines après la naissance.

Les macrophages (40% des leucocytes du lait) sont beaucoup plus actifs que les PNN et sont plus mobiles que dans le sang. Outre leur activité de phagocytose, ils sécrètent du lysozyme, enzyme bactéricide par dommage des parois cellulaires.

Les lymphocytes représentent 10% des leucocytes du lait.

Les lymphocytes B (un cinquième des lymphocytes) produisent des anticorps spécifiques. Les lymphocytes T détruisent les cellules infectées ou émettent des messages chimiques pour activer d'autres composants du système immunitaire. Ils prolifèrent en présence d'organismes pouvant induire des maladies graves du nourrisson (notamment *E.Coli*), et synthétisent des composés renforçant la réaction immunitaire du nourrisson (facteur chimiotactique) ou inhibant la migration des macrophages (interféron gamma).

#### **- Autres facteurs**

Les hormones (cortisol) et facteurs de croissance (comme l'*Insuline-like Growth Factor* (IGF<sub>1</sub>), le *Transforming Growth Factor* (TGF), les facteurs de croissance leucocytaire (G-CSF) et l'*Epidermal Growth Factor* (EGF)) ont une action trophique sur les muqueuses gastrique et intestinale du nourrisson et accélèrent la maturation de son système digestif.

On trouve aussi de l'érythropoïétine, des protéines de liaison des folates et de la vitamine D, de la thyroxine et des cytokines, pro-inflammatoires (TNF- $\alpha$ , IL<sub>1</sub> $\beta$ , IL<sub>6</sub>, IL<sub>8</sub>, IL<sub>12</sub>, IL<sub>18</sub>) ou anti-inflammatoires (IL<sub>10</sub>, TGF $\beta$ <sub>2</sub>), dont le rôle physiologique reste à préciser.

C'est au vu de ces éléments, et sachant que les réactions immunitaires de l'enfant n'atteignent leur pleine efficacité que vers cinq ans, que l'allaitement maternel est préconisé jusqu'à l'âge de deux ans au moins par les plus hautes instances, comme nous le verrons plus loin.

### **3. Conclusion**

Le lait maternel contient de très nombreuses substances biologiquement actives qu'il est impossible d'inclure dans les préparations commerciales pour nourrissons ; en ce qui concerne les nutriments, même si les laits artificiels en contiennent à peu près les mêmes quantités que le lait maternel, leur qualité n'est pas équivalente. [14]

Tout professionnel de santé amené à informer des femmes concernées par l'allaitement maternel doit être imprégné de ces notions fondamentales.

## **II. ALLAITEMENT ET MEDICAMENTS** [86]

La prescription médicamenteuse tient une place importante dans l'action du médecin généraliste au cours de l'allaitement de ses patientes. Il est important de connaître les mécanismes de passage des médicaments dans le lait, et les critères de choix d'un médicament chez une femme qui allaite, pour aboutir à une prescription raisonnée.

Il faut toujours garder à l'esprit que c'est le choix du prescripteur qui doit s'adapter à l'allaitement et non l'inverse.

### **A. Responsabilité du prescripteur**

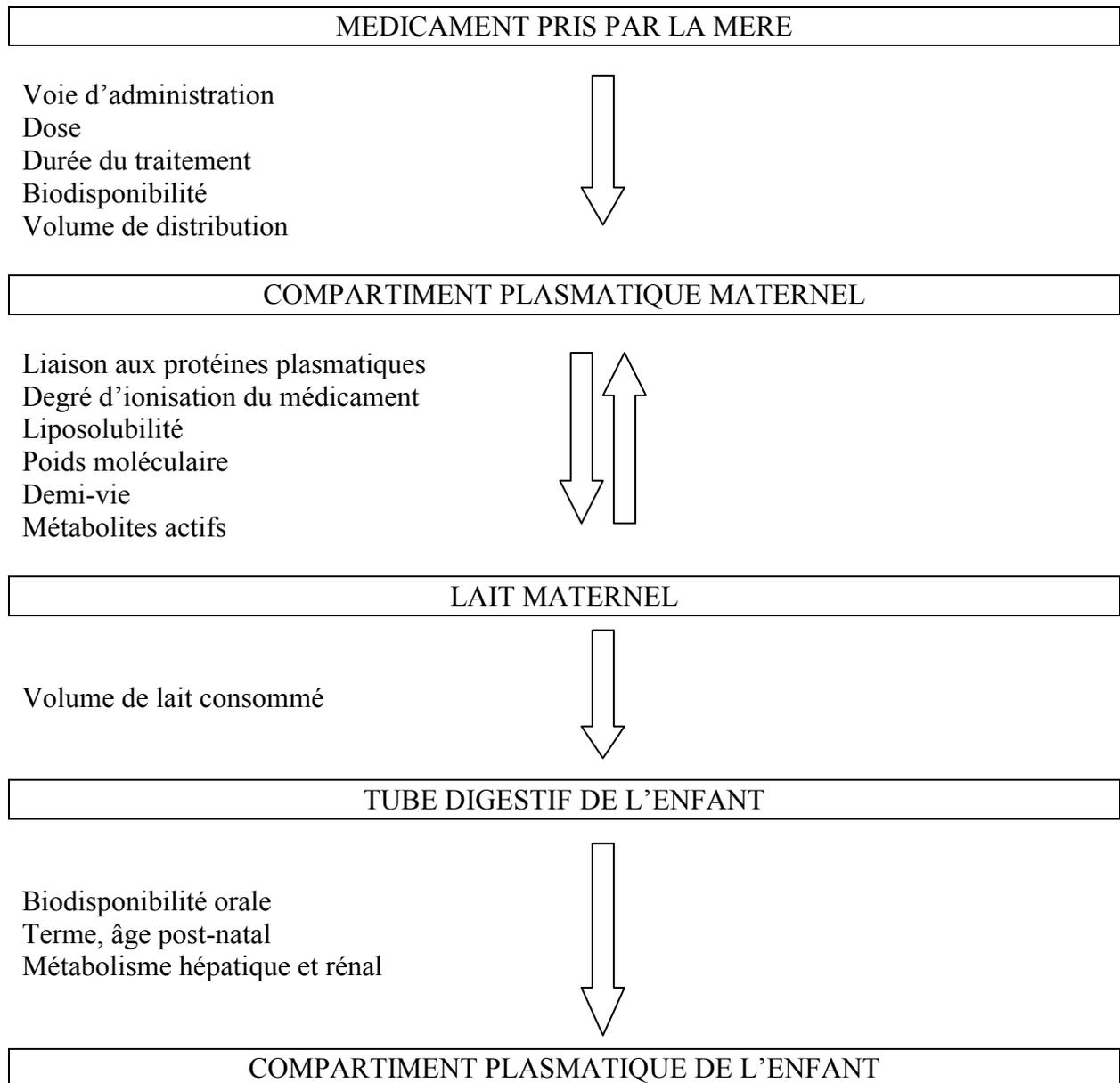
L'indication d'un traitement médicamenteux est une cause fréquente d'arrêt abusif de l'allaitement (les médicaments sont mis en cause dans 28 à 30% des sevrages) [87,88]. En effet, en cas de nécessité de prescription chez une femme allaitante, l'attitude la plus répandue consiste à consulter la rubrique RCP du dictionnaire Vidal [89]. Or, pour éviter tout risque médico-légal, la conduite à tenir la plus souvent mentionnée est de déconseiller ou de contre-indiquer l'allaitement, ce qui n'encourage pas les praticiens à recommander sa poursuite [90]. Cependant, les RCP du Vidal sont une source d'information insuffisante en ce qui concerne l'action des médicaments pendant la lactation [91,92,93] : elles sont généralement incomplètes, parfois non fiables (exemple de la doxépine QUITAXON : pas de mise en garde en dépit de la publication de deux observations d'accidents sévères de somnolence dont un avec dépression respiratoire) et souvent trop restrictives (exemple de la warfarine : citée comme anticoagulant de référence pendant l'allaitement dans de nombreuses recommandations [94,88,95,92] et pourtant classée en « usage déconseillé »). Il faut également citer le cas du fluconazole TRIFLUCAN, contre indiqué dans les RCP du Vidal [89] alors qu'il représente souvent le seul recours dans le traitement des candidoses des canaux lactifères [92,96,97], qu'il est considéré comme compatible dans de nombreux ouvrages de référence [88,92] et qu'il est couramment prescrit en néonatalogie y compris chez des nouveau-nés de très faible poids de naissance [98].

Une enquête sur le choix de l'allaitement en fonction des conseils donnés par les médecins à leurs patientes traitées pour une pathologie chronique, montre de plus que l'avis et les attitudes des médecins ont une influence déterminante sur la décision maternelle d'allaiter ou non [99].

Ces éléments montrent bien que le prescripteur doit avoir des connaissances pharmacologiques et cliniques allant au-delà des RCP du Vidal pour lui servir de base de réflexion lors de la prescription d'un médicament pendant l'allaitement.

### **B. Données pharmaco-cinétiques devant servir de base de réflexion lors de la prescription d'un médicament au cours de l'allaitement**

Même si la plupart des médicaments passent dans le lait, leurs concentrations y sont généralement très faibles et les quantités reçues par l'enfant souvent infra-cliniques. En règle générale, l'enfant reçoit moins de 1% de ce que sa mère a reçu [92]. Mais il est vrai que même avec ce seul %, certains médicaments peuvent faire courir un risque significatif chez des enfants fragiles. L'estimation du degré d'exposition de l'enfant et de l'éventuel impact du médicament permettent de choisir le traitement le moins à risque d'effets indésirables.



Représentation schématique du circuit d'un médicament  
de la mère à l'enfant via le lait maternel  
et des facteurs qui l'influencent. [86]

## **1. Mécanisme du passage des médicaments dans le lait maternel**

Chez la femme qui allaite, le lait et le plasma peuvent être considérés comme deux compartiments physiologiques indépendants [92].

Le médicament qui se trouve dans la circulation sanguine doit traverser les membranes biologiques (paroi capillaire, membrane basale, paroi des cellules alvéolaires sécrétoires) pour atteindre les alvéoles de stockage du lait.[100] Or le passage d'un médicament à travers une membrane biologique ne concerne que sa fraction libre et non-ionisée. [94,100]

Les médicaments pénètrent dans le lait essentiellement par un mécanisme de diffusion passive qui dépend du gradient de concentration entre les deux compartiments, lacté et sanguin. Dans la plupart des cas, les médicaments ont un taux lacté en équilibre avec le taux plasmatique, ce dernier étant donc le déterminant le plus important du passage lacté d'un médicament [90,94,92].

De rares substances font l'objet d'un transfert actif (comme l'iode et surtout l'iode radioactive) et sont retrouvées dans le lait en plus grande quantité que dans le plasma.

## **2. Facteurs influençant le passage d'un médicament de la mère à l'enfant via le lait maternel**

### **- Facteurs déterminant la concentration plasmatique maternelle du médicament**

#### **Biodisponibilité**

Elle représente la quantité de médicament qui atteint la circulation générale en un temps donné, et est exprimée sous forme d'un pourcentage qui donne une estimation de la quantité de substance active qui se retrouvera dans le compartiment plasmatique après avoir été absorbé par voie orale.

Elle est la conjonction de la résorption de la substance à travers une membrane biologique et de l'effet de premier passage hépatique qui modifie la structure de la substance en métabolites généralement beaucoup moins diffusibles [100]. Elle dépend également de la voie d'administration.

Les médicaments qui ont une faible biodisponibilité orale (comme la morphine, l'aciclovir, le sumatriptan, la dompéridone, le sulfate de magnésium...) sont généralement faiblement absorbés par le tube digestif, et/ou largement captés au niveau du foie où ils sont transformés par les enzymes hépatiques. De même, les produits dont l'efficacité repose sur l'administration parentérale ont peu de risque de franchir la barrière digestive de l'enfant en quantité significative.

#### **Volume de distribution**

Il représente la capacité d'une substance à diffuser plus ou moins largement dans l'organisme.

Quand il est élevé, le médicament a tendance à quitter rapidement le compartiment plasmatique et à se concentrer dans les tissus (digoxine, antidépresseurs...). Ce qui implique que, même si la demi-vie d'un médicament est longue, son taux plasmatique est bas, et donc le passage lacté généralement faible.

#### **Dose et durée du traitement**

#### **Métabolisme hépatique et rénal de la mère**

## **- Facteurs déterminant le passage d'une substance dans le lait**

### **Degré d'ionisation du médicament**

Il dépend de son pKa et du pH du milieu : plus une substance est ionisée, moins elle diffuse au travers des membranes biologiques.

Les acides faibles sont généralement plus ionisés et passent donc moins facilement que les bases faibles. Ces dernières risquent également de se trouver piégées dans le compartiment lacté car le pH du lait est légèrement plus acide que celui du plasma (c'est le cas notamment pour les barbituriques et les  $\beta$ -bloquants) [94,92].

### **Liposolubilité de la substance**

Plus une substance est liposoluble, plus elle passe facilement dans le lait. C'est le cas notamment des médicaments actifs au niveau du système nerveux central [92].

### **Liaison aux protéines plasmatiques**

Seule la fraction libre du médicament peut passer dans le lait ; les médicaments fortement liés aux protéines (>90%) ont donc un faible passage lacté (AINS, paroxétine, propranolol, warfarine...).

### **Poids moléculaire**

Quand il est très faible (<200 daltons), il y a passage par diffusion directe par l'espace intercellulaire (comme pour l'éthanol). Par contre, pour les substances dont le poids moléculaire est très élevé (25 000 à 200 000 daltons) il n'y a pratiquement pas de passage lacté (insuline, interféron, immunoglobuline, héparine y compris de bas poids moléculaire...).

### **Demi-vie**

Elle représente le temps nécessaire pour que la concentration plasmatique d'une substance diminue de moitié. Plus elle est courte, moins il y a de risque de passage dans le lait.

### **Existence de métabolites actifs**

Ils peuvent avoir une demi-vie plus longue que celle de la substance mère (comme pour le diazepam, la fluoxétine, l'amitriptyline...).

## **3. Estimation du passage lacté du médicament**

Le rapport des concentrations d'une substance entre le lait et le plasma, exprimé par le rapport L/P (lait/plasma), donne un ordre de grandeur du passage lacté du médicament. Il doit être le plus petit possible (<1). Mais ce chiffre n'est valable qu'à l'instant  $t$ , raison pour laquelle les pharmacologues s'attachent à mesurer l'évolution des concentrations dans les deux compartiments en fonction du temps. Ces mesures permettent de connaître la concentration maximale ( $C_{max}$ ) ou la concentration moyenne ( $C_{moy}$ ), désignée par le terme d'aire sous la courbe, et de calculer un L/P moyen. Ce rapport peut servir à évaluer la concentration de médicament dans le lait à partir d'une concentration plasmatique moyenne ou maximale connue (concentration lactée = concentration plasmatique x rapport L/P) [101].

#### **4. Devenir du médicament chez l'enfant et estimation de son degré d'exposition**

##### **- Facteurs déterminant la concentration plasmatique du médicament chez l'enfant**

Une fois le médicament dans le compartiment lacté, il va rejoindre au cours d'une tétée le tube digestif de l'enfant où il sera plus ou moins absorbé, en fonction de la concentration lactée du médicament d'une part, du volume de lait ingéré d'autre part (variable selon l'âge de l'enfant et le caractère plus ou moins exclusif de l'allaitement), ainsi que de la biodisponibilité orale du médicament chez l'enfant. Celle-ci peut être différente de celle de l'adulte en raison de la plus grande superficie du tractus gastro-intestinal par rapport au poids corporel, de la motricité, du pH et du cycle entéro-hépatique [100]. Le moment où elle est théoriquement le plus élevé se situe en période néonatale ; cela-dit, si elle est faible chez l'adulte, il est probable qu'elle le soit aussi chez l'enfant, surtout pour des substances dont l'effet de premier passage hépatique est important.

##### **- Capacités d'élimination de l'enfant**

Elles reposent essentiellement sur les métabolismes hépatique et rénal. La clearance métabolique totale est estimée approximativement à 5%, 10%, 33%, 50%, 66% et 100% des valeurs adultes à respectivement 24-28, 28-34, 34-40, 40-44, 44-68 et >68 semaines d'âge post-conceptionnel [101].

La demi-vie des médicaments est donc généralement d'autant plus longue chez l'enfant qu'il est plus immature et plus jeune ; les substances à demi-vie longue risquant donc de s'accumuler et de donner des taux plasmatiques élevés [92].

##### **- Evaluation du degré d'exposition de l'enfant**

On peut évaluer la dose absolue que l'enfant reçoit en multipliant la concentration lactée du médicament par le volume de lait ingéré. On peut calculer une dose théorique reçue par l'enfant en utilisant des concentrations moyennes, et la comparer à la dose thérapeutique pédiatrique ou à la dose maternelle ajustée pour le poids si le médicament n'est pas utilisé en pédiatrie.

Cette dose théorique exprimée en pourcentage donne un index d'exposition pour lequel les spécialistes s'accordent à définir une limite arbitraire de 10% en deçà de laquelle les effets cliniques sont très probablement insignifiants pour des nouveau-nés à terme et en bonne santé. [94,101,76]

Le dosage plasmatique du médicament chez l'enfant est néanmoins souvent possible et reste la mesure la plus objective [101]. Il est recommandé pour les médicaments à index thérapeutique étroit (digoxine), pour ceux qui ont une demi-vie longue et sont à risque d'accumulation (psychotropes), ceux qui sont habituellement surveillés par des dosages sanguins (anticonvulsivants), et pour les substances à risque significatif mais pour lesquelles le rapport bénéfice/risque est en faveur de l'allaitement. [101]

#### **5. Remarque sur l'observance**

Ces éléments étant acquis, il convient néanmoins de garder à l'esprit que même quand les conseils sont rassurants et favorables à la poursuite de l'allaitement, une femme sur cinq ne prend pas le traitement prescrit ou décide d'arrêter d'allaiter. [102]

## **C. Aspects pratiques**

### **1. Deux situations peuvent se présenter :**

#### **- Soit une maladie aiguë survenant en cours d'allaitement :**

Il conviendra, si un traitement médicamenteux s'avère indispensable, de choisir un traitement compatible avec l'allaitement. Si le seul traitement possible est incompatible avec l'allaitement et qu'il est indispensable, l'allaitement peut être temporairement suspendu, la mère pouvant entretenir la lactation en tirant et jetant son lait pendant la durée du traitement et jusqu'à élimination du produit.

#### **- Soit une affection chronique nécessitant un traitement au long cours :**

Le traitement aura été discuté et adapté lors de la grossesse. Pendant la grossesse, même si les substances actives sont métabolisées par le rein et le foie de la mère, les concentrations de médicaments qui atteignent le fœtus sont supérieures à celles qui atteignent l'enfant via le lait maternel, et ce à une période particulièrement importante de son développement [94].

Il est recommandé d'aborder le problème de l'allaitement bien avant la naissance, afin de réunir des informations pertinentes, de les transmettre aux parents et de définir avec eux les modalités du traitement et de surveillance éventuellement nécessaires.

### **2. Conduite à tenir en cas de nécessité de prescription pendant l'allaitement**

\* Dans une même classe thérapeutique, choisir dans la mesure du possible :

- les médicaments qui ont des données publiées sur leur passage lacté plutôt que ceux récemment mis sur le marché,
- des médicaments utilisables chez le nouveau-né et le nourrisson,
- des médicaments ayant une faible biodisponibilité orale, fortement liés aux protéines plasmatiques, à demi-vie courte et sans métabolites actifs.

\* Utiliser la posologie la plus faible utile et favoriser les voies d'administration locales qui donnent les taux plasmatiques les plus faibles et des taux lactés insignifiants.

\* Faire prendre le médicament de préférence en fin de tétée (quand cela est possible).

\* Evaluer de façon individuelle le rapport bénéfice/risque en tenant compte du type de médicament et des effets secondaires, de l'âge de l'enfant, de son degré d'imaturité et des tares associées (déficit en G6PD), des possibilités de surveillance.

\* Estimer le degré d'exposition par le calcul des doses théoriques absolue et relative : une dose-enfant relative <10% étant généralement considérée comme acceptable.

\* Tenir compte des éventuelles interactions médicamenteuses entre un médicament pris par l'enfant et ceux auxquels il pourrait être exposé via le lait maternel.

\* Connaître les médicaments associés à des accidents sévères ou qui présentent des risques de complications graves ou qui donnent des taux lactés élevés :

anticancéreux, chloramphénicol, alcaloïdes de l'ergot de seigle, sels d'or, phénindione, rétinoïdes, lithium, amiodarone, isotopes radioactifs [88,103].

\* Etre particulièrement vigilant avec les médicaments qui peuvent entraîner une sédation (anxiolytiques, antidépresseurs, neuroleptiques), surtout s'ils ont une demi-vie longue.

\* Penser que certaines substances peuvent diminuer la production de lait (oestrogènes, ergotamine, bromocriptine, cabergoline).

### **3. Conclusion**

Les données sur le transfert des médicaments dans le lait et leur possible répercussion chez l'enfant ne cessent de s'accumuler, il est donc indispensable de tenir à jour les sources d'informations auxquelles on a recours.

On citera :

- Medication and mother's milk [92]

- Document du Committee of Drugs de l'American Academy of Pediatrics [88] publié depuis 1983 dans la revue Pediatrics et dont les mises à jour sont disponibles sur leur site internet [104].

- Drugs in Pregnancy and Lactation (Briggs, 2001)

- Médicaments et Allaitement [100]

- Drugs and Human Lactation (Bennet, 1996)

Des ouvrages de référence sur l'allaitement maternel donnent également des listes détaillées des médicaments compatibles ou à utiliser avec précaution : Breastfeeding : A guide to the medical profession [105], Breastfeeding and Human Lactation [106]. Voir en annexe les tableaux proposés dans le Traité de l'Allaitement Maternel, incluant également des données sur les composés radioactifs nécessitant une interruption temporaire de l'allaitement (*Cf. Annexe 7*).

Des revues spécialisées publient régulièrement des mises au point sur l'usage d'un médicament ou d'une classe thérapeutique pendant l'allaitement : Les Dossiers de l'Allaitement, Journal of Human Lactation, Paediatrics Drugs, Clinical Pharmacology and therapeutics, British Journal of Pharmacology, British Journal of Clinical Pharmacology.

### **III. COMBIEN DE TEMPS PEUT-ON RECOMMANDER L'ALLAITEMENT MATERNEL ?**

On sait que la France accuse un retard important en matière de durée d'allaitement (les chiffres seront rappelés plus loin). Mais quelles sont les recommandations officielles en la matière, et sur quoi sont-elles fondées ? Ce sont ces notions que nous allons étudier, en gardant à l'esprit que leur connaissance est un pré requis indispensable pour donner une information correcte aux patientes concernées. D'autant plus que notre culture ne nous a pas habitués à envisager l'allaitement de bambins (enfants ayant acquis la capacité de se déplacer).

#### **A. Modèle ethnologique : notion de sevrage naturel** [107]

D'une espèce à l'autre, la durée de l'allaitement varie énormément. Par contre, à l'intérieur d'une même espèce, les petits sont tous sevrés à peu près au même âge, il n'y a que peu de différences individuelles. Le terme de sevrage s'entend ici comme la cessation complète de l'allaitement maternel. Le plus souvent, le jeune a déjà commencé depuis longtemps à manger d'autres aliments et c'est lorsque le lait maternel n'est plus qu'un aliment proportionnellement peu important en quantité que le sevrage prend place.

Plusieurs facteurs (durée de gestation, grandeurs anthropométriques,...) ont été corrélés à la durée de l'allaitement chez les primates. Des relations linéaires ont alors été proposées qui permettraient, à partir d'un facteur choisi (comme la taille des adultes par exemple), de calculer la durée moyenne naturelle d'un allaitement pour chaque espèce. Ces équations ont été appliquées à l'homme, dans le but de trouver un âge de sevrage naturel.

- La durée de l'allaitement a été reliée à la durée de la gestation, dépendant uniquement du patrimoine génétique de chaque espèce. Les gorilles et les chimpanzés sont génétiquement les singes les plus proches de l'homme. Dans l'hypothèse de comportements similaires en matière d'allaitement, en appliquant les mêmes ratios nous aboutirions à une durée de l'allaitement de 56 mois pour l'homme, soit de 4,6 années.

- Certaines études ont montré que les primates sevreraient leurs petits au moment de l'apparition des molaires définitives. Or, l'éruption de ces molaires est, là aussi, sous contrôle génétique uniquement. Chez l'homme, c'est entre 5,5 ans et 6 ans qu'apparaissent, chez les garçons comme chez les filles, ces dernières dents. Cependant, chez les premiers hommes, l'apparition des molaires était peut-être plus précoce (et donc l'âge du sevrage chez l'homme naturel serait plus avancé).

- La corrélation de la durée de l'allaitement en fonction du poids de naissance a également été étudiée. On a observé que les grands mammifères sèvrant en règle générale leur petit quand ces derniers atteignent quatre fois leur poids de naissance. Cependant, contrairement aux autres espèces animales, les êtres humains offrent une grande diversité en ce qui concerne à la fois leur poids de naissance et leur croissance. Les durées d'allaitement calculées avec cette méthode reflètent donc cette diversité d'une population à l'autre : comprise entre 2,5 et 3 ans pour celles des pays industrialisés, elle serait de plus de trois ans pour certaines populations africaines (Mali).

- Toujours en se basant sur des observations du monde simiesque, certains auteurs proposent comme âge naturel de sevrage, l'âge auquel les jeunes atteignent le tiers du poids des adultes. Là encore, selon les régions du monde observées, d'importantes variations existent concernant la taille des adultes humains comme la croissance des enfants, avec, en plus, des différences selon le sexe. Appliquées à l'homme, ces relations donnent des durées d'allaitement qui varient entre 4 et 7 ans.

L'application chez l'homme de ces méthodes de calcul nées de l'observation des primates permet donc de calculer des durées d'allaitement naturel s'étendant de 2 ans et demi jusqu'à 7 ans. Cette fourchette est très large, ceci étant en partie induit par la variation parfois importante des données anthropométriques utilisées dans les calculs. Les relations permettant de calculer des durées d'allaitement à partir de paramètres qui, chez l'homme et les autres singes, sont uniquement liés au patrimoine génétique de l'espèce (donc universellement partagés) autorisent les hypothèses les plus raisonnables concernant l'âge auquel les jeunes humains seraient naturellement sevrés (durée de gestation et âge d'apparition des molaires définitives).

Il n'en reste pas moins vrai qu'on étend ici des observations faites dans le monde animal, au monde humain, selon un procédé que l'on peut bien sûr discuter.

En effet, la grande diversité physiologique et culturelle de notre espèce, également présente à l'époque préhistorique et résultant entre autre de la grande variété des environnements (climat, végétation, aliments disponibles, etc.) comme de la culture humaine proprement dite, interdit peut-être la définition d'un âge naturel du sevrage.

De plus, il est indéniable que l'évolution humaine a donné à l'homme des aptitudes particulières, qui ne peuvent pas être sans répercussions sur l'allaitement maternel. La possibilité, par exemple, pour l'être humain d'utiliser des techniques de préparation très évoluées de la nourriture lui permet sans doute de proposer assez tôt des aliments différents du lait maternel à ses petits. Elevage, agriculture, cuisson et autres techniques de conservation des aliments (réfrigération, salage, etc.) apportent des bénéfices qui rejaillissent inmanquablement sur l'alimentation infantile, même dans les populations dites traditionnelles actuelles.

Cependant, s'il est difficile de déterminer une durée naturelle universelle de l'allaitement chez l'être humain, l'observation de ce geste chez les primates a permis de dénier clairement à l'allaitement court, c'est à dire de moins de deux ans, tout fondement physiologique.

## **B. Aspects culturels** [107]

Les durées d'allaitement observées semblent être relativement dépendantes du lieu comme de l'époque. Très souvent, l'allaitement à la demande sera préconisé pour une période au moins égale à la durée d'une grossesse et l'apparition des premières dents signifie souvent le début de la diversification (en général progressivement). Les sevrages avant l'âge de 2 ans sont rares et restent essentiellement le fait de notre culture occidentale moderne. Pour la majorité des cultures traditionnelles le sevrage a lieu entre 2 et 3 ans, comme chez les Aborigènes australiens, dans de nombreuses régions africaines (avec une durée médiane de 24 mois pour ce continent), au Pakistan, en Inde, au Maghreb, en Asie. A Hawaï, les enfants sont en général allaités 5 ans, les mères Inuits (Arctique) allaitent 7 ans ou plus. Une étude regroupant les données disponibles sur les durées d'allaitement dans 64 sociétés traditionnelles montre une courbe en cloche avec un maximum de sevrages entre deux ans et demi et trois ans [108].

## **C. Recommandations officielles**

- L'OMS conseille sur la base d'une revue systématique de la littérature [109] et l'avis d'un groupe d'experts, un allaitement exclusif de 6 mois, puis l'introduction d'aliments complémentaires et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans voire au-delà en fonction du souhait des mères. [110]
- La "Nursing Mothers Association of Australia" recommande au moins 6 mois d'allaitement exclusif. [111]
- La "Leche League Internationale" s'appuyant sur les recommandations de l'OMS recommande l'allaitement exclusif jusqu'au milieu de la première année, ou bien jusqu'au moment où le bébé montre son intérêt pour les aliments solides. [35]
- L'American Academy of Pediatrics recommande un allaitement exclusif de 6 mois, et un allaitement minimum de 12 mois avec introduction progressive d'aliments de complément contenant du fer durant la seconde moitié de la première année. [14]
- En France, le Comité de nutrition de la société française de pédiatrie, rappelle que l'allaitement maternel exclusif permet une croissance normale au moins jusqu'à l'âge de 6 mois et qu'il n'y a donc pas de raison d'introduire d'autres aliments avant cet âge comme l'OMS le recommande ; elle insiste sur le fait que l'allaitement maternel peut être poursuivi jusqu'à l'âge de 2 ans ou même davantage, selon les souhaits de la mère, à condition d'être complété par la diversification alimentaire à partir de l'âge de 6 mois. [87]
- L'ANAES conclut que l'allaitement maternel exclusif est le mode d'alimentation le plus approprié pour le nourrisson, lui assurant jusqu'à 6 mois une croissance et un développement optimaux. [21]

Ainsi, il existe donc actuellement un fort consensus recommandant un allaitement maternel exclusif d'"**environ six mois**". Mais s'appuyant sur une culture occidentale où l'allaitement long est moins pratiqué, les recommandations sont souvent revues à la baisse en ce qui concerne la durée totale, et très souvent, y compris dans certains comités nationaux de l'UNICEF, une durée de **1 an au moins** sera évoquée, se substituant à la durée de **2 ans ou plus** mentionnée dans les documents de l'OMS.

## **IV. POURQUOI EST-IL RECOMMANDÉ D'ALLAITER SIX MOIS ET PLUS ?**

Les chapitres suivants traitent des bénéfices de l'allaitement maternel, mais si l'on s'en réfère à la norme biologique de l'espèce, les données devraient être considérées à l'inverse, c'est à dire traiter des dangers et inconvénients du non-allaitement... Il est d'ailleurs intéressant de noter qu'on retrouve dans la littérature très peu d'exemples de l'intérêt clairement démontré des substituts du lait maternel. [112]

*« Si un vaccin non injectable mais d'administration orale, partout et toujours disponible, pouvait, sans risque, sans nécessité de stockage ni de conservation au froid et gratuit, sauver chaque année 1 millions d'enfant ou plus, qui n'en ferait pas une impérieuse exigence de santé publique ? »* [113]. Or l'allaitement maternel réunit toutes ces qualités...

De ce fait, et étant donné le nombre d'études ayant établi, comme nous allons le voir, l'importance des avantages de l'allaitement maternel pour les enfants et leurs mères, un engagement actif en faveur de l'allaitement maternel est aujourd'hui totalement justifié.

### **A. Croissance du nourrisson allaité** [23]

Les enfants qui sont exclusivement nourris au sein conformément aux recommandations de l'OMS s'écartent sensiblement au cours de leur première année de vie [114] des courbes de référence de croissance staturo-pondérale établies à partir d'une majorité d'enfants nourris avec des préparations lactées industrielles [115].

#### **1. Au cours du premier trimestre**

Au cours du 1<sup>er</sup> trimestre, la croissance en taille (+ 0,5 cm à 3 mois) et surtout en poids (+106 g à 3 mois) est en fait supérieure chez les enfants exclusivement nourris au sein [116]. Ce phénomène pourrait traduire un effet biologique propre à ce mode d'alimentation.

#### **2. Au-delà du premier trimestre**

Au-delà du 1<sup>er</sup> trimestre, l'allaitement maternel exclusif a été rendu, à tort, responsable d'un ralentissement de la croissance, attribué notamment à un apport protéique insuffisant. Comparés à ceux qui sont allaités artificiellement, les enfants au sein grossissent effectivement moins vite après l'âge de 4 à 6 mois. De même, vers l'âge de 6-8 mois se produit un ralentissement modeste, mais indiscutable, de la croissance en taille. Alors que les tailles sont équivalentes à 1 an, la différence de poids s'accuse nettement entre 9 et 12 mois, à un moment où la consommation de protéines est supérieure au besoin dans les deux groupes [117], ce qui écarte toute relation avec ce facteur. La croissance pondérale moins rapide des enfants nourris au sein, qui aboutit à une différence de près de 600 g à 1 an, 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.

### **3. Après la première année**

Les différences précoces de vitesse de croissance s'estompent complètement dans les mois et les années suivantes [118].

### **4. Problème des références actuelles en terme de croissance staturo-pondérale**

Les courbes diffusées par les institutions internationales viennent de pays industrialisés et d'une époque où la pratique de l'allaitement maternel était au plus bas. Elles reflètent donc essentiellement le développement d'enfants allaités artificiellement et leur application sans nuance à des nourrissons au sein conduit à sous-estimer grossièrement l'efficacité de l'allaitement maternel.

Il est en effet très révélateur que, selon ces normes, les enfants du Kenya, de Gambie ou de Nouvelle Guinée semblent «casser» leur courbe de poids dès l'âge de 2 mois, alors qu'elle ne s'écarte pas avant 4 à 6 mois de celle de nourrissons anglais nourris par leur mère. La prochaine publication par l'OMS des courbes de croissance staturo-pondérale spécifiques aux enfants allaités au sein permettra d'éviter cet écueil d'interprétation tout à fait regrettable. (Cf. Annexe 8)

Il est donc aujourd'hui reconnu que l'allaitement maternel exclusif de 6 mois n'a pas d'effet délétère sur la croissance des nourrissons, mais leur confère au contraire un développement staturo-pondéral optimal.

## **B. Bénéfices pour la santé de l'enfant** [119]

Il faut noter que les différentes études n'ont pas toutes le même niveau de preuve, il s'agit d'études d'observation hétérogènes, présentant souvent des défauts méthodologiques. De plus, on comprend facilement que les études sont difficiles à mener dans les pays développés du fait des taux d'allaitement encore faibles.

### **1. Avantages à court terme**

#### **- Maladies diarrhéiques**

Toutes les études montrent que les enfants nourris exclusivement au sein ont beaucoup moins de risque d'avoir des maladies diarrhéiques que les autres. L'une d'elles [120] montre que dans les pays développés, les enfants allaités ont un taux de maladie diarrhéique trois fois moins élevé, et un taux de gastro-entérite sévère à rotavirus cinq fois moins élevé. Même dans nos pays, l'allaitement maternel reste le meilleur moyen de prévention envers l'entérocolite ulcéronécrosante des prématurés. Cette maladie est 20 fois moins fréquente chez les bébés allaités [121].

Cette protection s'explique par l'effet combiné de deux facteurs : exposition moindre aux agents infectieux et propriétés protectrices du lait maternel (lactoferrine, facteur bifidus, enzymes, immunoglobulines...).

## - Affections respiratoires basses aiguës

La bronchiolite à VRS est la pathologie sévère la plus souvent rencontrée et il est démontré que l'allaitement apporte une protection efficace envers ce virus [122,123,124].

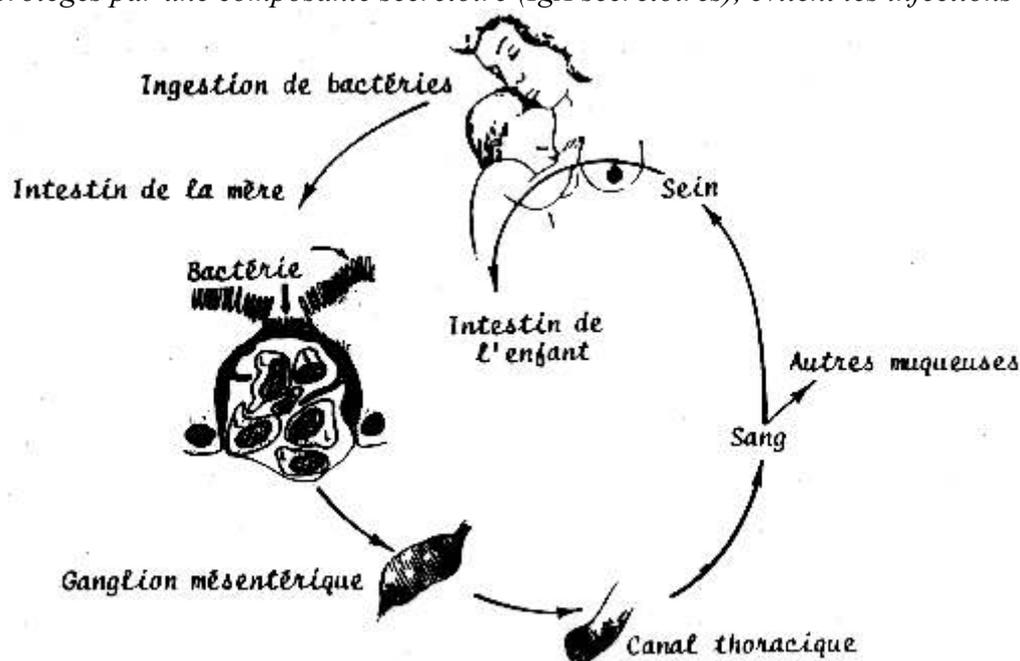
D'autre part, une étude portant sur une très large population d'enfants américains a montré qu'en ce qui concerne les enfants âgés de 1 à 2 ans, l'allaitement protège contre la pneumonie et que l'introduction précoce des aliments solides augmente la probabilité de contracter une pneumonie [125].

## - Affections de la sphère ORL

Les études ont été particulièrement nombreuses sur la protection apportée par l'allaitement vis-à-vis de l'otite moyenne. C'est ainsi que plus de 1000 enfants de Tucson (Arizona) ont été régulièrement suivis pendant leur première année [126]. A tous les âges, la fréquence des otites diminuait significativement et parallèlement à l'augmentation de l'incidence et à la durée de l'allaitement. Les enfants exclusivement allaités à 4 mois avaient un taux deux fois plus bas d'otites que les enfants non allaités, et de 40% plus bas que les enfants qui avaient commencé à recevoir des compléments avant 4 mois. D'autres études ont trouvé que les otites seraient trois fois moins fréquentes chez les enfants allaités [127,128].

Mécanisme du rôle protecteur du lait maternel par rapport aux infections: [85]

*Notion de cycle entéro-mammaire: Lorsque la mère absorbe un micro-organisme pathogène, il est capté par les cellules M maternelles, cellules spécialisées de l'épithélium intestinal, et transmis aux macrophages. Ces derniers le dissocient et le présentent, entier ou par fragments, aux lymphocytes T auxiliaires. Le signal chimique émis par les lymphocytes T auxiliaires active les lymphocytes B qui se transforment en plasmocytes, traversent l'épithélium du sein et libèrent des anticorps. Certains (les IgA) passent dans le lait maternel et sont absorbés par l'enfant via le lait. Dans le système digestif de l'enfant, les anticorps, protégés par une composante sécrétoire (IgA sécrétoires), évitent les infections infantiles.*



Cycle entéro-mammaire

*Ce mécanisme est transposable au niveau respiratoire, pour protéger l'enfant des agents pathogènes inhalés : il s'agit du cycle broncho-mammaire.*

### **- Reflux gastro-oesophagien**

Dans une étude de 1992 [129], les enfants allaités avaient moins d'épisodes de reflux, et étaient moins nombreux à présenter au moins un épisode de RGO. De plus la durée moyenne des épisodes de RGO était plus basse chez les enfants allaités.

### **- Infections urinaires**

Une étude [130] a montré que l'allaitement pourrait avoir un rôle préventif sur la survenue des infections urinaires chez le bébé et chez sa mère, en raison du mécanisme suivant : le lait humain - contrairement au lait de vache - est très riche en oligosaccharides, qui se retrouvent en grande quantité dans les urines du bébé allaité et de sa mère. Or les oligosaccharides ont la propriété d'inhiber l'adhésion bactérienne aux cellules épithéliales, adhésion qui est un prérequis important pour le développement d'une infection.

### **Mort subite du nourrisson**

Une étude [131] montre une association négative entre durée de l'allaitement et mort subite du nourrisson. Si le risque relatif est de 1 pour un allaitement exclusif supérieur à 16 semaines, il est de 5,1 pour les nourrissons allaités exclusivement moins de 4 semaines, 3,7 pour les nourrissons exclusivement allaités entre 3 à 7 semaines, 1,6 pour un allaitement exclusif de 8 à 11 semaines. Aucun effet n'est observé pour un allaitement mixte la première semaine.

## **2. Avantages à long terme**

### **- Obésité**

Un échantillon de plus de 32 000 jeunes enfants âgés de 39 à 42 mois a été étudié en Ecosse, en 1998 et 1999. La prévalence de l'obésité était significativement moins importante pour les enfants ayant été allaités au moins 6 semaines. [132]

D'après M.-F. Rolland-Cachéra, chargée de recherche à l'INSERM, l'augmentation de l'obésité chez l'enfant ces dernières années, serait due à un déséquilibre entre protéines et lipides dans l'alimentation infantile. Paradoxe apparent : les protéines feraient grossir et les lipides maigrir... L'explication viendrait du fait que, à la différence des lipides, les protéines augmentent les facteurs de croissance qui participent à la multiplication cellulaire. Ces facteurs de croissance stimulent la multiplication de toutes les cellules, y compris les précurseurs des adipocytes (cellules graisseuses). En revanche, les lipides mettent au repos cette multiplication cellulaire pendant les premières années de la vie. Or le lait maternel est très gras : il renferme environ 55% de lipides contre seulement 7% de protéines. Sa composition est donc parfaitement adaptée aux besoins des premiers mois [133].

### **- Diabète**

Deux études indépendantes [134] ont rapporté l'effet favorable de l'allaitement sur le risque de survenue du diabète insulino- et non insulino-dépendant.

Dans une autre étude [135], des prélèvements sanguins réguliers ont été effectués chez une cohorte d'enfants issus de parents atteints d'un diabète de type 1, de la naissance à l'âge de 8 ans, pour doser les anticorps dirigés contre les îlots de Langerhans. Cette étude prospective plaide indirectement en faveur de l'allaitement maternel exclusif chez les enfants issus de parents diabétiques. Celui-ci mettrait à l'abri de l'apparition des anticorps anti-îlots de Langerhans, sans doute en retardant l'exposition aux farines riches en gluten.

### **- Profil lipidique**

Une étude [136] permet aux auteurs de suggérer un lien de causalité fort entre la consommation de lait humain chez le nourrisson et la présence d'un profil lipoprotéique ultérieur moins athérogène avec une réduction d'environ 10 % du LDL cholestérol. Les implications en termes de santé publique sont majeures lorsque l'on sait que les interventions nutritionnelles chez l'adulte tendent à abaisser le cholestérol de 3 à 6 % seulement...

### **- Cancers**

Depuis l'étude de M. Davis parue dans le Lancet en 1988 [137], les études se sont multipliées sur le lien entre allaitement et risque moindre de développer un cancer pendant l'enfance ou à l'âge adulte. Citons par exemple une étude [138] qui montre que l'allaitement diminue le risque de développer un lymphome avant l'âge de 15 ans, et ce d'autant plus si l'allaitement a duré plus de 6 mois. Une des explications serait que les propriétés anti-infectieuses du lait maternel entraîneraient moins d'infections, qui ont été données comme cause possible de certains cas de lymphomes. D'autres études ont montré un risque réduit pour la maladie de Hodgkin et pour la leucémie.

Le risque de cancer du sein serait également moindre chez les femmes ayant été allaitées [139].

Il faut noter que le rôle préventif de l'allaitement n'a pu être reconnu qu'à partir du moment (avec l'étude de M. Davis) où l'on s'est intéressé aux allaitements de plus de 6 mois. Auparavant, avec des allaitements courts et/ou complétés, on concluait à un intérêt nul...

### **- Développement des mâchoires**

La succion du sein entraîne un meilleur développement des muscles faciaux, des mâchoires, des dents et de l'élocution que la prise du biberon. Les enfants allaités ont moins besoin de traitements orthodontiques [140]

### **- Développement psycho-moteur**

Une étude prospective longitudinale a été effectuée sur deux échantillons, l'un de 973 hommes et femmes, l'autre de plus de 2000 hommes, tous nés à Copenhague au Danemark. Deux tests d'intelligence ont été effectués à un âge moyen de 27 ans pour le premier groupe, de 19 ans pour le second. Une association significative positive a été corrélée à la durée de l'allaitement pour tous les tests, dans les deux groupes, indépendamment de facteurs confondants. [141]

Le lait humain est adapté au développement particulièrement rapide et important du cerveau, particularité de notre espèce, grâce à son taux élevé en lactose et en acides gras polyinsaturés à longue chaîne. Des études ont montré que les enfants nourris au lait humain avaient de meilleurs scores au test de Bayley à 1 et 2 ans [142,143,144,145,146]. Le même résultat a été

retrouvé chez des enfants de 5 ans avec le test McCarthy. La différence est particulièrement significative chez les enfants nés prématurément, que ce soit à 18 mois ou à 7/8 ans [147].

### **3. Autres pistes**

La relation entre l'allaitement maternel et la survenue de **complications cardiovasculaires à l'âge adulte** a été étudiée dans la NHS (Nurses' Health Study), qui révèle qu'avoir été allaité dans l'enfance s'associe à une faible diminution du risque de complications cardiovasculaires d'origine ischémique (Le risque relatif (RR) était de 0.92 pour la maladie coronaire et de 0.91 pour les AVC ; une analyse par sous-groupes a montré un RR de 0.86 pour les AVC d'origine ischémique avec l'allaitement maternel, alors qu'il était de 1.01 pour les AVC hémorragiques.) L'effet est trop modeste pour autoriser toute certitude, mais il mérite la réalisation d'études complémentaires. [148]

L'allaitement est connu pour ralentir l'évolution de la **maladie coeliaque** [149]. Il protégerait de la **maladie de Crohn** [150] et des **colites ulcéreuses** [151] à l'âge adulte, réduirait le risque de **hernie inguinale** (explication : les hormones du lait maternel, en particulier la gonadotropin-releasing hormone, faciliterait la fermeture du canal inguinal) [152], améliorerait la **minéralisation osseuse** [153] et la **réponse aux vaccinations** [154,155]. Une étude récente établit que l'allaitement prolongé aurait un effet protecteur par rapport à l'**appendicite** [156] ; la même équipe a également mis en évidence une corrélation entre un allaitement prolongé et un moindre risque de **sclérose en plaques**, en comparant les régimes alimentaires dans la petite enfance de 300 malades atteints de SEP, et d'autant de cas contrôles [157].

## **C. Bénéfices pour la santé de la mère**

### **- Période du post-partum**

L'allaitement augmente le niveau d'ocytocine, diminuant ainsi le risque d'hémorragie post-accouchement. L'allaitement diminue aussi la fréquence et la sévérité des anémies parce que le retour de couches est plus tardif chez les mères qui allaitent que chez celles qui donnent le biberon. [14]

Dans les 2 études contrôlées analysées par le groupe de travail de l'ANAES, les mères qui ont allaité exclusivement pendant 6 mois ont une perte de poids significativement plus élevée que celles qui ont allaité de manière partielle. [21]

### **- Cancer de l'ovaire**

Allaiter chaque enfant pendant au moins 2 mois réduit de 25 % le risque d'avoir un cancer épithélial de l'ovaire. [158]

### **- Cancer du sein**

Une durée d'allaitement exclusif d'au moins 3 mois, réduit de 50 % le risque de cancer du sein durant la préménopause. [159]

### **- Ostéoporose**

Le risque de fracture de la hanche chez les femmes de plus de 65 ans est diminué de 50 % par le fait d'avoir allaité. Allaiter chaque enfant durant 9 mois réduit encore le risque d'un quart. [160]

- **Espacement des naissances**

Aussi longtemps qu'une mère allaite (allaitement exclusif à la demande), elle est protégée contre une nouvelle grossesse à 98 % pendant les premiers 6 mois et à 96 % les mois suivants, si sa menstruation n'a pas encore repris. C'est le principe de la MAMA (Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée). [161]

- **Autre piste**

Des études (la Nurses'Health Study (NHS) et la NHS II) mettent en évidence une association entre la durée de l'allaitement et le risque de diabète de type 2 : chaque année passée à allaiter dans les quinze années précédentes diminue le risque correspondant de 15% dans la population de la NHS et de 14% dans celle de la NHS II, même après ajustement selon l'IMC (index de masse corporel) et les autres facteurs de confusion potentiels associés au diabète de type 2. La multiplication des grossesses et des périodes d'allaitement pourrait donc réduire le risque de diabète de type 2, mais cette hypothèse reste à confirmer par d'autres approches et d'autres études. [162]

## **D. Bénéfices économiques** [163]

Dans un mémoire de DESS « Economie et gestion hospitalière privée », l'auteur démontre le surcoût représenté par l'alimentation artificielle comparé à l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois. (Les prix mentionnés sont ceux de 1997, évalués en Francs et convertis en Euros)

- **Pour la famille**

L'alimentation artificielle pendant les 6 premiers mois de l'enfant représenterait un surcoût de 512,50 €, soit 85,40 € par mois. Ce coût a été rapporté au revenu du foyer, et peut mobiliser, dans le cas d'une mère célibataire bénéficiant du RMI, jusqu'à 14,2% des ressources (contre 3% pour l'allaitement maternel).

Une estimation du coût lié à l'utilisation des substituts de lait est donnée dans l'ouvrage de l'OMS/UNICEF *Feeding and nutrition of infants and young children*. [164] Ce coût aux États-Unis était approximativement de 800 \$US pour la première année de vie. Au Royaume-Uni, Morell *et al.* [165] ont estimé, en 2000, ce coût à 22 £ en moyenne dans les 6 premières semaines de vie de l'enfant. [21]

- **Pour la santé**

Pour une élévation de 5% du taux d'allaitement maternel, une économie de 2.68 M€ par an serait faite, selon le modèle utilisé (les dépenses liées aux pathologies des nourrissons (0-6 mois) ayant été évaluées selon une méthode de calcul précise à un niveau national).

Selon la Société Européenne pour le Soutien à l'Allaitement Maternel (SESAM), l'allaitement permettrait des économies de santé publique correspondant aux consultations médicales, médicaments, hospitalisations, estimés à 150 M€ (coût du non-allaitement exclusif les 6 premiers mois en France)

## **V. POURQUOI LES ENFANTS NE SONT-ILS PAS ALLAITES SIX MOIS ET PLUS ACTUELLEMENT**

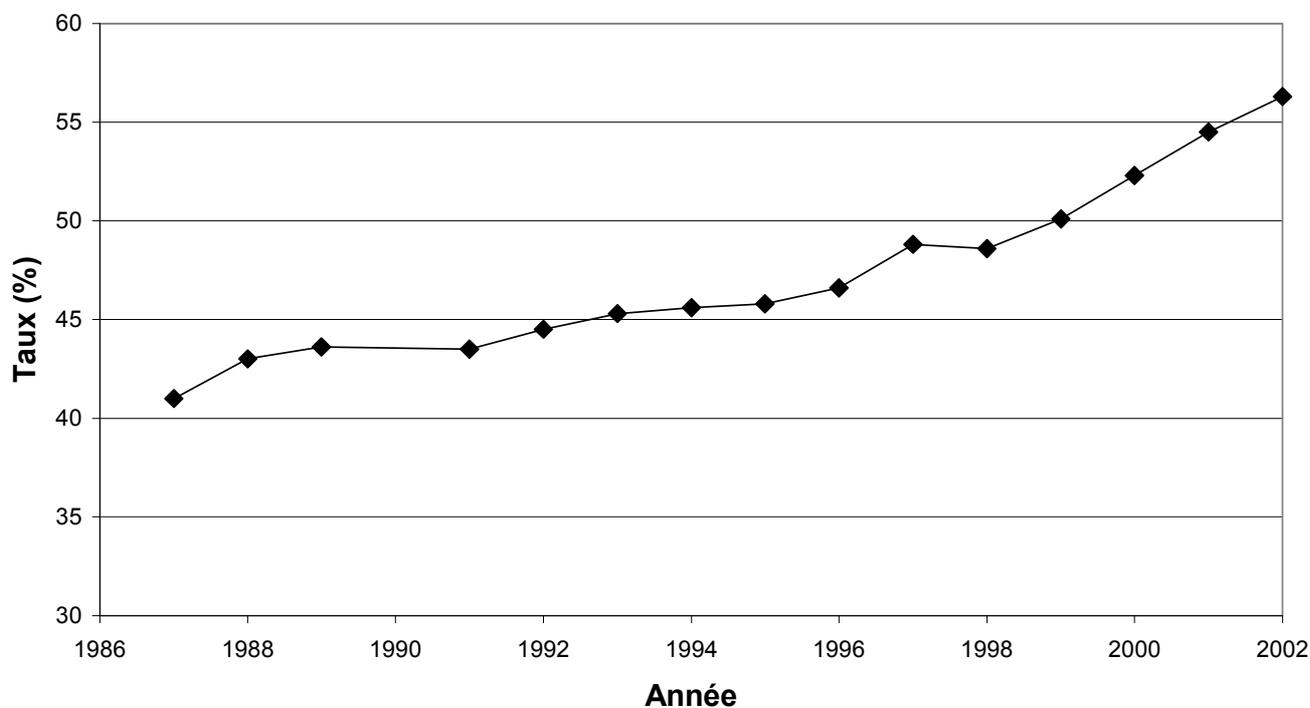
Les éléments précédents étant admis (bénéfiques pour la santé de la mère et de l'enfant, bénéfiques économiques), on peut s'interroger sur la raison des faibles taux d'allaitement dans notre pays. Nous allons développer ici, après avoir rappelé quels sont ces taux, les freins à la réussite et à la poursuite de l'allaitement.

### **A. Taux d'allaitement maternel en France** [166]

Il n'existe pas de données nationales fiables en France concernant le début de l'allaitement maternel et sa durée. L'OMS/UNICEF proposent pourtant des indicateurs permettant aux pays qui appliquent les directives de l'IHAB d'évaluer leur situation de façon standardisée [167] :

- pourcentage de mères qui débutent un allaitement maternel ;
- pourcentage de bébés allaités exclusivement durant 4 à 6 mois ;
- pourcentage de bébés qui reçoivent d'autres aliments ou liquides que le lait maternel à l'âge de 1, 2 ou 3 mois ;
- pourcentage de bébés allaités au sein à 6, 12, 24 mois.

Le taux d'allaitement à la naissance calculé d'après les certificats de santé du huitième jour confirme pour 2002 une tendance à la hausse : nous pouvons enfin dire que plus d'une femme sur deux allaite en France, car elles sont 56,3 % à donner le sein à la maternité (contre 48.5% en 1998).



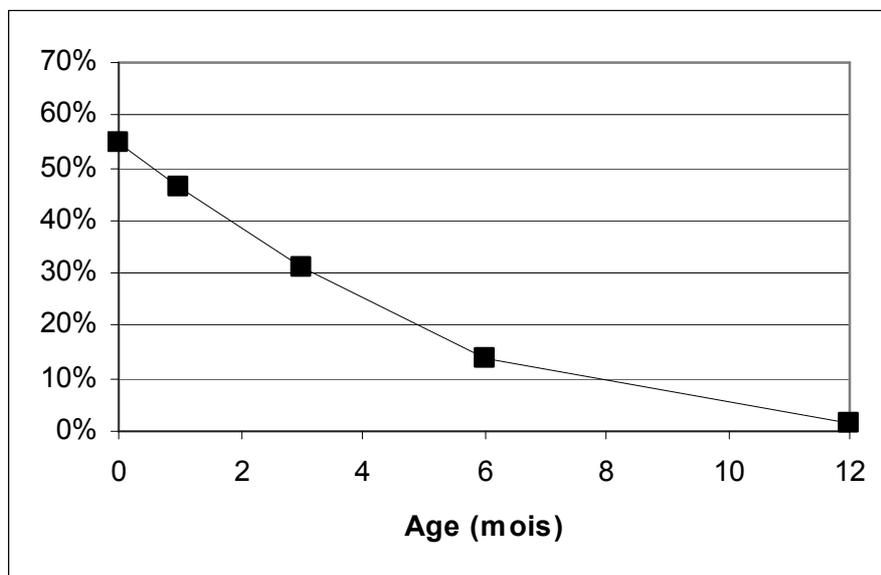
Taux d'allaitement maternel en France (selon certificats du 8<sup>e</sup> jour)

Une enquête périnatale a été réalisée par l'INSERM du 30 novembre au 6 décembre 1998 dans l'ensemble des maternités publiques et privées françaises : l'échantillon est composé de 14 077 femmes. Parmi les bébés restés avec leur mère, 52.5 % sont nourris au sein totalement ou en partie. La proportion de nouveau-nés nourris entièrement au sein est passée de 40.5 % en 1995 à 45% en 1998 au détriment de l'alimentation au biberon [168]. Selon ces données, la situation n'a guère évolué en 17 ans.

	1981	1995	1998
<b>Allaitement exclusif</b>	47.5	40.5	45.0
<b>Allaitement mixte</b>	6.2	11.1	7.5
<b>Biberon</b>	46.3	48.4	47.5

Taux d'allaitement à la naissance de 1981 à 1998

Un sondage effectué par l'Institut des Mamans [169] sur un échantillon de 1117 mères qui ont répondu entre août et septembre 2002 à un questionnaire par internet, a dessiné une courbe qui représente l'évolution des taux d'allaitement les 12 premiers mois. Cette courbe est plus optimiste que les données des deux enquêtes de l'INSERM, et montre qu'à 8 semaines, 50% des bébés allaités sont sevrés, et qu'à 12 semaines, 70% des bébés allaités sont sevrés [170].



Taux d'allaitement en fonction de l'âge du nourrisson (sondage français)

Ce sondage révèle aussi que 69% des femmes disent avoir interrompu l'allaitement plus tôt qu'elles ne le souhaitaient...

Si l'on prend pour référence l'exemple Norvégien, il serait possible d'améliorer encore la situation, avec sans doute une volonté politique plus forte [171].

Comme dans les autres pays européens et les Etats Unis, il y a eu un déclin (mais à partir d'une prévalence élevée de l'allaitement maternel, avec un minimum en 1960 et une amélioration dans les années 70) de l'incidence et de la durée, pour arriver aux chiffres suivants en 1997 : Taux d'allaitement à la naissance : 98%, à 3 mois : 80%, 1 an : 60%.

Les raisons de cette progression sont les suivantes :

- L'association de soutien de mère à mère Ammehjelpen a mené une action en concertation avec le gouvernement, les professionnels de santé, les mères.
- Les services hospitaliers sont plus humains, sans intervention médicale superflue.
- Adhésion au Code OMS : contrôle de la commercialisation des substituts du lait maternel.
- Initiative Hôpitaux Amis des Bébé généralisée.
- Le gouvernement est manifestement en faveur de l'allaitement maternel : les congés de maternité sont généreux (10 mois à 100% du salaire, 12 mois à 85% du salaire) ; ce sont les femmes qui travaillent en dehors du foyer et avec une éducation supérieure qui allaitent le plus et le plus longtemps ; 2 heures de réduction horaire rétribuées par jour sont accordées aux femmes qui travaillent.

A noter :

- Les femmes occupent le devant de la scène politique, avec 8 femmes ministres sur 19, et un droit de vote depuis 1913.
- Ces améliorations se sont déroulées sur plusieurs décennies.

## **B. Héritage historique**

### **1. De l'apparition de l'écriture jusqu'au Moyen-Age** [172]

L'étude de textes historiques anciens donne connaissance de recommandations et d'observations sur la durée (réelle ou souhaitée) d'un allaitement.

Ainsi, de 3000 à 1000 avant JC, dans le proche Orient, des durées d'allaitement de trois ans sont mentionnées notamment en Egypte et chez les Hébreux.

Vers 1500-800 avant JC, en Inde, un allaitement exclusif d'un an est recommandé, il va être complété par d'autres aliments jusqu'aux deux ans de l'enfant, âge auquel le sevrage va se mettre progressivement en place.

Dans la civilisation grecque (1000-400 avant JC), les contrats pour nourrices établissaient un allaitement exclusif de six mois.

Les écrits religieux livrent également leurs recommandations : le Talmud pour les juifs, puis le Coran pour les musulmans conseillent d'allaiter deux ans.

On peut lire dans le verset 2.233 du Coran : *« Et les mères qui veulent un allaitement complet allaiteront leurs bébés deux ans complets. Au père de l'enfant de les nourrir et vêtir de manière convenable. Nul ne doit supporter plus que ses moyens. La mère n'a pas à subir de dommages à cause de son enfant, ni le père, à cause de son enfant. Même obligation pour l'héritier. Et si, après avoir consulté, tous deux tombent d'accord pour décider le sevrage, nul grief à leur faire. Et si vous voulez mettre vos enfants en nourrice, nul grief à vous faire non plus, à condition que vous acquittiez la rétribution convenue, conformément à l'usage. »*

L'allaitement est également présent dans la mythologie, notamment à travers le mythe d'origine de la voie lactée qui serait issue de quelques gouttes de lait tombées du sein d'Héra alors qu'elle allaitait Héraclès.

En Egypte, il est au centre du culte d'Isis, déesse de la maternité, qui est souvent représentée en train d'allaiter son fils.

## **2. Au Moyen-Age**

L'allaitement comme illustration de l'amour maternel tel qu'on le célèbre à travers la littérature et les arts n'a pas toujours eu la faveur des mères, qui longtemps n'y ont vu qu'une corvée rebutante et dégradante [173]. Il existait deux alternatives à l'allaitement maternel : l'usage de laits d'animaux, réservé aux classes les plus pauvres, et l'allaitement dit « mercenaire », où le bébé est allaité par une nourrice (l'ouverture du premier bureau de nourrice date du XIIIe siècle, et le dernier a fermé en 1936).

Au Moyen-âge, il était habituel qu'une mère soit proche de son enfant, qu'elle l'allait et qu'il dorme avec elle. Si elle travaillait au dehors, la mère emmenait le bébé avec elle dans un berceau, un panier ou une petite hotte pour l'allaiter quand cela était nécessaire. Les bébés étaient allaités sans contrainte, à la demande, de jour comme de nuit. Le sevrage avait lieu après l'âge de 2 ans.

La pratique de l'allaitement mercenaire concernait uniquement les milieux aristocratiques qui faisaient venir une femme de la campagne sur place, les enfants de cette nourrice étant confiés à une autre nourrice « au rabais » ou nourris au lait animal [174]. En effet, l'organisation sociale conférait aux familles seigneuriales d'autant plus de puissance qu'elles comptaient davantage d'enfants. L'allaitement maternel ayant un effet contraceptif naturel, et les rapports sexuels étant interdits pendant cette période, le nouveau-né était le plus souvent confié dès sa naissance à une nourrice, permettant au couple des conceptions plus rapprochées.

## **3. Du XVIe au XVIIIe siècle**

Dans la grande bourgeoisie du XVIe siècle, les femmes allaitaient encore leurs enfants, mais au XVIIe siècle, la mise en nourrice à la campagne a gagné la bourgeoisie, parce que l'allaitement heurtait les règles de la bienséance : il était considéré comme ridicule et indigne de la condition des femmes de ce milieu. Pourtant bon nombre de médecins et de confesseurs allaient combattre les mises en nourrice, considérant l'allaitement comme un devoir pour la femme. Les textes sur la maternité et l'éducation du XVIe au XVIIIe siècle préconisaient unanimement l'allaitement de l'enfant par sa mère, en instaurant une priorité dans l'ordre des urgences : la sauvegarde de la vie de l'enfant avant la vie intime du couple et les exigences mondaines des femmes [175]. Mais au fur et à mesure, le discours s'adaptera à la pratique de plus en plus répandue des mises en nourrice, et s'attachera à établir les caractéristiques d'une bonne nourrice. Les discours sur les bienfaits de l'allaitement seront alors laissés aux plus pauvres.

Ainsi, les mises en nourrice allaient s'étendre au XVIIIe siècle à presque toutes les couches de la population urbaine (artisans, ouvriers, marchands...), du fait du travail des femmes d'une part, et de la spécificité du mode de vie urbain d'autre part, qui se voulait plus « civilisé » qu'à la campagne et prenait exemple sur le comportement des nobles et des grands bourgeois [176].

Jusqu'alors, la famille traditionnelle, était fondée sur des considérations matérielles où l'enfant tenait peu de place : il y avait tant d'enfants et il en mourait tant, que l'idée

communément admise était qu'il fallait en faire beaucoup pour n'en garder que quelques-uns, et l'infanticide, quoique sévèrement puni, était néanmoins toléré.

A la fin du XVIIIe siècle cependant, la famille se transformera progressivement en unité affective fondée sur le bonheur personnel et centrée sur l'éducation de l'enfant. C'est à Jean-Jacques Rousseau que l'on doit le premier traité d'éducation intitulé « L'Emile », publié en 1762, et dans lequel il valorise le lien affectif qui se noue à partir du contact charnel établi au cours de l'allaitement. Il donne comme date de sevrage celle de l'éruption des dents [173].

#### **4. Le XIXe siècle**

Au XIXe siècle, les préoccupations de la médecine et de la morale convergeaient pour rendre la prime éducation particulièrement rigide. On isolait le bébé de l'adulte par souci d'hygiène. On le nourrissait à heures fixes et on le mettait sur le pot dès les premiers mois. On évitait aussi de trop l'entourer de tendresse par crainte de le « gâter ». L'influence de la doctrine chrétienne du péché originel était aisément perceptible à l'arrière-plan du souci de discipliner l'enfant. Puisque celui-ci naissait corrompu par le péché, l'éducation se devait en premier lieu de combattre ses instincts [177].

Parallèlement, l'allaitement mercenaire a continué son extension, la révolution industrielle attirant en ville de plus en plus de paysans pauvres qui n'avaient d'autre choix que d'envoyer leurs enfants en nourrice à la campagne.

Mais de plus en plus de nourrices utilisaient le biberon, et la mortalité infantile chez ces enfants (mis en nourrice et nourris au biberon) était estimée en moyenne à 80% (20 à 30% de mortalité infantile en 1885, et 52% de mortalité chez les bébés parisiens envoyés en nourrice sans discrimination pour le mode d'alimentation en 1870) [174].

Or il fallait du sang neuf à la France, et la mortalité infantile devenait donc un problème important dont il a fallu se préoccuper. Les premières responsables désignées étaient les mères qui, refusant d'allaiter, envoyaient leurs enfants en nourrice, et signaient ainsi l'arrêt de mort de leur enfant. La fin du XIXe siècle a donc vu la disparition progressive des nourrices [173].

Au cours du XIXe siècle et au début du XXe, un grand nombre d'ouvrages médicaux ont été publiés, qui assignaient à la mère un rôle de premier plan dans le développement et l'éducation des enfants. Peu à peu, l'allaitement devint le modèle de comportement maternel et l'on regarda comme de mauvaises mères celles qui ne s'y soumettaient pas [173]. A cette époque, le médecin asseyait son autorité sur l'angoisse maternelle, puisque la mort de l'enfant, auparavant attribuée à Dieu, était devenue source de culpabilité et d'inquiétude pour les mères.

Pourtant, les arguments des défenseurs de l'allaitement maternel sont devenus progressivement moins forts : ils mettaient en avant les effets de la séparation parents/enfants mais ceux-ci n'étaient plus envoyés à la campagne (des modes de garde se développant en ville), et l'argument de la mortalité infantile provoquée par les biberons contaminés et les laits frelatés ne tenait plus non plus, du fait de l'amélioration des conditions de l'alimentation au biberon. En effet, à partir de 1890, suite aux découvertes de Pasteur, on ne se préoccupait plus seulement du contenant -le biberon- mais aussi du contenu -le lait [178].

## 5. Le XXe siècle

Pendant tout le XXe siècle, les recherches se sont multipliées pour obtenir un lait industriel commode d'utilisation et censé se rapprocher le plus possible du lait maternel, engendrant par sa fabrication et sa distribution des bénéfices pouvant expliquer à eux seuls bien des réticences à promouvoir l'allaitement au sein...

Concernant le maternage et l'éducation, le XXe siècle a aussi vu le triomphe d'une puériculture scientifique où tout est affaire de règles et de mesures édictées par les professionnels et que doivent suivre religieusement les mères si elles veulent être de « bonnes mères ».

L'alimentation au biberon se prête bien à ces cadres, mais on a voulu y faire entrer également l'allaitement, contribuant à aller à l'encontre de sa réussite, avec toute la façon dont on concevait les soins aux bébés (*Cf. Annexe 9*) : séparation dès la naissance, pas de première tétée précoce, parcage du bébé à la nurserie ; puis, de retour à la maison, bébé couché dans son berceau, dans une pièce à part, une tétée la nuit et pas plus (et encore, pas très longtemps : pour certains auteurs le bébé devait sortir de la maternité en « faisant ses nuits ») [178].

Ainsi, les stratégies occidentales de soins aux enfants ont valorisé ces dernières décennies l'autonomie précoce des bébés. Les professionnels de santé ont appris que les parents devaient conditionner les enfants à dormir seuls pendant toute la nuit avec aussi peu d'interventions parentales que possible, y compris les tétées (pour certains auteurs, plus les tétées sont rares, mieux c'est [179,180].) Les parents sont encouragés par certains professionnels de santé à « entraîner » leurs enfants à « se rendormir seuls ».

La peur exagérée d'étouffer le bébé en dormant avec lui pourrait être, en partie, liée à l'histoire de la culture occidentale. Pendant les 500 dernières années, de nombreuses femmes très pauvres vivant à Paris, Bruxelles, Munich, Londres..., avouaient en confession à leur prêtre catholique qu'elles avaient tué leur bébé en se couchant sur lui, afin de limiter le nombre de leurs enfants. Les prêtres ont réagi par l'excommunication, les sanctions, l'emprisonnement, et en bannissant l'enfant du lit parental [181,182].

Cet héritage historique spécifique au monde occidental a probablement convergé avec d'autres modifications des moeurs sociales et des coutumes, telles la valorisation de l'intimité, de l'autonomie et de l'individualisme, fondant les bases philosophiques de nos croyances culturelles, et nous amenant à trouver plus facile de constater les dangers associés au sommeil partagé que de constater (ou au moins envisager) ses bénéfices potentiels.

La dissémination dans toute l'Europe de l'idée de l'amour romantique, associée à celle de l'importance de la relation mari-femme, a pu aussi favoriser le sommeil dans des pièces séparées. La séparation physique, tout particulièrement celle du père et des enfants, a aussi été vue comme un moyen d'augmenter la capacité du père à dispenser l'instruction religieuse ou à assumer l'autorité morale [183].

Une autre contrainte imposée aux parents était de ne surtout pas prendre le bébé quand il pleure, la règle était impérative, et les auteurs unanimes [178].

*Rehm* : « Il est bien préférable de le laisser couché et, sans pitié pour ses cris, de ne pas lui donner la déplorable habitude de l'avoir tout le temps sur les bras (...) Rappelons encore à ce sujet qu'il est formellement interdit de bercer les enfants. »

*Marfan* : « Lorsqu'on a acquis la certitude que le cri est dû au caprice ou à la gourmandise, il faut laisser crier l'enfant. »

*Aviragnet et Peignaux* : « Il est essentiel de veiller dès le début à ce que, si l'enfant se réveille et crie, la mère ne cède pas au désir de le calmer en lui donnant le sein en dehors des heures règlementaires. », alors qu'ils critiquent pourtant vivement la rigidité de certains : « Il faut laisser à l'allaitement au sein un certain degré de spontanéité. » [184]

Quant à l'âge du sevrage, la caractéristique la plus frappante de la période qui va de la fin du XIXe siècle à nos jours est la diminution régulière, uniforme, de la durée de l'allaitement, ou de la nourriture exclusivement lactée. Le sevrage s'effectue de plus en plus tôt, toujours recommandé par le corps médical, qui avance toujours les mêmes raisons, emploie toujours le même vocabulaire, pour justifier des pratiques, certes convergentes, mais qui offrent d'importants écarts sur le plan temporel.

Ainsi les pédagogues insistent sur l'aspect nécessairement progressif du sevrage, qui doit durer trois mois en 1956, et... huit jours en 1978.

De même, le critère d'introduction de l'alimentation solide est toujours identique : à un certain moment, le lait ne « profite » plus suffisamment à l'enfant et son développement se ralentit. Cela se produit à huit mois en 1937, et à quatre en 1965...

Les dates préconisées pour la fin de sevrage selon les auteurs et les époques varient également, de 15-18 mois en 1887 (Morère) ou en 1932 (Aviragnet et Peignaux), à 3 mois et une semaine en 1978 (Pernoud) [185].

Cette vision de la puériculture « moderne » vient de plus se greffer sur un certain nombre de croyances, de peurs et d'interdits qu'on retrouve dans pratiquement toutes les sociétés traditionnelles, et qui étaient toujours vivaces au siècle dernier (et peut-être même aujourd'hui, même si c'est inconsciemment) : peur de perdre son lait si on ne respecte pas certaines règles, peur du lait qui tourne (le « lait troublé » en cas d'émotion forte, de relations sexuelles trop fréquentes ou de retour de couche, le « lait chaud » si on a donné le sein alors qu'on était en sueur), peur du lait empoisonné en cas de nouvelle grossesse (le « lait contrarié »), peur du lait pas assez riche [186]... Ces peurs et interdits étaient relayés par la plupart des professionnels de santé de l'époque : ainsi, le Dr Marfan, dans son traité de l'allaitement et de l'alimentation du premier âge, édité en 1898, réédité en 1902 et en 1930, écrit : « La frayeur, la colère, le chagrin peuvent supprimer la sécrétion lactée ou même la modifier et la rendre délétère. » De même, la peur du lait chaud justifie l'interdiction d'allaiter en cas de fièvre [178].

Les années 70 sont assez contradictoires sur le plan de l'allaitement. On y trouve le mouvement de « retour à la nature », la réflexion écologique, la recherche d'une nourriture plus saine, ainsi que la reconquête de leur corps par les femmes et une éducation « libertaire » des enfants qui rejette les règles et les contraintes.

Mais c'est aussi le temps des féministes égalitaires qui voient dans la maternité, à la suite de Simone de Beauvoir, un esclavage dont les femmes doivent se libérer, et dans l'allaitement « une servitude épuisante ». [178]

Les années 80 et 90 ont vu une stagnation des taux d'allaitement alors que dans le même temps les organisations internationales multipliaient les initiatives visant à promouvoir et soutenir l'allaitement maternel que nous avons détaillées précédemment. Depuis 1996, on assiste à une remontée des taux d'allaitement, et à un début de prise de conscience au niveau des média, des autorités sanitaires et des professionnels de santé.

Et si les décideurs politiques se mobilisent également, on peut espérer obtenir une situation comparable à celles des pays nordiques dans les prochaines décennies... [178]

## **C. Causes d'arrêts précoces de l'allaitement**

### **1. La culture du biberon**

Dans une thèse de médecine générale [187], l'auteur a recensé les motivations avancées par les mères pour expliquer le sevrage. L'hypogalactie arrive en première position, suivie par :

- douleurs
- angoisse
- découragement
- fatigue
- besoin d'indépendance
- complications mammaires
- conseil d'un personnel de santé
- conseil d'un proche
- pathologie maternelle
- pathologie pédiatrique

On sait maintenant que beaucoup de ces problèmes, authentiquement rencontrés par de nombreuses femmes, trouvent leur source dans une mauvaise conduite de l'allaitement, elle-même en grande partie causée par la culture du biberon qui, comme nous l'avons vu, s'est imposée au cours du XXe siècle. La norme est en effet représentée aujourd'hui par l'alimentation au biberon (se référer aux images véhiculées par les médias, les livres d'enfant, les jouets, etc...) et on a tenté de calquer l'allaitement sur ce type d'alimentation : il en découle une mauvaise position du bébé au sein, tenu comme pour lui donner un biberon ; la croyance qu'il faut vider les seins et attendre qu'ils se remplissent, au besoin en sautant une tétée ; la limitation du nombre et de la durée des tétées pour les faire correspondre au nombre de biberons et au temps qu'il faut à un bébé pour les vider... [188]

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, du fait du manque de confiance persistant en la capacité des femmes à nourrir exclusivement et durablement leurs bébés de leur lait.

De plus, des routines rigides dans les maternités ne respectant pas la physiologie de l'allaitement maternel, le manque de formation pratique des professionnels de santé, les

discours et actes contradictoires auprès des mères, sont aussi à l'origine du sabotage initial de l'allaitement maternel [171].

## **2. La pression de l'industrie agro-alimentaire**

En France en 1996 le marché de l'alimentation infantile affichait un chiffre d'affaire de 3.855 milliards de francs (pour comparaison, le chiffre d'affaire des couches jetables était de 3.754 milliards de francs la même année). Les laits représentent 40.2% du chiffre d'affaire du seul secteur épicerie avec un chiffre d'affaire de 1.511 milliards de francs. La gamme s'élargit toujours davantage, avec les laits spéciaux vendus en pharmacie (antireflux, hypoallergéniques...) et les laits de croissance ciblant les enfants de 1 à 3 ans [107].

Elle s'exerce depuis longtemps (le lait en poudre existe, comme nous l'avons vu, depuis le début du siècle, mais est vraiment utilisé juste avant la deuxième guerre mondiale), et par son omniprésence subtile, elle réalise un matraquage infraconscient des professionnels de santé et du grand public. Le corps médical est à la fois victime et bénéficiaire de cette pression [171]. On en veut pour preuve les vives réactions du corps médical suite à la publication du décret d'application, en août 1998, interdisant la distribution gratuite de lait de substitution dans les maternités, signifiant la fin des « tours de lait » : cette pratique voulait que, pour chaque bébé recevant son lait, l'industrie concernée fournisse gratuitement son produit et accompagne ce don d'une enveloppe pouvant aller jusqu'à 200-400 francs par bébé [189]. On imagine bien que les maternités n'avaient que peu d'intérêts à promouvoir activement l'allaitement maternel avec ce système, même si les professionnels de santé, qui ont vivement et publiquement regretté ce changement dans leurs habitudes, ont également nié toute influence négative de ces pratiques financières sur l'allaitement maternel [107]...

Quant aux mères, il a été démontré que le fait pour elles d'être exposées à de la publicité pour des substituts de lait en période prénatale encourageait la cessation précoce de l'allaitement [190]. Pourtant une étude a calculé, en 1997, la proportion des publicités pour les aliments de substitution (en dehors des laits premier âge dont la publicité est interdite depuis 1994) dans trois revues mensuelles destinées aux familles : si les publicités représentent en général 30 à 50% des illustrations de ces revues, elles représentent pour 50 à 80% des illustrations alimentaires ; parmi ces publicités alimentaires, 40 à 65% sont des publicités pour laits deuxième âge, biberons, tétines et laits de croissance (qui représentent donc 20 à 50% des illustrations alimentaires). Par contre les publicités pour des accessoires d'allaitement sont le plus souvent inexistantes [107].

## **3. Les motivations des femmes**

Il y a actuellement non- ou sous-information des mères sur la supériorité de l'allaitement maternel : beaucoup de femmes pensent que le lait artificiel est équivalent au lait féminin [191]. Le discours des média et professionnels de santé est en effet souvent ambivalent : même si l'allaitement maternel est encouragé, à la première difficulté, par méconnaissance ou par facilité, le biberon est proposé. C'est la conséquence du double langage si répandu dans les média : « Allaiter, c'est mieux, mais le biberon, c'est aussi bien » (ce qui est faux, nous l'avons largement argumenté précédemment)...

Il existe d'autres obstacles soulevés par les femmes, notamment les soucis esthétiques, avec la crainte de voir leurs seins abîmés (crainte entretenue par les média à travers les images de mères africaines aux seins flasques dans les zones où sévit la famine) alors que les spécialistes s'accordent à reconnaître que ce sont les changements brusques de volume qui abîment les

seins (essentiellement l'accroissement en début de grossesse, un engorgement les premiers jours, ou un sevrage brutal) [188].

La notion de pudeur est également au premier plan, avec la gêne d'allaiter en public, du fait de l'érotisation actuelle des seins. Les femmes, se voyant cloîtrées avec leur bébé tant que dure l'allaitement, sont tentées d'y mettre fin rapidement [188].

De même la perspective d'une reprise rapide du travail (dix semaines après la naissance de l'enfant) n'encourage pas à tenter l'aventure... Pourtant, les études actuelles prouvent que les mères qui travaillent allaitent plus et plus longtemps, et le taux d'allaitement augmente avec le niveau socioéconomique. Il faut combattre la notion de servitude qui accompagne l'allaitement maternel et développer l'idée que l'allaitement maternel et l'émancipation de la femme ne sont pas incompatibles, notamment au niveau du travail [171].

Bien sûr, l'allaitement suppose de la part de la mère plus de disponibilité à son bébé que le biberon. Même s'il est bien conduit, il arrive souvent que, dans les premières semaines de vie avec un nouveau-né, la mère ait l'impression de « l'avoir toujours au sein ». Combiné avec les réveils nocturnes, le sentiment d'être clouée à la maison, l'impression que l'allaitement gêne la reprise d'une activité sexuelle, les femmes sont donc peu enclines à envisager un allaitement prolongé, sur le thème « *je suis en train de me faire bouffer* », souvent activement entretenu par les pressions de l'entourage (père, grands-parents, familles, voisins, collègues, ainsi que le corps médical) qui peut ne pas comprendre que la jeune mère veuille répondre au mieux aux besoins de son nourrisson.

La psychanalyste Mélanie Klein a ainsi proposé l'existence d'un fantasme de dévoration actif chez la mère et chez l'enfant durant l'allaitement (pour le bébé, dévorer sa mère ; pour la mère, être dévorée par son enfant). L'existence de ce fantasme serait la cause, d'après certains psychologues, de difficultés ressenties par les mères durant l'allaitement de leur bébé, comme le sentiment d'une contrainte pesante et l'impression d'une perte de liberté [192].

Mais on peut s'interroger aussi sur l'existence d'une jalousie fondamentale face au couple d'allaitement... Selon la psychanalyste Anne Bouchart-Godard : « Une mère qui allaite son enfant représente l'une des situations qui suscite les réactions les plus violentes : de l'ordre de l'admiration, du désir d'être à la place de l'enfant, du désir de détruire et de séparer. » [188]

Une volonté de rupture avec le monde animal : donner son lait à un petit qui vient de naître est aussi une inscription forte dans le monde animal, et était jusqu'à présent une véritable étape obligée. Ne pas le faire conduit à une rupture de ce même monde, rupture qui doit être interrogée, évoquée, explicitée, et replacée dans le champ de nos différences, de notre puissance, par rapport aux animaux.

Mais jusqu'où aller pour nous dégager des chaînes biologiques élémentaires? Pour quels bénéfices, et à quel prix? [107]

#### **4. La carence de transmission**

Dans les jardins zoologiques, pour survivre et se développer le mieux possible, les petits doivent être séparés dans un premier temps de leur mère, car l'absence d'un entourage formateur (c'est-à-dire la présence de femelles plus âgées ayant élevé des petits) ne permet pas aux femelles l'apprentissage naturel d'un comportement maternel efficace. C'est la démonstration exemplaire de la nécessité pour les femelles d'**apprendre** les gestes et attitudes indispensables pour mener à bien le développement des petits : si mater est naturel pour

tout mammifère, cela s'entend comme un potentiel biologique héréditaire qui doit rencontrer un environnement favorable pour s'exprimer [107].

Aujourd'hui, on peut regretter l'absence de repères vivants : beaucoup de femmes n'ont jamais vu d'autres mères allaiter, et l'allaitement étant un art d'imitation, on ne peut s'étonner que tant échouent quand, depuis leur petite enfance, les femmes n'ont eu personne à imiter [171,188].

Dans une thèse de médecine générale [193], l'auteur étudie l'opinion des adolescents sur l'allaitement maternel, et notamment les déterminants du désir d'allaiter ou non son enfant à l'âge adulte :

- Les adolescents qui ont vu des mères allaiter leur enfant sont favorables à l'allaitement de leurs propres enfants. Au Brésil où 99% des filles ont vu une maman allaiter, elles choisissent d'allaiter à 100%. Mais lorsqu'elles jouent à la poupée, seulement 24% des fillettes donnent le sein. [193,194]
- Discuter d'allaitement en famille, entre amis, avec des mères qui allaitent leur enfant, détermine le choix d'allaiter de façon significative. [193,195]
- Le mode d'alimentation dans sa propre enfance influence significativement le choix de nourrir son enfant. Il existe également un lien statistiquement significatif entre le fait de ne pas avoir été allaité et de ne pas désirer allaiter. [193,196]
- L'image de sa propre histoire, par le biais de photos notamment, influence le choix d'alimentation de l'enfant. C'est au travers de ces images que l'enfant construit ses propres normes. [193]
- L'allaitement est aussi un acte culturel, et l'image culturelle de la femme est importante dans le déterminisme de ses choix. Par exemple, aux USA où la femme est avant tout la conjointe de son mari, c'est la relation de couple qui est le point central de la famille, alors qu'au Japon, la femme est avant tout une mère dont le rôle principal est de prendre soin des enfants. [193,197]

Aujourd'hui, le modèle familial a évolué, la cellule familiale se limitant souvent à l'enfant et ses parents. Les générations précédentes, qui pourraient transmettre leur expérience et faire bénéficier les jeunes parents de leur soutien, sont trop souvent absentes (familles éclatées, jeunes grands-mères encore dans la vie active, perte des liens intergénérationnels). Il est vrai que les grands-mères en question ont eu leurs enfants à une époque où les taux d'allaitement étaient au plus bas, et ne sont pas forcément les plus à même de transmettre les clés d'un allaitement réussi (une étude faite en 1995 à Newcastle, étudiant comment savoir si les femmes allaient arrêter rapidement d'allaiter, est arrivée à la conclusion suivante : plus les femmes voyaient leur mère, moins elles étaient susceptibles d'allaiter ! [198] )

Quoi qu'il en soit, les jeunes mères se retrouvent souvent très seules, sans modèle d'allaitement, imprégnées de la culture du biberon, avec pour référence des média dont nous avons vu le double langage...

On comprend aisément que c'est là que se joue le rôle fondamental des associations de soutien à l'allaitement : en effet, les jeunes parents peuvent y trouver un modèle nécessaire à l'apprentissage des gestes naturels et des comportements appropriés, qu'ils sont amenés à découvrir avec l'arrivée de leur enfant. Toutes les études ont montré l'efficacité de ce genre de soutien pour le succès de l'allaitement dans la durée. C'est pour cela que la dixième des « conditions pour le succès de l'allaitement maternel » de l'OMS est « *d'encourager la constitution d'associations de soutien et de leur adresser les mères dès la sortie de la maternité* ». (Cf. Annexe 2)

## **5. Le refus de la proximité mère-bébé [199]**

La notion de proximité mère-bébé est en question dans la pratique de l'allaitement au quotidien, et concerne notamment la fréquence des tétées, le portage, le contact peau-à-peau, et les comportements nocturnes.

### **- Fréquence des tétées [199]**

On observe en France un faible niveau de proximité corporelle mère-bébé, comme dans les pays occidentaux en général. Or, si la fréquence élevée des tétées impose une proximité renforcée, au moins à certains moments de la journée, on peut également penser qu'il n'est pas facile d'espacer les tétées quand on reste à proximité de son nourrisson (c'est à dire quand il est à portée de regard et à portée de voix). Donc la faible fréquence des tétées observées chez nous est à la fois une conséquence et une cause d'une certaine mise à distance du bébé.

Les comportements individuels, en matière de réponses aux pleurs du bébé par exemple, sont en partie la conséquence de règles sociales sur la manière de s'occuper d'un nouveau-né, qui ne laissent pas toujours beaucoup de place chez nous à la spontanéité des mères. En effet, quand l'allaitement à la demande est encouragé et l'importance de la proximité mère-bébé soulignée, des limites sont très souvent associées à ces recommandations : « *pas trop souvent, pas trop longtemps* ».

Que ce soit chez les experts ou plus généralement dans la population, la limitation de la proximité mère-bébé, dont la basse fréquence des tétées est une conséquence, s'appuie sur des peurs qu'il faut prendre en considération : peur de tuer le bébé, peur pour son développement psychologique, peur de se laisser déborder par ses besoins ; ces peurs interviennent plus particulièrement sur le choix ou non du sommeil partagé (élément reconnu comme associé à des durées d'allaitement plus longues, car quasi-indispensable à un allaitement conduit de façon optimale).

### **- Sommeil partagé (cosleeping) [199]**

Nous avons déjà abordé la peur de tuer le bébé lors de notre bref aperçu historique, mais l'association directe entre le partage d'un même lit et le risque de mort pour l'enfant est également un fait récent, propre au monde occidental où cette pratique a très nettement diminué en moins d'un siècle. De nombreuses publications ont mis en cause le cosleeping dans des cas de mort par asphyxie des bébés, mais également dans des cas de mort subite du nourrisson. Mais leurs conclusions restent discutables (on retrouvait en règle générale des facteurs de risque supplémentaires), et il existe désormais des informations précises sur ces facteurs de risque et de prévention pour le couchage des nourrissons de 0 à 1 an, à l'égard de la mort subite du nourrisson, de l'asphyxie par recouvrement et autres accidents.

(Cf. *Annexe 10*)

Une enquête menée sur le terrain par des chercheurs du CERIFE (Centre d'Etudes et de Recherches Interculturelles sur la Petite Enfance), a résumé les arguments exprimés par les professionnels de la petite enfance à propos de la solitude du bébé durant son sommeil en quatre thèmes : le manque de temps pour rester auprès de l'enfant, l'apprentissage nécessaire de la solitude et de l'indépendance, la peur de la tyrannie de l'enfant, l'impact nuisible de la présence d'un adulte sur le sommeil de l'enfant [200].

Concernant les conséquences psychologiques du cosleeping, James Mc Kenna a repris les conclusions de plusieurs études psychologiques qui montrent que les enfants qui ont dormi avec leurs parents ont des comportements plutôt plus positifs que les autres (lorsque les parents avaient fait ce choix de façon délibérée, et non en réaction à des difficultés chez l'enfant). Selon ses conclusions, les enfants pratiquant le cosleeping seraient :

- sous-représentés dans les populations ayant recours à des soins psychiatriques, comparés avec ceux pratiquant le sommeil solitaire [201],
- plus à l'aise avec leur identité sexuelle [202],
- plus indépendants et contrôlant mieux leurs émotions et le stress [203],
- plus « satisfaits de la vie » [204],
- capables d'une plus grande confiance en eux (garçons) et plus à l'aise avec les manifestations d'affection (filles) [205],

Concernant d'éventuels débordements de la sexualité du fait d'une trop grande promiscuité, Nathalie Roques s'étonne qu'on puisse considérer l'être humain comme le seul animal pour lequel il n'y aurait aucun mécanisme conduisant à une discrimination des objets sexuels. Ainsi, si l'attachement d'un père pour son enfant annihile tout désir sexuel, le partage du lit ne devrait pas être un motif d'inquiétude.

Même les parents réellement désireux d'accueillir leur enfant plus ou moins ponctuellement dans leur lit se posent légitimement la question de la durée de cet accueil.

On peut considérer que, cette pratique étant liée à un allaitement à la demande, elle se continuera jusqu'à l'âge du sevrage. Et quels que soient les souhaits des parents, quels que soient leurs choix, il serait bon qu'ils sachent que le besoin de proximité durant la nuit dépasse souvent la première année, pour qu'ils puissent mieux comprendre les réactions de leurs enfants.

### **- En pratique** [199]

Il n'est pas forcément facile d'admettre que la mise à l'écart du bébé constitue un frein à la fréquence des tétées et que c'est donc une cause très probable des difficultés que la mère peut rencontrer au cours de son allaitement.

Nos repères habituels invitent fortement les parents à organiser leur quotidien de façon à avoir un bébé calme, ne réclamant pas trop souvent le sein, et si possible de façon prévisible. C'est souvent toute la cellule familiale (c'est à dire les mères et belles-mères, les amis) qui encourage les parents à établir une distance suffisante entre eux et le bébé. Il faut donc tenir compte de ce contexte, et ne pas imposer une nouvelle norme (par exemple celle de dormir avec son bébé).

Cependant il ne faut pas non plus sous-estimer la capacité des parents à aménager leur vie quotidienne à partir de toutes les informations qu'ils auront à leur disposition, et il serait dommage de s'autocensurer et de s'interdire de donner une information sous prétexte que les parents ne pourraient pas en tirer profit. Si ces derniers rejettent les propositions du professionnel consulté, c'est leur problème, et c'est reconnaître leur responsabilité et leur autonomie que de leur permettre de faire ce choix.

Accompagner la mère sera alors parfois accepter avec elle la douleur d'abandonner l'allaitement.

## **6. Les psychologues et l'allaitement** [107]

Aujourd'hui, les discours des psychologues, notamment des psychologues français, sont largement relayés par les magazines traitant de la famille et de la petite enfance, ainsi que par les livres et revues spécialisées. Le prestige dont ils jouissent à l'heure actuelle leur confère une grande responsabilité, et ils interviennent au moins à deux niveaux dans les familles. Ils participent à l'élaboration de représentations concernant la maternité, les besoins des bébés, et la façon de les élever. Ils sont sollicités également pour répondre à des difficultés rencontrées par certaines familles avec leur bébé.

Pourtant, ils restent très discrets sur l'allaitement : des livres entiers sont consacrés à la relation mère-bébé, sa construction, ses dysfonctionnements, les interventions possibles des spécialistes... Et bien souvent l'allaitement maternel est totalement absent du texte. Dans les cas où il en est question, celui-ci est généralement plébiscité lapidairement par une formule du type « *l'allaitement maternel tisse un lien unique entre la mère et l'enfant* », et il sera ensuite le plus souvent évoqué dans le cadre de difficultés relationnelles entre la mère et le bébé.

Le cadre théorique développé par de nombreux psychologues fait en effet une large place à l'autonomie du petit enfant et à sa socialisation précoce, allant à l'encontre du besoin de proximité mère-bébé tel que nous l'avons envisagé précédemment. Dès lors, une forte dépendance de l'enfant pour le sein de sa mère sera souvent perçue comme néfaste, et les tétées fréquentes, les bébés qui ne s'endorment qu'au sein, le sommeil partagé... seront interprétés comme la cause ou le symptôme d'un développement de l'enfant insatisfaisant.

Le traitement du sevrage par ces psychologues français est aussi exemplaire et tout à fait significatif. L'intérêt particulièrement vif suscité chez ces spécialistes par la fin de l'allaitement est en effet surprenant : ils se désintéressent en général de l'allaitement, de son installation, de son évolution, de ses implications... mais pas de son arrêt (nous l'envisagerons plus loin).

Les très jeunes enfants, beaucoup moins sensibles aux discours des psychologues que ne peuvent l'être leurs parents, éprouvent souvent des difficultés à s'adapter à des demandes qui ne correspondent pas à leurs besoins. Si les parents étaient informés du caractère naturel et temporaire de certains comportements de leur bébé, ils seraient rassurés, et cela contribuerait très simplement à apaiser leur relation avec l'enfant.

Heureusement la psychologie n'est pas uniforme, et des auteurs se démarquent de la base de réflexion consensuelle. En France, on peut citer des auteurs comme E. Antier [206], H. Stork [177], M. Odent [207], JM. Delassus [208]...

La littérature anglo-saxonne semble faire place à plus de diversité sur le discours concernant la relation mère-bébé. Du concept de la mère « suffisamment bonne » proposé par D. Winnicott, en passant par le comportement dit « d'attachement inné de l'enfant » développé par J. Bowlby ou la « constellation maternelle » de D. Stern et « l'évaluation des compétences du bébé » par B. Brazelton, la relation mère-bébé ne se lasse pas d'être observée, analysée, évaluée...

## **D. A propos de l'allaitement des bambins**

Allaiter un enfant de plus de 6 mois (4 ?) reste actuellement « suspect » dans notre société, ou tout au moins très marginal... Et que dire de l'allaitement d'un enfant après l'acquisition de la marche ?

C'est au cours de ce travail que j'ai découvert les notions de maternage proximal et de sevrage naturel. L'idée qu'un enfant pouvait être allaité bien plus d'un an me semblait inconcevable. Mais suite aux diverses lectures et rencontres que j'ai été amenée à faire, ces notions ont fini par me sembler très naturelles... Le manque de recul ne me permettant pas de prendre position, je présenterai deux visions de l'allaitement des bambins.

### **1. Obstacles psycho-culturels à l'allaitement prolongé**

J'ai choisi de retranscrire dans un premier temps les arguments de Jack Newman, pédiatre et fondateur de la première consultation de lactation à l'hôpital des enfants malades de Toronto, qui a souvent mis en avant les résistances culturelles à l'allaitement prolongé (qui devrait selon lui être appelé « allaitement de durée normale »). [209]

« L'allaitement instaure une relation particulière entre la mère et son bébé, mais ce qui est culturellement toléré dans cette relation au cours des premiers mois ne l'est plus par la suite. Par exemple, les nourrissons obtiennent consolation, réconfort et sécurité quand ils sont au sein ; les enfants plus âgés en retirent les mêmes bénéfices, mais certains suggèrent que ce n'est pas bon, que les enfants devraient être capables de trouver cela par d'autres moyens. Comme si cela était mal de l'obtenir au sein.

L'enfant n'est pas le seul à profiter d'un allaitement prolongé : si la mère se l'autorise, elle peut aussi en tirer beaucoup de plaisir. Mais certains suggèrent que le plaisir qu'une mère peut retirer de l'allaitement d'un bambin est pervers, parce que c'est l'équivalent d'une relation sexuelle avec l'enfant. Cela vient du fait que nous ne pouvons pas considérer le sein autrement que dans un contexte sexuel, et qu'en conséquence tout plaisir éprouvé pendant l'allaitement ne peut être que d'ordre sexuel. Ce qui est faux, la raison d'être première des seins étant de nourrir le petit de l'espèce...

Il se trouve que beaucoup de femmes veulent allaiter (il suffit de prendre la peine de discuter avec elles pour s'en rendre compte), et beaucoup de femmes pourraient allaiter pendant des années si seulement les gens ne leur disaient pas que c'est étrange, bizarre et pervers... et si ces idées reçues n'étaient pas relayées par de nombreux professionnels de santé.

Les mères qui allaitent de façon prolongée sont souvent accusées d'égoïsme, elles « feraient ça juste pour leur plaisir ». Effectivement, nous l'avons vu, l'allaitement peut être source de plaisir pour la mère comme pour l'enfant ; mais elles le font aussi parfois parce que c'est plus facile de continuer que de forcer un enfant à se sevrer quand il n'y est pas prêt. Il n'est bien sûr pas question de laisser l'enfant faire tout ce qu'il veut, ce sont les parents qui définissent les règles... Mais dans le cas de l'allaitement, où il est reconnu que sa poursuite est bénéfique à la santé de l'enfant et de sa mère, si les deux sont d'accord pour continuer, pourquoi les en empêcher ?

Un argument souvent utilisé est que l'enfant sera trop dépendant s'il est allaité plus de quelques mois. Il est admis que les enfants deviennent indépendants parce qu'ils ont reçu sécurité, réconfort et amour pendant leurs premières années, et qu'ils peuvent développer grâce à cela leur confiance en eux et une bonne image d'eux-mêmes. Il n'est pas nécessaire d'allaiter deux ans ou plus pour obtenir ce résultat, mais en quoi l'allaitement, qui procure par définition sécurité, réconfort et amour, devrait-il empêcher l'enfant d'acquérir l'indépendance le moment venu ?

Il est bien sûr possible d'utiliser l'allaitement pour maintenir l'enfant dans une dépendance excessive, mais il est possible d'utiliser bien d'autres moyens pour cela (apprentissage de la propreté, entrée à l'école, etc...), ce n'est pas l'allaitement en lui-même qui est en cause.

De même, l'allaitement peut être accusé d'exclure le père de la relation à l'enfant. Là aussi, il peut facilement être utilisé dans ce but, mais n'en est pas la cause. Il est vrai que la mère et le père n'ont pas le même rôle à jouer auprès de l'enfant, contrairement à ce qu'on a voulu croire, surtout dans les premières années où la mère tient une place très importante dans la vie de l'enfant. Personne ne peut la remplacer dans son rôle nourricier et « maternant »... Le père, lui, prend progressivement sa place, au fur et à mesure que le bébé a un besoin moins exclusif de sa mère. Ce n'est pas grâce au père que l'enfant a moins besoin de sa mère : c'est lorsque l'enfant a moins besoin de sa mère qu'il s'ouvre plus à son père et au monde. Les choses se mettent en place naturellement avec les nouvelles acquisitions du bébé, l'allaitement

n'empêchant pas le père d'établir une relation privilégiée avec son enfant quand le moment est venu pour lui de se détacher de sa mère...

Ainsi, il semble que « forcer » l'indépendance ne marche pas ; il paraît plus judicieux de remettre les choses en perspective, et de retrouver les vertus de la patience : les choses se feront en temps et en heure... »

## **2. Aspects psycho-pathologiques de l'allaitement prolongé**

Dans une thèse de doctorat en psychologie, l'auteur s'attache à explorer la clinique du lien dans l'allaitement prolongé. Ses conclusions, bien que très nuancées, mettent en lumière que l'observation effectuée dans le cadre de cette recherche ne permet pas à ce jour d'associer l'allaitement maternel prolongé à une vision optimiste du lien mère-enfant. [172]

« Notre société est régie par une pression normative largement diffusée à travers une vision standardisée des rapports humains, au risque souvent de substituer la norme (c'est à dire le comportement du plus grand nombre) à la valeur [210]. Cette pression se retrouve dans la pratique de l'allaitement et dans sa durée.

Les fluctuations de modes et de discours médicaux, tout autant que l'organisation familiale nucléaire actuelle, où l'isolement des parents arrive à son paroxysme, ouvrent la voie à une colère sourde, amenant certaines mères à se regrouper entre elles, sous la protection d'un discours idéologique.

La remise en cause de la durée de l'allaitement maternel par les mouvements militants, et leur positionnement en faveur d'un sevrage spontané de l'enfant, viennent à la fois dénoncer la place normative accordée au biberon dans les sociétés contemporaines et démontrer la valeur de l'allaitement maternel. Mais ils proposent par ailleurs une pratique marginale aux regards des normes sociales en vigueur.

Ce mouvement s'inscrit également en réaction à l'autonomisation à tout prix qui est aujourd'hui prônée, et certaines femmes revendiquent la poursuite d'un corps à corps qui n'est plus en mesure d'être contenu par le groupe social. Ces réactions ont l'avantage de dénoncer les dérives de la séparation à tout prix, mais l'idéologie proposée en échange comporte une problématique ayant la même démesure excessive.

Concernant l'allaitement maternel on ne sait pas aujourd'hui déterminer avec précision le moment auquel il serait convenu d'imposer au tout-petit la première séparation. Le sevrage est actuellement davantage dicté par les exigences du monde du travail, par le manque de connaissance concernant la lactation, ou par des a priori, que par une véritable connaissance des enjeux sous-jacents.

La quasi-totalité des familles rencontrées dans le cadre de cette recherche était en difficulté dans le processus de parentalité. L'allaitement prolongé se trouve dès lors à écouter et à entendre comme pouvant être symptôme d'un dysfonctionnement.

Les familles présentaient une souffrance qu'elles étaient plus ou moins en mesure de percevoir, mais dans ses aspects diversement manifestes, elle n'en restait pas moins évidente. Il est donc mis en évidence que la durée de l'allaitement peut être un indicateur d'une souffrance, voire d'une organisation familiale pathogène pour l'enfant ; la complexité des enjeux qui s'y trouvent intriqués est également soulignée.

L'allaitement prolongé est aussi présenté comme un possible symptôme de l'emprise maternelle, symptôme d'une dépression sous-jacente, symptôme d'un défaut d'élaboration

d'éléments transgénérationnels, symptôme d'une difficulté paternelle encourageant un fonctionnement mère-enfant symbiotique...

L'allaitement prolongé pose également avec acuité la question du lien : lien dans le couple, lien parent-enfant, lien mère-association lorsque celle-ci est militante et lien mère-allaitement : la mère peut être fragilisée par le processus de maternalité, et va parfois investir l'allaitement comme un véritable étayage psychique.

La frontière entre « normal » et « pathologique » est aussi floue concernant l'allaitement prolongé que dans le cadre des névroses. »

### **3. En pratique**

Mon questionnement concernant l'aspect psychologique de l'allaitement maternel prolongé s'inscrit dans une démarche tout à fait pragmatique de professionnelle de santé amenée à conseiller, dépister, prendre position...

Où s'arrête notre rôle dans le suivi et le conseil des patient(e)s ?

Un allaitement prolongé doit-il être considéré comme un signal « d'alarme » lors du suivi de l'enfant ?

Peut-on au contraire affirmer à une jeune mère qui s'interroge sur les soins à donner à son enfant que oui, elle peut allaiter aussi longtemps qu'il lui plaira, oui, elle peut dormir avec son enfant, oui, elle peut le porter tant qu'elle veut, que tout cela ne pose aucun problème et ne peut être que bénéfique pour l'enfant ? Ma sensibilité aurait tendance à me dicter ce genre de discours, mais est-il adapté à tout le monde ? Comment ces paroles peuvent-elles être interprétées ?

Tout dépend en effet de l'interlocuteur, du contexte, ainsi que de l'âge de l'enfant (je crois qu'on a parfois tendance à faire des raccourcis malencontreux entre la façon d'élever un nourrisson et un enfant de 3 ans)...

L'auteur de la thèse de psychologie mentionnée plus haut [172] met en parallèle dans son travail alcoolisme et allaitement maternel prolongé. Cette démarche, à première vue choquante et dérangement, est néanmoins très intéressante ; elle apporte des éléments de réponse à mon questionnement, et permet même de rapprocher les deux points de vue présentés.

Les deux domaines envisagés (alcoolisme et allaitement prolongé) présentent ainsi des constantes relatives aux problématiques des dépendances, au travail de la séparation-individualisation et à la question des limites corporelles.

Et il est en effet frappant de relever dans les témoignages de mères allaitantes « au long cours » (dans les réponses à ma première annonce, dans les forums dédiés au maternage et à l'allaitement...) de nombreuses phrases du type « *au début, je le faisais pour lui* (le bébé), *mais maintenant c'est moi qui suis accro* », qui illustrent parfaitement la problématique de la dépendance.

Mais plus que l'alcoolisme en lui-même, c'est la notion d'addiction qui est en question : les conduites addictives peuvent en effet être élargies, au-delà des drogues et de l'alcool, à des modes particuliers de relation au travail, au sport, ou à d'autres formes de quête d'excitations extérieures ; cette extension témoigne qu'il s'agit plus d'une modalité particulière de la

relation de l'homme à ses investissements que d'une spécificité liée à un produit ou à une conduite. [211]

On peut donc reprendre la remarque de J. Newman, qui met en avant que l'allaitement peut effectivement être utilisé à des fins néfastes pour l'enfant, mais que c'est la signification et le rôle donnés à l'allaitement par la personnalité parentale qui est en cause, pas l'allaitement en lui-même.

On peut sans doute en conclure que, comme on peut boire un verre sans devenir alcoolique, on peut pratiquer l'allaitement prolongé sans tomber dans le domaine de la psychopathologie...

D'une manière générale, on peut relever que les psychologues ont tendance à méconnaître les capacités d'exploration et les forces qui poussent les jeunes enfants à élargir leur champ d'action de plus en plus loin de leur mère. Leur histoire personnelle et leur expérience professionnelle sont jonchées de cas de jeunes enfants accrochés à une mère qu'on cherche à tout prix à leur faire lâcher. Ils ont alors vite fait de conclure que l'enfant ne quittera jamais de lui-même le giron maternel et qu'une intervention extérieure est nécessaire... [107]

Il convient néanmoins de rester très vigilant, en temps que soignant, sur l'impact de notre discours ; il semble également important de toujours chercher à comprendre (mais sans juger) quelle dynamique anime une mère qui allaite de façon prolongée (plusieurs années) et de garder à l'esprit que c'est le bien-être de l'enfant qui doit être au coeur de nos préoccupations, plutôt qu'un affrontement idéologique stérile.

**ENQUETE**  
**auprès de**  
**84 médecins de Moselle**  
**et de 122 femmes**  
**concernées par l'allaitement.**

## **I. OBJECTIFS**

Mon expérience personnelle, ainsi que les témoignages recueillis suite à l'annonce que j'ai passée dans un magazine parental à large distribution (*Cf. Annexe 13*), m'ont fait ressentir fortement un décalage entre la vision de l'allaitement qu'entretiennent les professionnels de santé, et le vécu des mères qui le pratiquent.

La question à laquelle je souhaitais répondre au départ était très simple : « Pourquoi est-il si difficile d'allaiter ? »

Les causes d'arrêts précoces de l'allaitement ont déjà été largement étudiées et commentées par ailleurs, et je pense que la solution à ce problème se trouve dans la généralisation des labellisations des maternités, dans le cadre de l'IHAB.

J'ai choisi de m'intéresser à ce qui se passe en amont, pour celles qui passent le cap des premières semaines.

J'ai cherché à savoir comment se déroulaient leurs rencontres avec leur médecin généraliste : est-il pour elles un référent de choix sur ce sujet, comment intervient-il, en pratique, au cours de leur allaitement, qu'attendent-elles de lui ?

On peut en effet se demander si les médecins généralistes favorisent l'allaitement maternel dans la durée ou si, au contraire, leurs interventions contribuent à les faire cesser prématurément...

J'ai aussi voulu confronter la version des mères avec celle des médecins généralistes eux-mêmes : se sentent-ils concernés par l'allaitement en pratique quotidienne, travaillent-ils en réseau dans ce cadre, ressentent-ils un besoin de formation ?

J'ai voulu mettre ces informations en parallèle, afin de déterminer si le décalage que j'ai pu ressentir, sur l'importance qu'accordent médecins et patientes à l'allaitement, se vérifie en pratique.

Et, le cas échéant, j'ai voulu essayer d'apporter des éléments de réponse à ce problème : pour que les femmes qui n'ont pas de projet d'allaitement très fort dans la durée, et qui n'ont pas de connaissances spécifiques sur le sujet, mais qui se trouvent bien dans leur relation d'allaitement, ne se voient plus imposer le sevrage par méconnaissance ou désintérêt de certains professionnels de santé.

## **II. MATERIEL ET METHODE**

### **1. Méthode générale**

J'ai réalisé une double enquête d'opinion par questionnaires, auprès de médecins généralistes d'une part et de femmes concernées par l'allaitement maternel d'autre part. Les deux recueils ont été effectués en parallèle.

### **2. Enquête auprès des médecins**

J'ai conçu un questionnaire destiné à évaluer :

- comment les médecins généralistes informent leurs patientes sur l'allaitement lors de la grossesse,
  - de quelle façon ils interviennent au cours de l'allaitement de leurs patientes,
  - quels sont leurs correspondants éventuels en matière d'allaitement,
  - quel est leur besoin ressenti de formation au sujet de l'allaitement, et comment ils accueilleraient un outil d'aide à la consultation pour les situations concernant l'allaitement.
- Il ne s'agit pas d'un test de connaissances sur l'allaitement, mais plutôt d'un questionnement sur la prise en charge globale.

Le questionnaire laisse aux médecins des plages de commentaires libres pour donner des suggestions éventuelles sur la prise en charge de l'allaitement dans leur pratique quotidienne. (Questionnaire présenté pages 86-87)

La cible a été définie comme suit : « Médecins de Moselle participant aux réunions de formation médicale continue (FMC) ».

Le questionnaire a donc été diffusé lors des réunions mensuelles de chaque section de l'AMMPPU (Association Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire). J'ai distribué le questionnaire aux participants en début de séance, après une courte présentation du sujet de ma thèse, et je l'ai récupéré à la fin de la réunion.

Cette méthode avait pour but d'obtenir un taux de participation important, et de toucher les médecins les plus sensibilisés aux actions de formation et d'amélioration de la qualité des soins.

Elle m'a permis de collecter 84 questionnaires, sur une période de trois mois, en intervenant auprès de 9 sections de FMC (3 sections n'ont pas été rencontrées car les réunions avaient lieu le même jour dans une autre section).

### **3. Enquête auprès des mères**

Un second questionnaire, destiné aux patientes, a été réalisé pour analyser :

- la manière dont les mères ont été informées sur l'allaitement par leur médecin généraliste pendant leur grossesse,
- les sources d'information des patientes sur l'allaitement,
- les motifs de consultation auprès de leur généraliste au cours de leur allaitement,
- le vécu de la patiente par rapport à l'attitude de son médecin concernant son projet d'allaitement,

- les prescriptions médicales reçues (traitement médicamenteux, indication de sevrage ou de compléments, demande d'avis spécialisé...),
- l'observance des patientes,
- l'influence globale des médecins sur l'allaitement des leurs patientes.

Le questionnaire laisse des plages de commentaires libres pour permettre aux participantes d'exprimer leur ressenti.  
(Questionnaire présenté pages 88 à 90)

La population cible correspondait à « Toutes les femmes enceintes, allaitantes, ou ayant allaité, même très peu de temps ».

Ce questionnaire a été diffusé sur internet, par le biais de listes et forums dédiés à l'allaitement et à la petite enfance : « *Lactaliste* », « *Mamans et Bébé* », « *Le plaisir d'allaiter* », « *Les jeunettes* », « *Bébé nature* ».

Cette méthode m'a permis de recueillir 129 questionnaires, sur une période de 2 mois. Parmi les réponses obtenues, un seul questionnaire émanait d'une femme enceinte sans expérience d'allaitement, je ne l'ai donc pas pris en compte pour l'analyse statistique. De même, 6 questionnaires provenaient de l'étranger (2 de Belgique, 1 du Sénégal, 1 de Californie, 1 de Chine et 1 d'Espagne) et n'ont pas été pris en compte dans les calculs. Nous nous sommes donc basés sur 122 questionnaires, provenant de femmes françaises ayant une expérience d'allaitement.

#### **4. Remarques à propos de l'étude**

- Un reproche que l'on peut faire d'emblée à cette enquête est le biais apporté par le mode de recrutement des participants, aussi bien pour les médecins que pour les mères.

En effet, la sélection des médecins par leur participation aux séances de FMC représente un biais évident.

De même, les mères qui ont répondu à mon questionnaire fréquentent des forums de discussion liés à la petite enfance. Elles possèdent donc un ordinateur et un accès internet, et maîtrisent ces technologies ; on peut en déduire que les classes les plus défavorisées ne seront pas représentées. De plus, les femmes concernées se posent déjà des questions sur le maternage au vu des sites qu'elles fréquentent, ce qui témoigne d'un état d'esprit spécifique qui est loin d'être universel.

Nous garderons donc à l'esprit que cette enquête ne cherche pas à refléter une situation nationale ni à faire des généralisations, mais à témoigner d'une réalité : celle de femmes avides d'informations et désireuses de partager leur expérience pour faire avancer les choses en matière d'allaitement, et celle de médecins qui, parfois, reconnaissent que leur savoir est perfectible et cherchent des moyens pour y parvenir.

- Un reproche qu'on peut aussi avancer est l'absence de lien entre les deux populations étudiées, ne permettant pas de faire de comparaisons statistiquement significatives.

Nous nous contenterons donc d'essayer de mettre les résultats des deux enquêtes en parallèle, pour en tirer des éléments de discussion.

- On peut également regretter le faible effectif dans ce travail.

**QUESTIONNAIRE DESTINE AUX MEDECINS GENERALISTES DE MOSELLE  
PARTICIPANT AUX REUNIONS DE FMC  
« QUELQUES QUESTIONS CONCERNANT VOTRE PRATIQUE  
PAR RAPPORT A L'ALLAITEMENT MATERNEL »**

**Vous êtes :** Un homme / Une femme  
Age :  
Exerçant depuis :  
Installé(e) en milieu : urbain / semi-rural / rural

**Pensez-vous avoir un rôle** au cours de l'allaitement de vos patientes ?..... **O / N**

**Suivez-vous les grossesses** de certaines de vos patientes ?..... **O / N**

**Si OUI :** Au cours du suivi, abordez-vous la question de l'allaitement ?..... **O / N**

**Si NON** Lorsque vous recevez une patiente enceinte pour une pathologie intercurrente, abordez-vous la question de l'allaitement ?..... **O / N**

**Lorsque vous abordez la question de l'allaitement avec vos patientes enceintes:**

*(cochez la proposition qui vous concerne) :*

- vous leur proposez une information systématique et détaillée sur l'allaitement (bénéfices reconnus, recommandations ANAES et OMS sur la durée « idéale »...)
- vous leur donnez un « conseil minimal » systématique (« Vous pensez allaiter ? Si vous faites ce choix, je pourrais vous aider en cas de besoin... ») et vous vous tenez à leur disposition si elles ont des questions
- vous répondez aux questions des patientes sur l'allaitement seulement si elles en posent
- autre (préciser) :**

**Après la naissance,** concernant l'allaitement, vous êtes surtout sollicité(e) pour :

*(cochez la(les) situation(s) que vous rencontrez le plus souvent)*

- traitement des complications de l'allaitement (crevasses, douleurs, engorgements...)
- traitement de pathologies intercurrentes chez des femmes qui allaitent
- suivi de nourrissons allaités (vaccinations, croissance, conseils alimentaires...)
- maladies ou petits soucis de nourrissons allaités (pleurs, selles, troubles du sommeil, etc...)
- prescription d'arrêts maladie pour permettre aux mères de continuer à allaiter (*l'arrêt « pour allaitement » n'existant pas légalement*)
- délivrance d'un certificat médical pour permettre à la patiente de bénéficier de la réduction du temps de travail à laquelle elle a droit lors de la reprise de son travail si elle allaite encore
- conseils pour la poursuite de l'allaitement lors de la reprise du travail
- aide au sevrage
- autre (préciser) :**

**Votre rôle vous semble-t-il plus important :** *(cochez la proposition choisie)*

- AVANT la naissance
- APRES la naissance
- AUTANT avant qu'après la naissance
- NI L'UN NI L'AUTRE, vous n'intervenez pas directement dans l'allaitement

**Avez-vous bénéficié d'une formation sur l'allaitement ?**..... **O / N**

**SI OUI :**  dans votre formation initiale  
 en formation continue *(préciser la(les)quelle(s) et en quelle année)*

Pensez-vous qu'une formation spécifique sur l'allaitement maternel vous serait utile dans votre pratique ?..... **O / N**

**Vous arrive-t-il d'adresser des patientes à des correspondants que vous savez formés à l'allaitement maternel ?**.....O / N

Si OUI, le(s)quel(s) ?

- consultante en lactation
- pédiatre
- gynécologue
- sage-femme libérale
- sage-femme de PMI
- consultation nourrissons de la PMI
- association de soutien à l'allaitement
- autre (*préciser*)

**Pensez-vous qu'un outil de consultation** (sous la forme d'un livret destiné aux praticiens) regroupant les questions les plus fréquemment posées sur l'allaitement, et des réponses possibles à y apporter, **pourrait vous être utile** dans votre pratique quotidienne ?.....O / N

SI OUI :

**- Vous souhaiteriez que ce livret soit plutôt axé sur :**

(Cochez la(les) proposition(s) qui vous intéresse(nt) )

1.  Des données **scientifiques** concernant l'impact de l'allaitement sur la santé maternelle et infantile, ainsi que des données sur la physiologie de la lactation humaine
2.  Des questions **pratiques** (*exemples ci-dessous*)
3.  Des recommandations en situation **pathologique** (*exemples ci-dessous*)
4.  Les **coordonnées de référents**, dans le cadre d'un travail en réseau, pour :  
prendre un avis,  
adresser la mère et l'enfant si vous estimez devoir passer la main ,  
prise en charge de problèmes non médicaux.

Si vous avez coché plusieurs cases, indiquez la proposition qui vous semble la plus intéressante : N° [...]

**- Dans chacun des 2 groupes de propositions suivants, cochez le(s) item(s) qui vous semble(nt) le(s) plus important(s) à traiter dans ce livret :**

**- Questions pratiques :**

- information à donner à une mère sur les bénéfices de l'allaitement
- critères d'évaluation du bon déroulement d'un allaitement maternel
- fréquence des tétées, notion d'allaitement à la demande
- conseils pour la reprise du travail, extraction et conservation du lait
- gestion des pleurs
- nuits (tétées nocturnes, sommeil partagé, pleurs...)
- diversification (quand, comment, pourquoi...)
- contraception (MAMA, contraception hormonale, DIU...)
- selles du bébé allaité
- tabac
- positions pour les tétées
- hygiène
- autres (*préciser*) :

**- Situations pathologiques :**

- conduite à tenir, poursuite ou non de l'allaitement, en cas de **pathologies de la mère** (*candidose des canaux lactifères, engorgements et complications de l'allaitement, douleurs, manque ou surproduction de lait, pathologie sans rapport avec l'allaitement...*)
- aide à la prescription en cas de pathologie intercurrente nécessitant un traitement médicamenteux chez une femme allaitante (**usage des médicaments** de façon plus explicite que dans le Vidal)
- conduite à tenir, poursuite ou non de l'allaitement en cas de **pathologies de l'enfant** (*allergie, régurgitations, ictère, muguet, GEA, bronchiolite...*)
- conduite à tenir, nécessité ou non de prescrire des compléments, en cas de **mauvaise prise de poids** du bébé
- autres (*préciser*) :

**- Autres suggestions :**

**QUESTIONNAIRE DESTINE AUX FEMMES  
ENCEINTES, ALLAITANTES OU AYANT ALLAITE,  
POUR PRECISER LE RÔLE DE LEUR MEDECIN GENERALISTE  
AU COURS DE LEUR ALLAITEMENT**

**1. QUESTIONS D'ORDRE GENERAL**

- Votre situation : **enceinte / allaitement en cours / allaitement terminé**
- Votre âge :
- Votre profession :
- Vous vivez : **en ville / à la campagne**
- Département (N°) :
- Vous élevez vos enfants : **seule / en couple**
- Nombre d'enfants allaités :
- Durée du(des) allaitement(s) :
  
- Pensez-vous que les médecins généralistes jouent un rôle dans l'allaitement de leurs patientes ? **oui / non**

**SI OUI**, ce rôle vous semble plus important :

- avant la naissance
- après la naissance
- autant avant qu'après la naissance

- Votre médecin généraliste est : **un homme / une femme**
  
- Votre médecin généraliste a-t-il une qualification spécifique pour l'allaitement ?  
**oui / non / je ne sais pas**

**SI OUI**, laquelle ? (*préciser*)

**2. AU COURS DE VOTRE(VOS) GROSSESSE(S) :**

Avez-vous consulté votre médecin généraliste ? oui / non

**SI OUI :**

- Quel était le motif de la(des) consultation(s) ?

- suivi de la grossesse
- maladie (ou tout autre problème) pendant la grossesse

- Lors de cette(ces) consultation(s) pendant la grossesse, la question de l'allaitement maternel a-t-elle été abordée ?  
**(cochez 1 seule réponse)**

- OUI, votre médecin vous a donné spontanément des informations sur l'allaitement, sans que vous lui ayez posé de questions
- OUI, il vous a demandé si vous comptiez allaiter ou pas, et à répondu à vos questions (si vous en aviez)
- OUI, vous aviez des questions sur l'allaitement à lui poser et il y a répondu
- NON, le sujet de l'allaitement n'a pas été abordé
- autre (*préciser*)

- Selon vous, est-ce le rôle du médecin généraliste de parler de l'allaitement maternel avec ses patientes enceintes ?  
**oui / non**

**SI OUI**, laquelle de ces propositions vous semble la meilleure manière de le faire ? (**cochez 1 seule réponse**)

- Donner systématiquement des informations détaillées sur l'allaitement à toutes les patientes enceintes, même si elles n'en demandent pas spontanément (pourquoi allaiter ? comment ? combien de temps ? quel intérêt pour la mère et l'enfant ?...)
- Demander à toutes les patientes enceintes si elles comptent allaiter ou pas, et se tenir à leur disposition si elles ont des questions sur le sujet
- Répondre aux questions sur l'allaitement seulement si les patientes lui en posent
- autre (*préciser*)

### **3. AU COURS DE VOTRE(VOS) ALLAITEMENT(S) :**

■ A qui avez-vous eu recours (de façon spontanée) pour d'éventuels problèmes ou questions liés à l'allaitement ?

- Consultante en lactation
- Généraliste
- Pédiatre
- Gynécologue
- Sage-femme libérale
- Sage-femme de PMI
- Consultation nourrisson de la PMI
- Association de soutien à l'allaitement
- Internet
- Famille, proches
- Autre (*préciser*)

■ Avez-vous reçu des informations ou conseils contradictoires concernant l'allaitement maternel de la part des différents intervenants ? **oui / non**

■ Avez-vous consulté votre médecin généraliste, pour vous ou votre(vos) enfant(s) allaité(s), au cours de votre(vos) allaitement(s) (quel que soit le motif) ? **oui / non**

**SI OUI :**

- Quel(s) étai(en)t le(s) motif(s) de la (des) consultation(s) ?

- maladie sans rapport direct avec l'allaitement
- complications de l'allaitement (engorgements, crevasses, douleurs...)
- suivi du bébé (croissance, vaccins, alimentation...)
- maladie ou petit soucis du bébé (pleurs, selles, troubles du sommeil, régurgitations...)
- demande d'arrêt maladie pour pouvoir prolonger l'allaitement avant la reprise du travail
- demande d'un certificat médical pour bénéficier de l'heure d'allaitement à la reprise du travail
- demande de conseils pour poursuivre l'allaitement à la reprise du travail
- demande d'aide pour le sevrage du bébé (conseils, médicaments « coupe-lait »...)
- autre (*préciser*)

- Au cours de la (des) consultation(s) auprès de votre généraliste :

- Votre médecin vous a-t-il semblé favorable à l'allaitement maternel ?  
**oui / non / je ne sais pas, cela ne s'est pas senti lors de la (des) consultation(s)**
- Avez-vous eu la possibilité de vous exprimer de façon satisfaisante (à propos de l'allaitement) ?  
**oui / non / je ne sais pas**
- Votre projet d'allaitement (durée, manière de faire...) a-t-il été respecté ?  
**oui / non / je n'avais pas d'idée précise sur le sujet**
- Avez-vous reçu toutes les informations que vous souhaitiez ?  
**oui / non / je ne sais pas**
- Les informations reçues vous ont-elles semblé fiables ?  
**oui / non / je ne sais pas**

- Votre médecin vous a-t-il prescrit un traitement médicamenteux ? **oui / non**

**SI OUI, les médicaments étaient-ils compatibles avec l'allaitement ?** **oui / non**

Si oui (*les médicaments prescrits étaient compatibles*) :

- vous ne les avez pas pris et vous avez continué à allaiter
- vous les avez pris et vous avez continué à allaiter
- vous les avez pris et vous avez arrêté d'allaiter le temps du traitement
- vous les avez pris et vous avez arrêté d'allaiter définitivement
- autre (*préciser*)

Si non (*les médicaments prescrits n'étaient pas compatibles*) :

- vous ne les avez pas pris et vous avez continué à allaiter
- vous les avez pris et vous avez continué à allaiter
- vous les avez pris et vous avez arrêté d'allaiter le temps du traitement
- vous les avez pris et vous avez arrêté d'allaiter définitivement
- autre (*préciser*)

- Votre médecin vous a-t-il orientée vers un correspondant qui lui semblait plus qualifié que lui pour résoudre un problème lié à l'allaitement ? oui / non

**SI OUI,**

- Quel correspondant ?

- Consultante en lactation
- Pédiatre
- Gynécologue
- Sage-femme libérale
- Sage-femme de PMI
- Consultation nourrisson de la PMI
- Association de soutien à l'allaitement
- Autre (*préciser*)

- Pour quel problème spécifique vous a-t-il adressée à ce correspondant ? (*préciser*)

- Votre médecin vous a-t-il conseillé, au cours de votre allaitement, de:

→ donner des compléments de « lait » artificiel à votre enfant ? oui / non

**SI OUI :** • Préciser le motif :

• Avez-vous suivi son conseil ? **oui / non**

→ sevrer le bébé ? oui / non

**SI OUI :** • Préciser le motif :

• Avez-vous suivi son conseil ? **oui / non**

- Globalement, vous trouvez que l'(les) intervention(s) de votre médecin généraliste au cours de votre allaitement a eu :

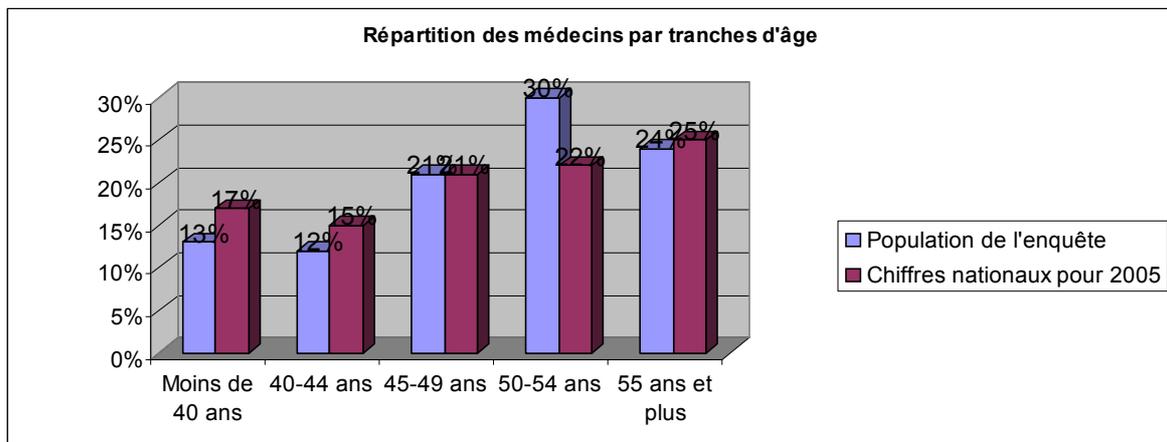
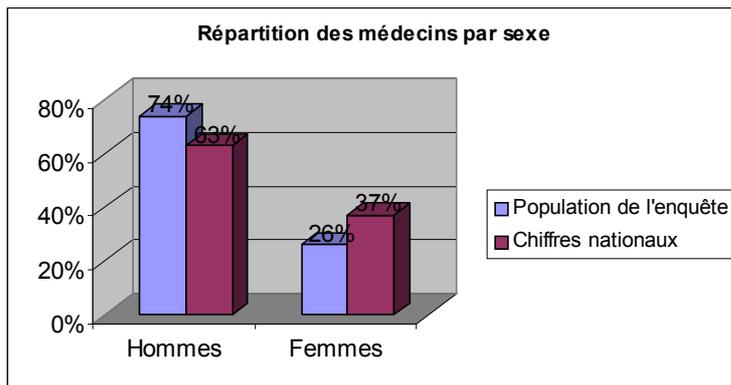
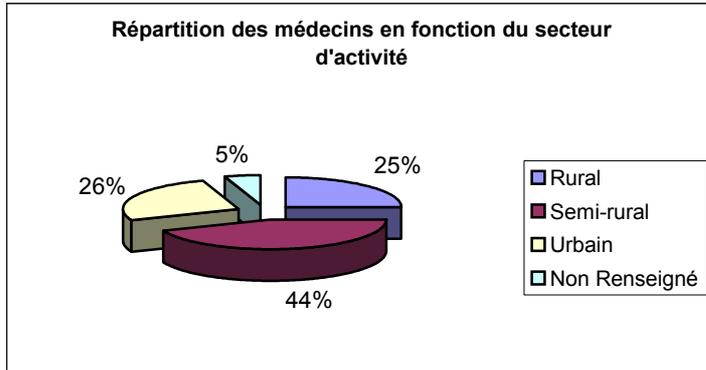
- une influence positive sur le déroulement de l'allaitement
- une influence négative sur le déroulement de l'allaitement
- pas d'influence sur le déroulement de l'allaitement

**AUTRE(S) COMMENTAIRES :**

### III. RESULTATS

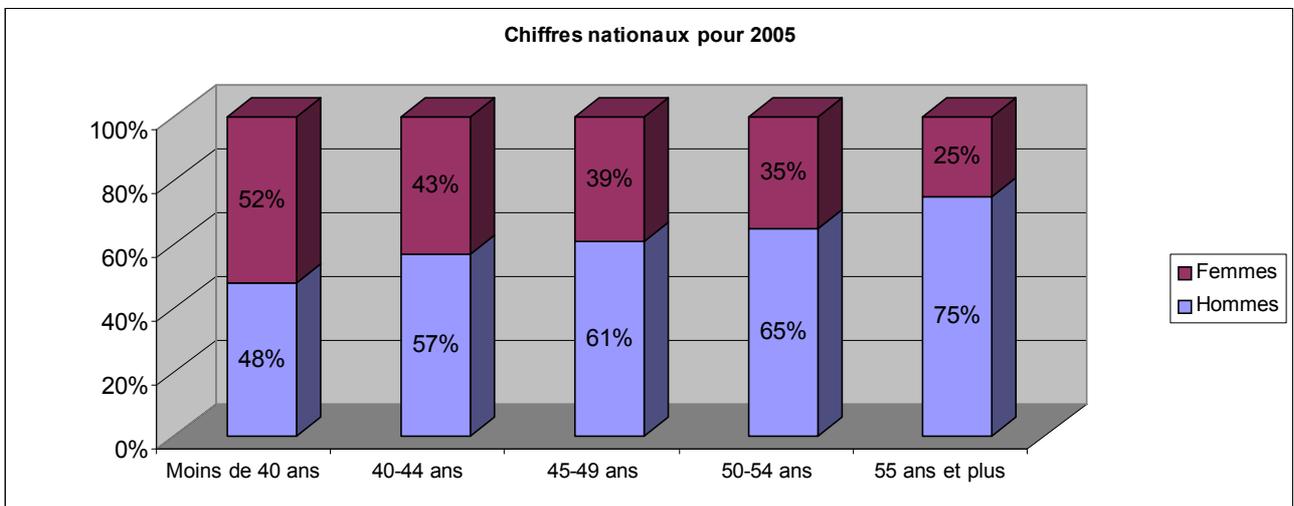
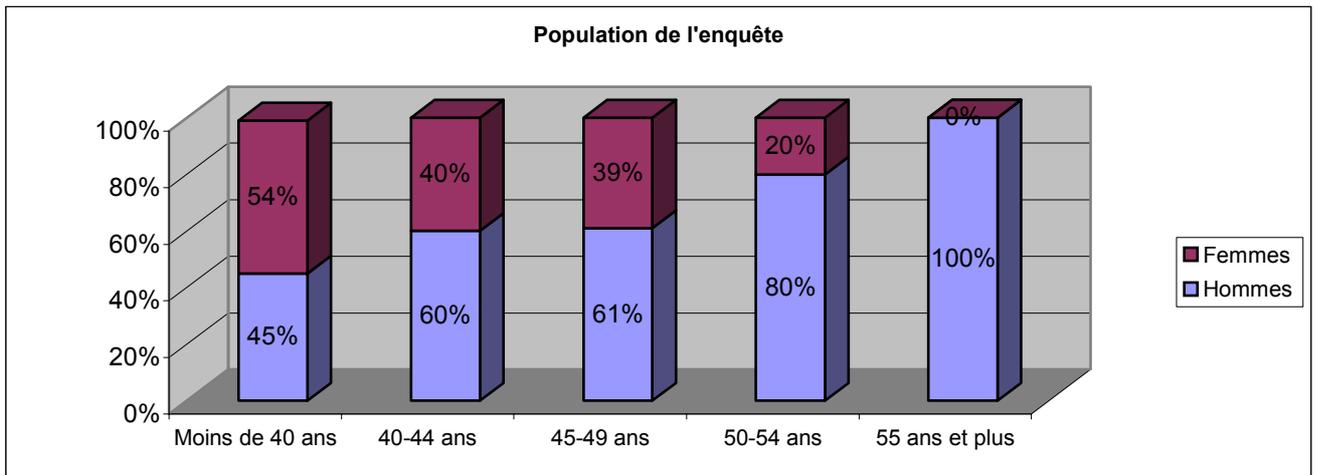
#### 1. Enquête auprès des médecins

##### - Population étudiée :



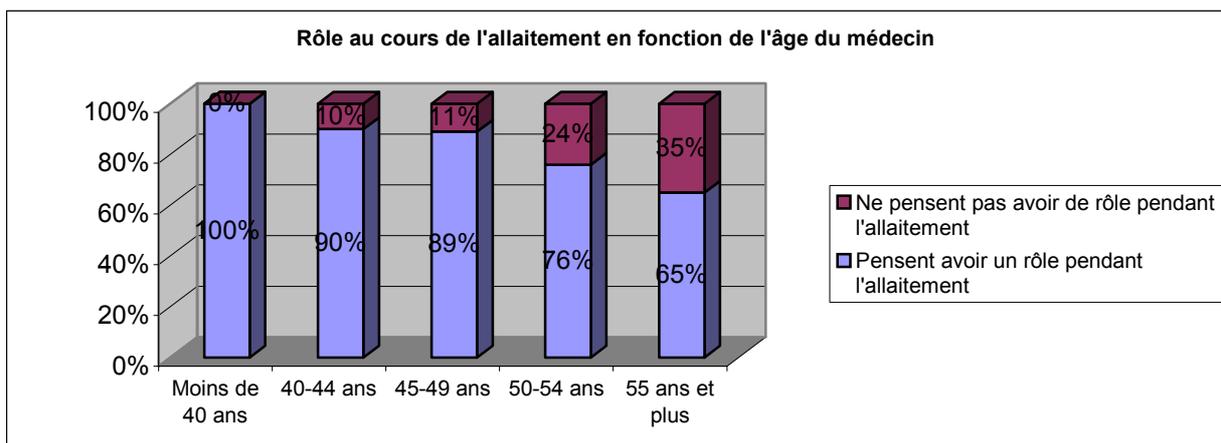
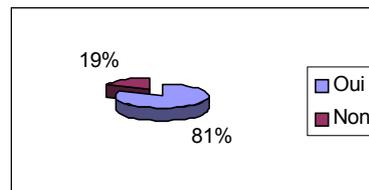
Dans notre population, les femmes sont donc sous représentées par rapport à la population nationale [212], de même que les moins de 44 ans. La catégorie des 50-54 ans est par contre sur représentée dans notre étude.

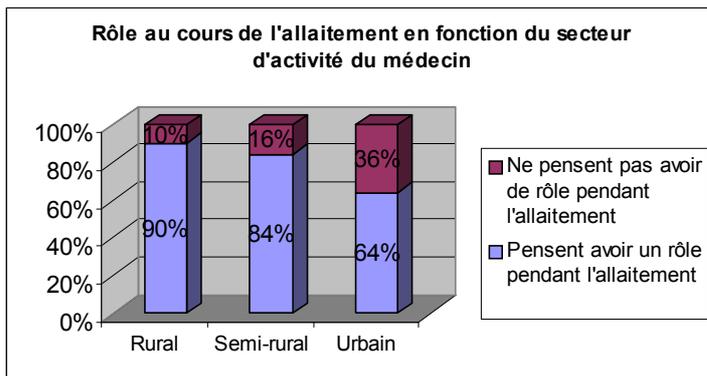
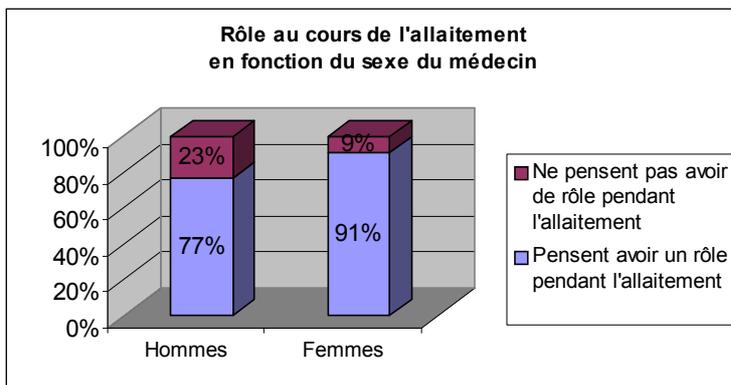
Répartition des médecins par sexe en fonction des tranches d'âge :



Sur la pyramide des âges, on constate que la répartition homme-femme est superposable aux chiffres nationaux pour les moins de 50 ans ; après 50 ans, les femmes sont sous représentées dans notre étude.

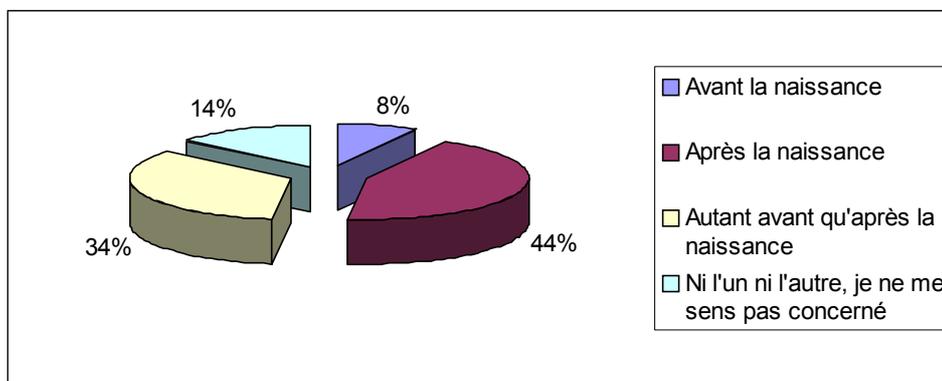
**- « Pensez-vous avoir un rôle au cours de l'allaitement de vos patientes ? »**





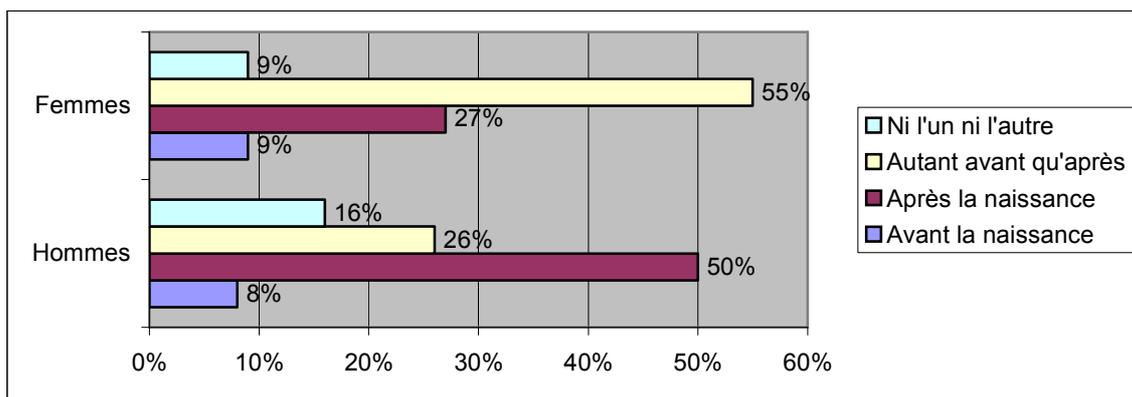
La majorité des médecins interrogés estiment jouer un rôle dans l'allaitement. Cette impression est plus marquée dans les tranches d'âge les plus jeunes, parmi les femmes, et en milieu rural.

**- « A quelle période votre rôle par rapport à l'allaitement vous semble-t-il le plus important ? »**



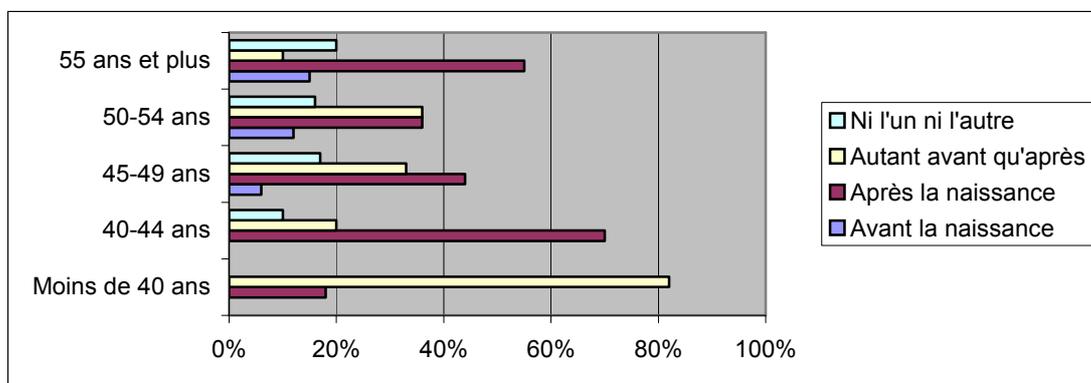
**Analyse des réponses selon le sexe des médecins interrogés :**

*« Période où le rôle du médecin généraliste par rapport à l'allaitement est le plus important »*



Analyse des réponses selon l'âge des médecins interrogés :

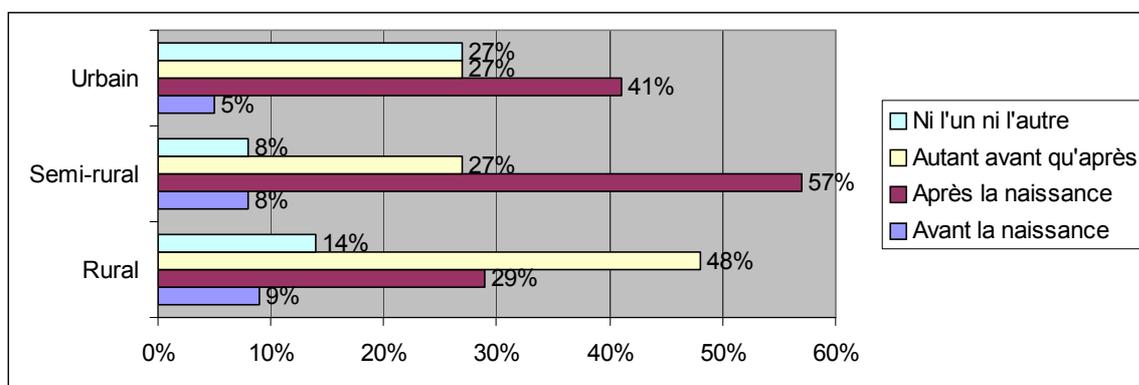
« Période où le rôle du médecin généraliste par rapport à l'allaitement est le plus important »



	Avant la naissance	Après la naissance	Autant avant qu'après	Ni l'un ni l'autre
Moins de 40 ans	0%	18%	82%	0%
40-44 ans	0%	70%	20%	10%
45-49 ans	6%	44%	33%	17%
50-54 ans	12%	36%	36%	16%
55 ans et plus	15%	55%	10%	20%

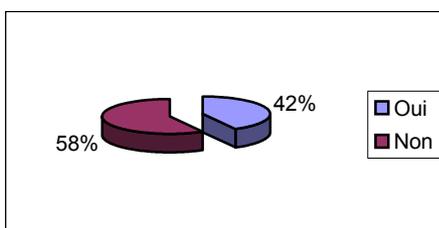
Analyse des réponses selon le secteur d'activité des médecins interrogés :

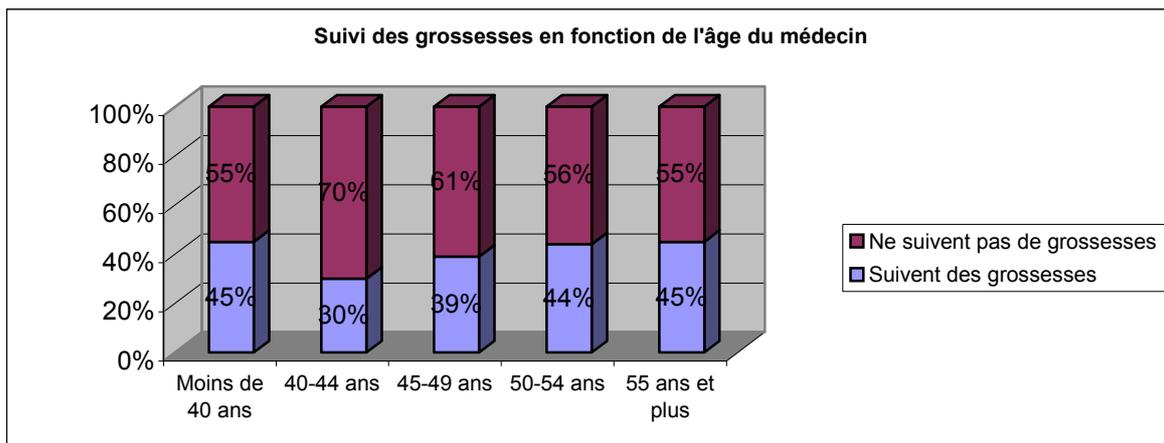
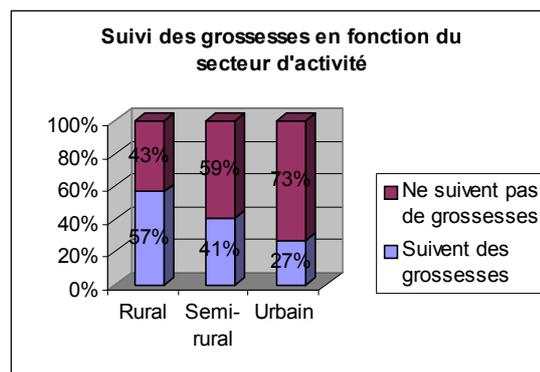
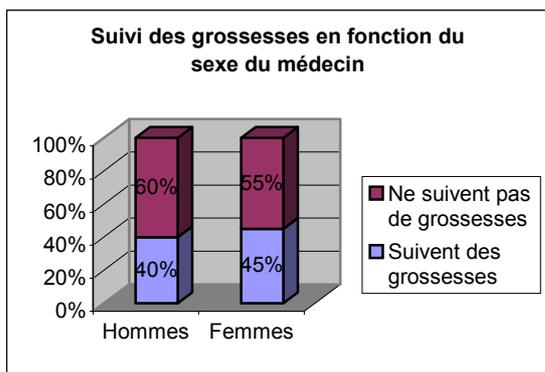
« Période où le rôle du médecin généraliste par rapport à l'allaitement est le plus important »



Globalement, les médecins interrogés situent leur rôle essentiellement après la naissance. Cette notion ne se vérifie pourtant pas parmi les médecins femmes, dans la catégorie des moins de 40 ans et en milieu rural, où ce rôle est estimé en majorité aussi important avant qu'après la naissance. Il y a presque deux fois plus d'hommes que de femmes qui pensent ne pas avoir de rôle à jouer.

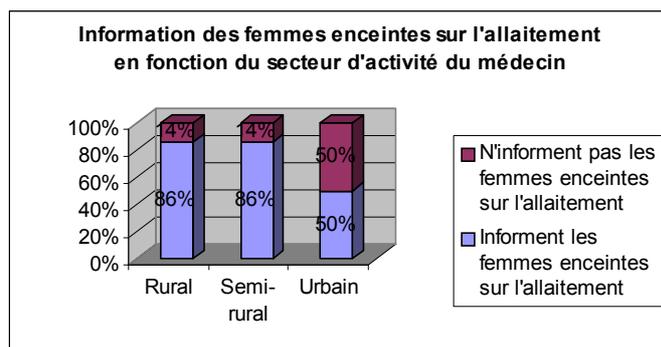
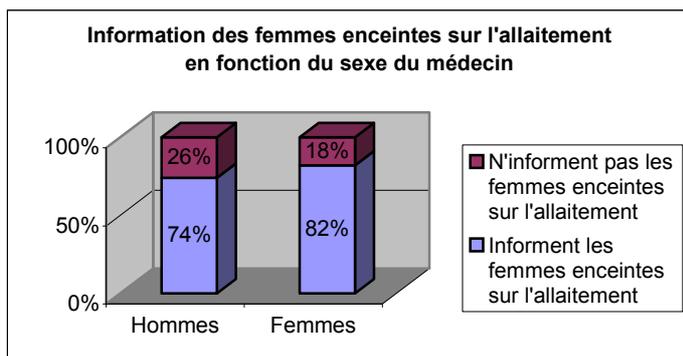
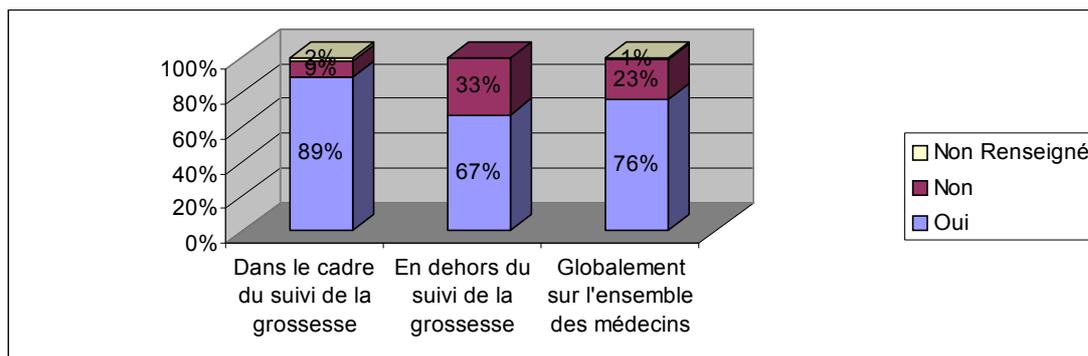
- « Suivez-vous les grossesses de certaines de vos patientes ? »

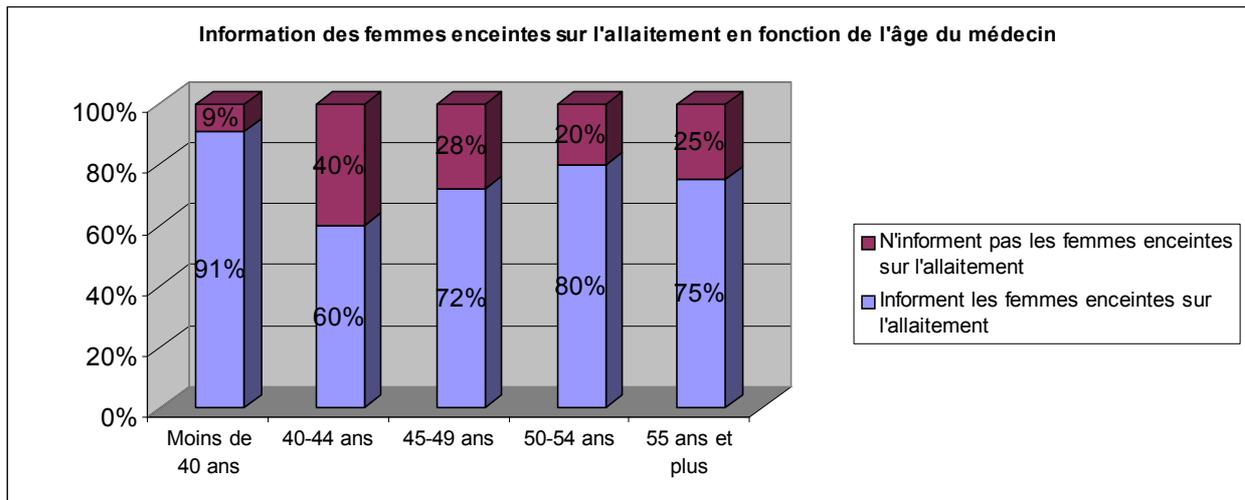




Globalement, la majorité des médecins généralistes interrogés ne suit pas les grossesses en pratique courante. En milieu rural, cependant, ils sont une majorité à affirmer le contraire. Les catégories où les grossesses sont le moins souvent suivies sont le milieu urbain et la classe des 40-44 ans.

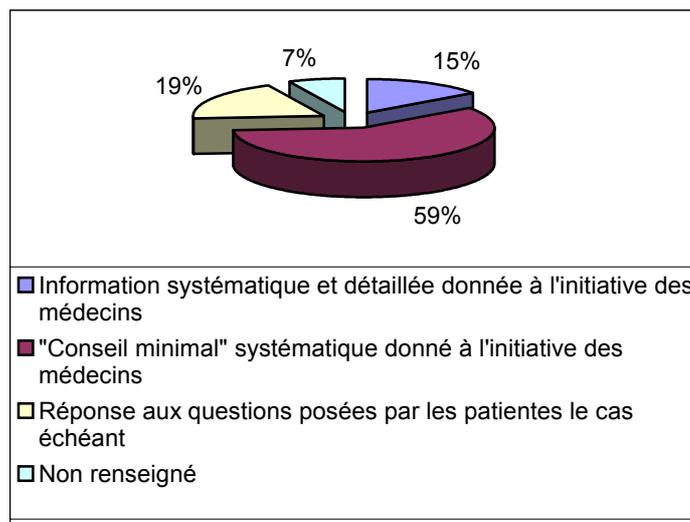
**- « Abordez-vous la question de l'allaitement avec les femmes enceintes ? »**



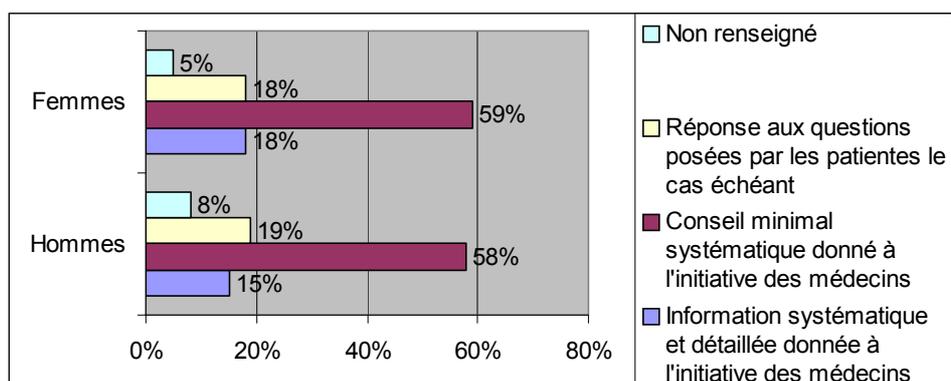


Les médecins interrogés sont une majorité à déclarer informer les femmes enceintes sur l'allaitement. Ceci est d'autant plus marqué chez les femmes, et chez les moins de 40 ans. C'est en milieu urbain et chez les 40-44 ans que la proportion, tout en restant majoritaire, est la plus faible.

**- Manière de procéder pour l'information des femmes enceintes sur l'allaitement :**

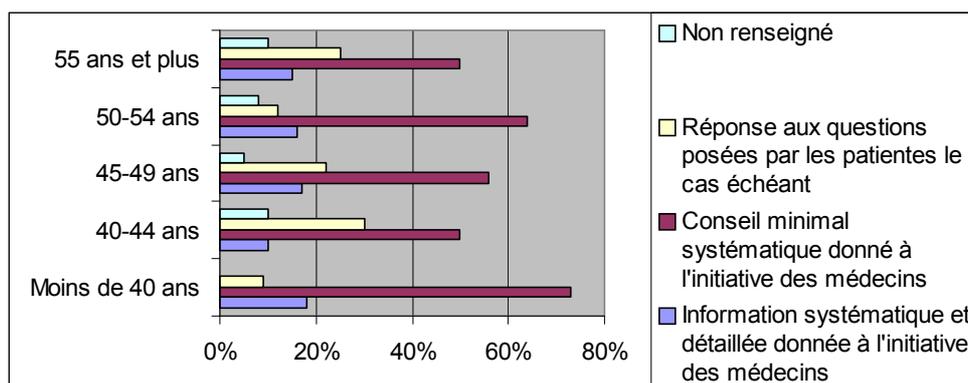


**Façon d'informer les femmes enceintes sur l'allaitement selon le sexe du médecin :**

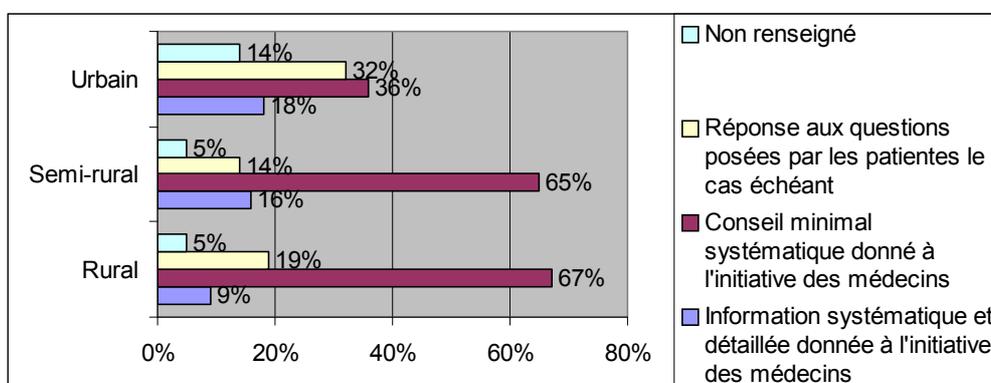


Façon d'informer les femmes enceintes sur l'allaitement selon l'âge du médecin :

	Information détaillée	Conseil minimal	Réponse aux questions	Non renseigné
Moins de 40 ans	18%	73%	9%	0%
40-44 ans	10%	50%	30%	10%
45-49 ans	17%	56%	22%	5%
50-54 ans	16%	64%	12%	8%
55 ans et plus	15%	50%	25%	10%



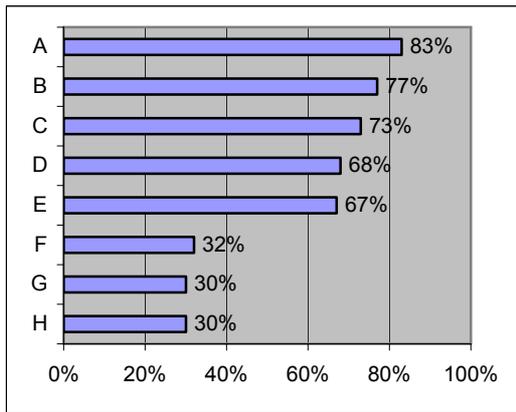
Façon d'informer les femmes enceintes sur l'allaitement selon le secteur d'activité du médecin :



L'attitude la plus répandue, et ce dans toutes les catégories, est de demander à la patiente si elle compte allaiter l'enfant à naître, et à se tenir à sa disposition si besoin le cas échéant.

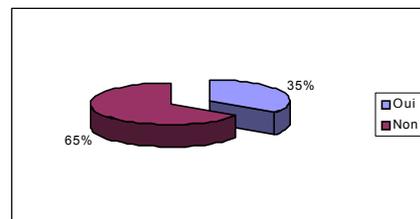
On peut noter que c'est en milieu urbain que la réponse aux seules questions posées par la future mère est le plus souvent proposée comme manière d'information.

**- Motifs de consultations concernant l'allaitement maternel en médecine générale :**

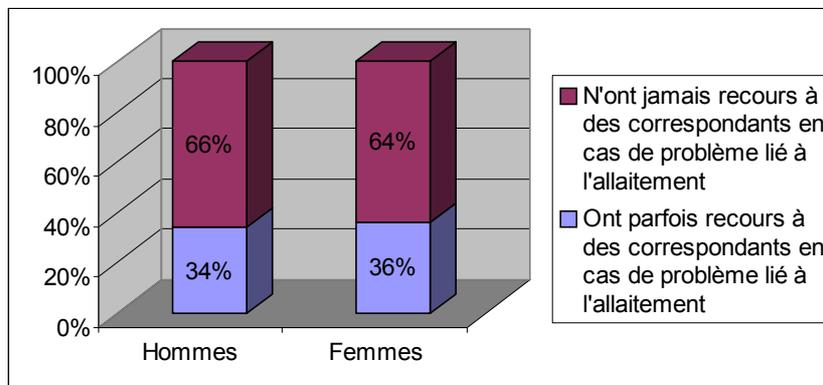


- A : Complications de l'allaitement
- B : Suivi de nourrissons allaités
- C : Pathologies intercurrentes chez des femmes qui allaitent
- D : Aide au sevrage
- E : Maladies ou petits soucis chez des nourrissons allaités
- F : Demande de conseils pour poursuivre l'allaitement à la reprise du travail
- G : Demande d'arrêt maladie pour prolonger l'allaitement avant de reprendre le travail
- H : Demande de certificat médical pour pouvoir bénéficier de la réduction du temps de travail accordée aux femmes qui allaitent à la reprise du travail

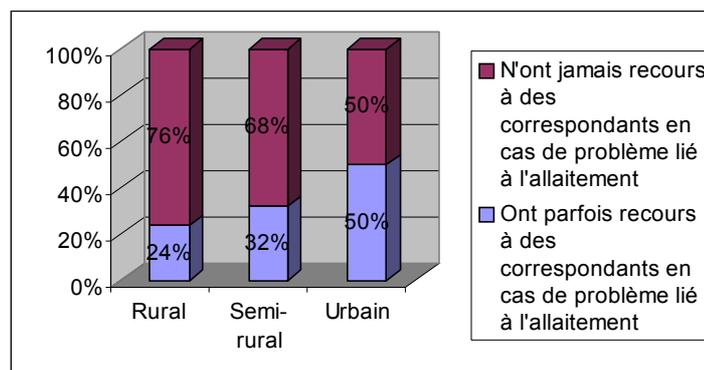
**- « Vous arrive-t-il de faire appel à des correspondants pour résoudre des problèmes liés à l'allaitement ? »**



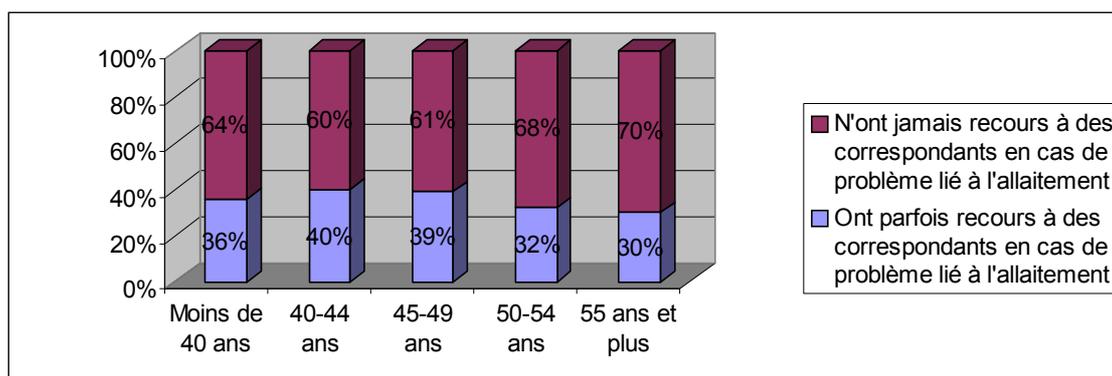
**Recours à un correspondant en fonction du sexe du médecin :**



**Recours à un correspondant en fonction du secteur d'exercice du médecin :**

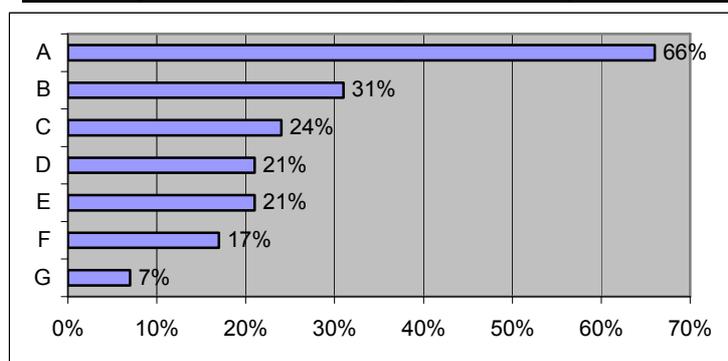


### Recours à un correspondant en fonction de l'âge du médecin :



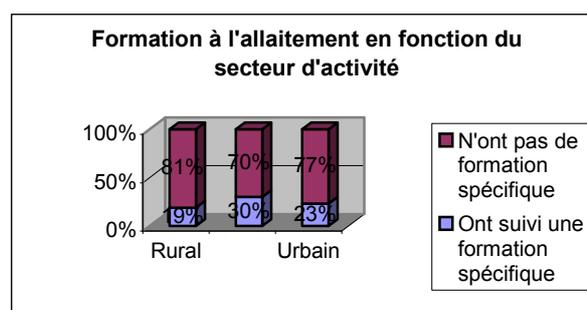
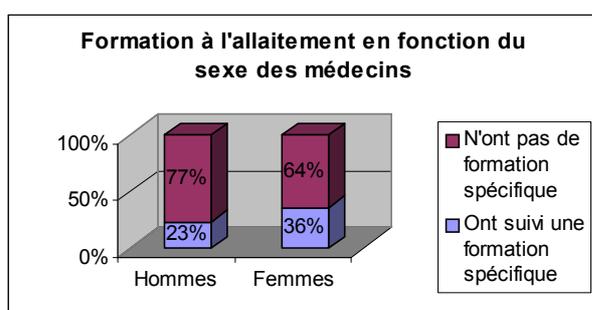
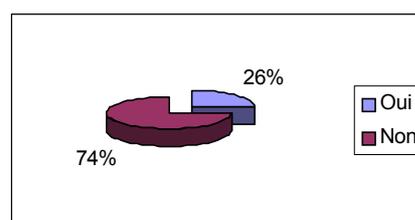
La majorité des médecins interrogés n'a pas tendance à adresser ses patientes à un correspondant spécifiquement formé à l'allaitement en cas de problème. Néanmoins, c'est en milieu urbain que cette proportion est la plus faible, les médecins concernés ayant plus tendance que les autres à avoir recours à un spécialiste.

### - Correspondants sollicités pour avis et prise en charge éventuelle :

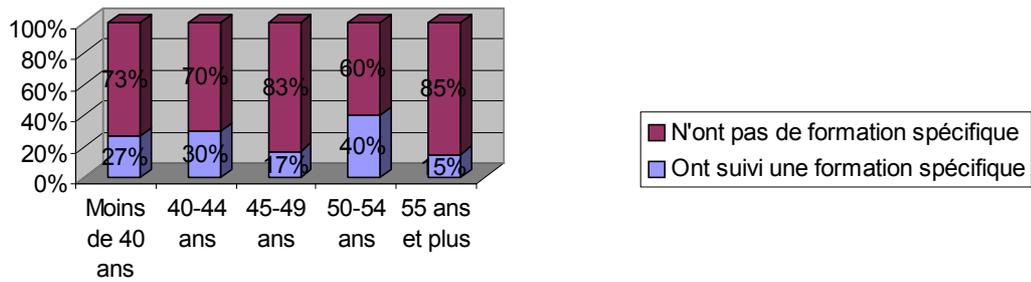


- A : Gynécologue
- B : Sage-femme libérale
- C : Association de soutien à l'allaitement
- D : Pédiatre
- E : Consultation nourrisson de la PMI
- F : Sage-femme de PMI
- G : Consultante en lactation

### - « Avez-vous bénéficié d'une formation spécifique concernant l'allaitement maternel ? »

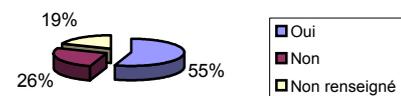


**Formation à l'allaitement en fonction de l'âge des médecins**

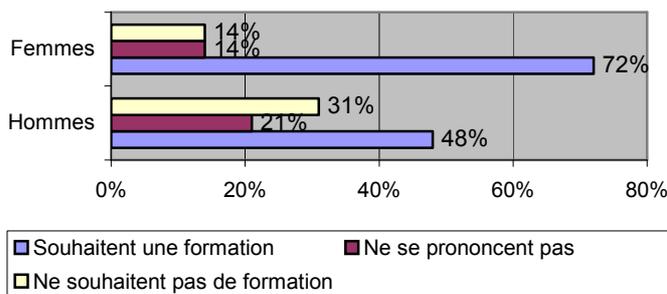


La majorité des médecins ne sont pas formés à l'accompagnement de l'allaitement maternel. Les catégories proportionnellement les plus formées sont celles de femmes et des 50-54 ans. Celles où la proportion de médecins formés à l'allaitement est la plus faible, sont le milieu rural, les plus de 55ans et les 45-49 ans.

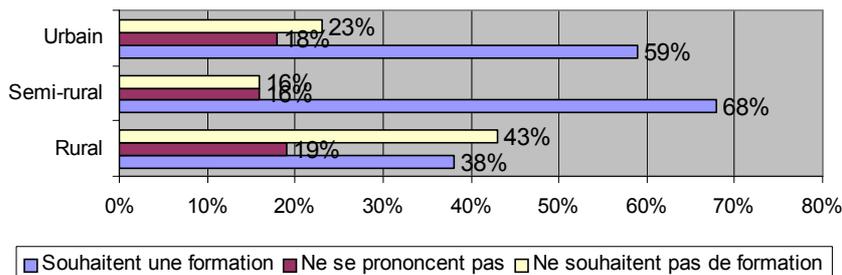
**- « Pensez-vous qu'une formation spécifique sur l'allaitement maternel vous serait utile dans votre pratique ? »**



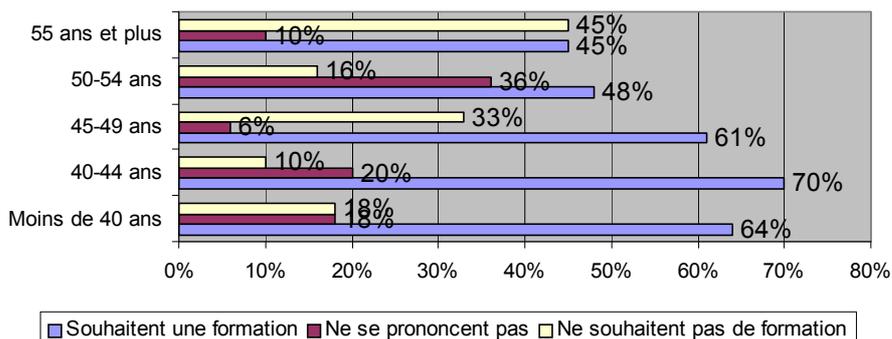
**Nécessité d'une formation selon le sexe du médecin**



**Nécessité d'une formation en fonction du secteur d'exercice du médecin**

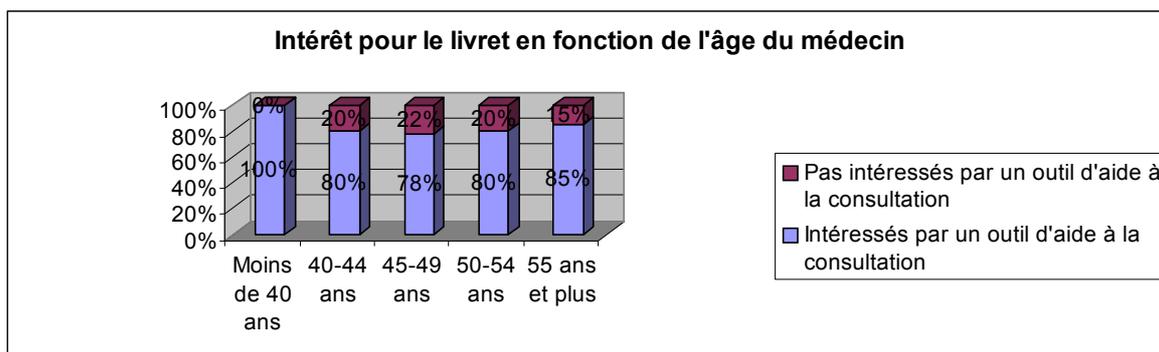
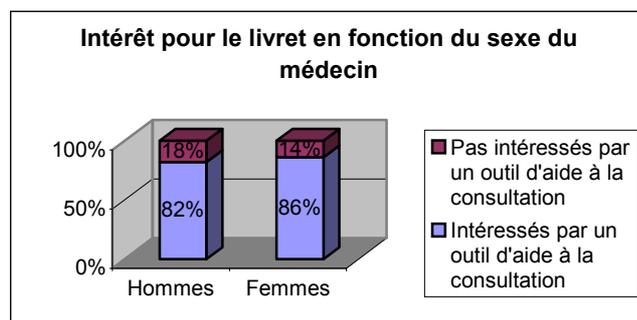
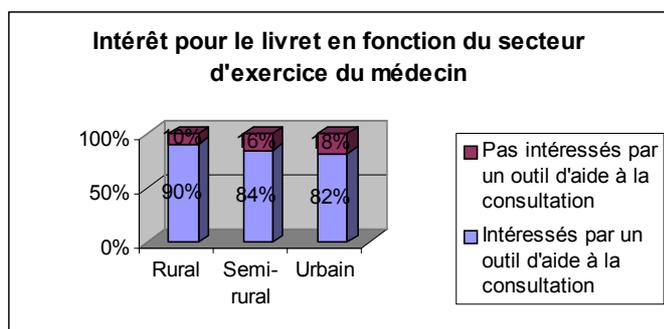
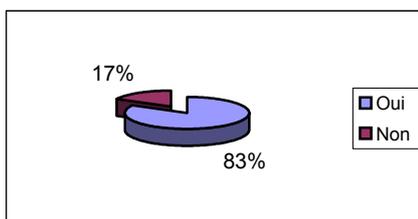


**Nécessité d'une formation selon l'âge du médecin**



Globalement, les médecins sont favorables au fait d'être formés sur l'allaitement, surtout parmi les femmes, en milieu semi-rural, et dans la catégorie des 40-44 ans. Les moins demandeurs en terme de formation sont le milieu rural et les plus de 55 ans.

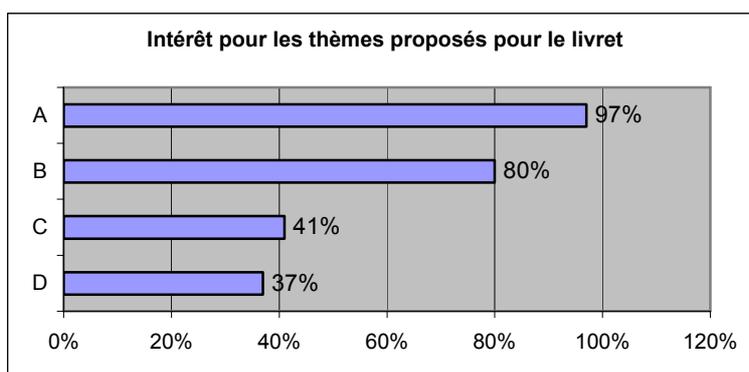
**- « Pensez-vous qu'un outil de consultation regroupant les questions qui se posent le plus fréquemment à propos de l'allaitement maternel pourrait vous être utile dans votre pratique quotidienne ? »**



La grande majorité des médecins accueille favorablement l'idée d'un outil d'aide à la consultation en présence d'un allaitement, et d'autant plus chez les moins de 40 ans et en milieu rural.

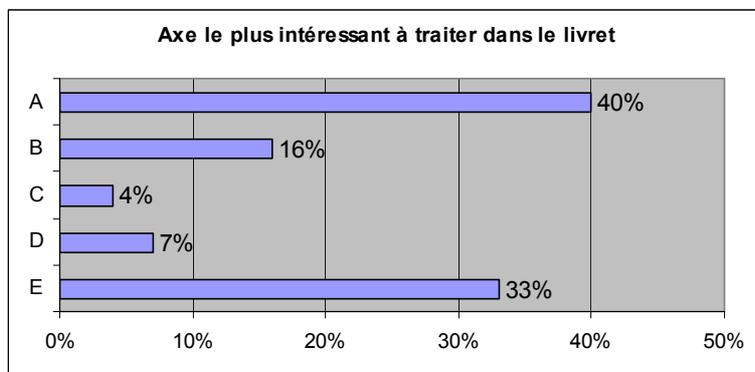
**Intérêt des médecins pour les différents thèmes à aborder dans le livret :**

- A** : Recommandations **pratiques** pour l'accompagnement de l'allaitement
- B** : Recommandations en situation **pathologique**
- C** : Coordonnées de **référénts** dans le cadre d'un travail en réseau
- D** : Données **scientifiques** concernant l'impact de l'allaitement sur la santé maternelle et infantile, bases de physiologie de la lactation humaine

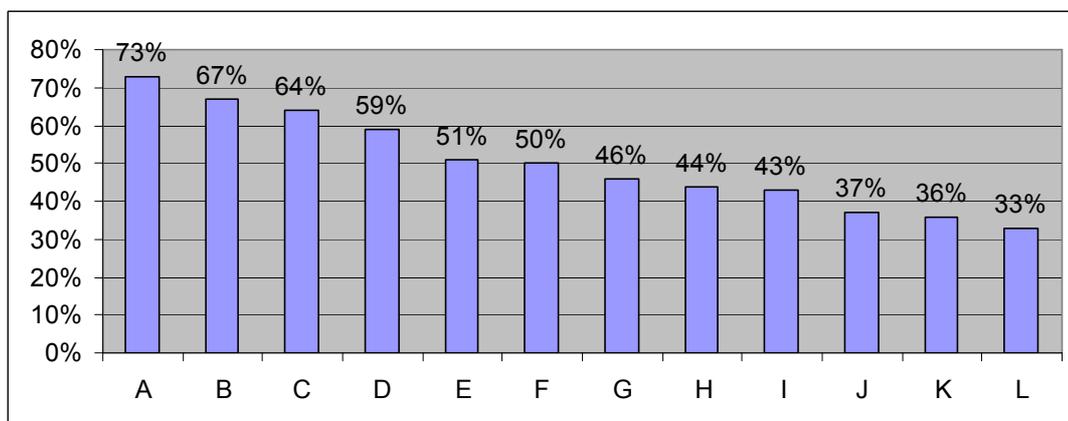


### Axe le plus intéressant pour les médecins :

- A** : Recommandations **pratiques** pour l'accompagnement de l'allaitement
- B** : Recommandations en situation **pathologique**
- C** : Coordonnées de **référénts** dans le cadre d'un travail en réseau
- D** : Données **scientifiques** concernant l'impact de l'allaitement sur la santé maternelle et infantile, bases de physiologie de la lactation humaine
- E** : Non renseigné

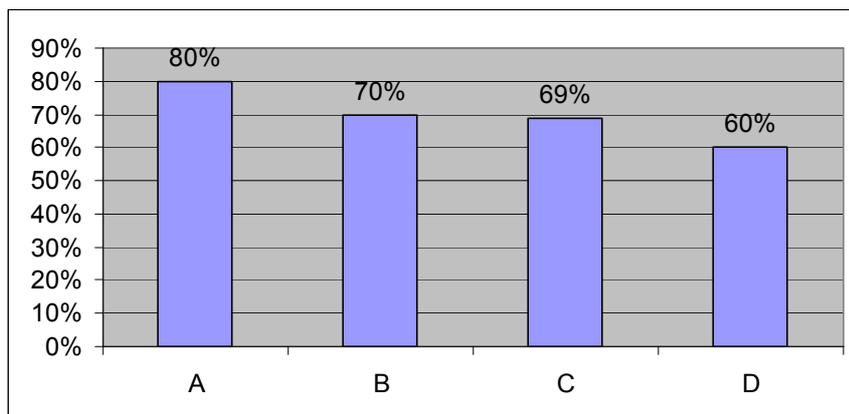


### Intérêt des médecins pour les différents items proposés dans la rubrique « questions pratiques »



- A** : Informations à donner aux patient(e)s sur les bénéfices de l'allaitement
- B** : Conseils pour la poursuite de l'allaitement à la reprise de travail
- C** : Notion d'allaitement à la demande
- D** : Critères d'évaluation d'un allaitement maternel
- E** : Diversification
- F** : Contraception
- G** : Gestion et signification possible des pleurs
- H** : Positions pour les tétées
- I** : Hygiène
- J** : Selles du bébé allaité
- K** : Nuits (tétées nocturnes, sommeil partagé, endormissement...)
- L** : Tabac

Intérêt des médecins pour les différents items de la rubrique  
« situations pathologiques » :



**A** : Conduite à tenir en cas de **pathologies de la mère** (*candidose des canaux lactifères, engorgements et complications de l'allaitement, douleurs, manque ou surproduction de lait, pathologie sans rapport avec l'allaitement...*)

**B** : conduite à tenir, poursuite ou non de l'allaitement en cas de **pathologies de l'enfant** (*allergie, régurgitations, ictère, muguet, GEA, bronchiolite...*)

**C** : aide à la prescription chez une femme allaitante (**usage des médicaments** de façon plus explicite que dans le Vidal)

**D** : conduite à tenir, nécessité ou non de prescrire des compléments, en cas de **mauvaise prise de poids** du bébé

Ces différentes notions nous aideront à adapter au mieux notre outil d'aide à la consultation aux attentes des médecins et à leur pratique quotidienne.

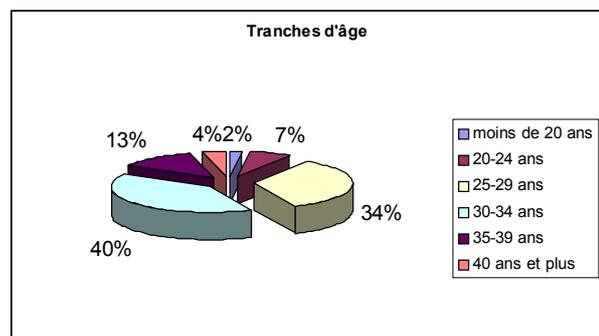
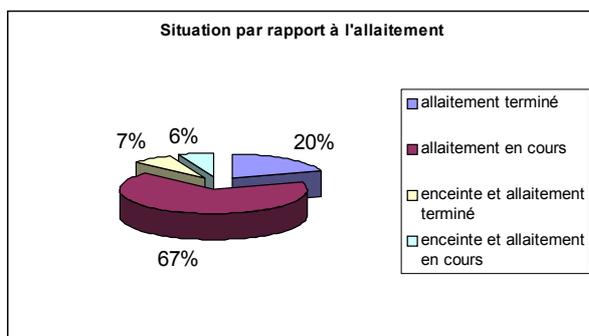
## 2. Enquête auprès des mères ayant une expérience d'allaitement

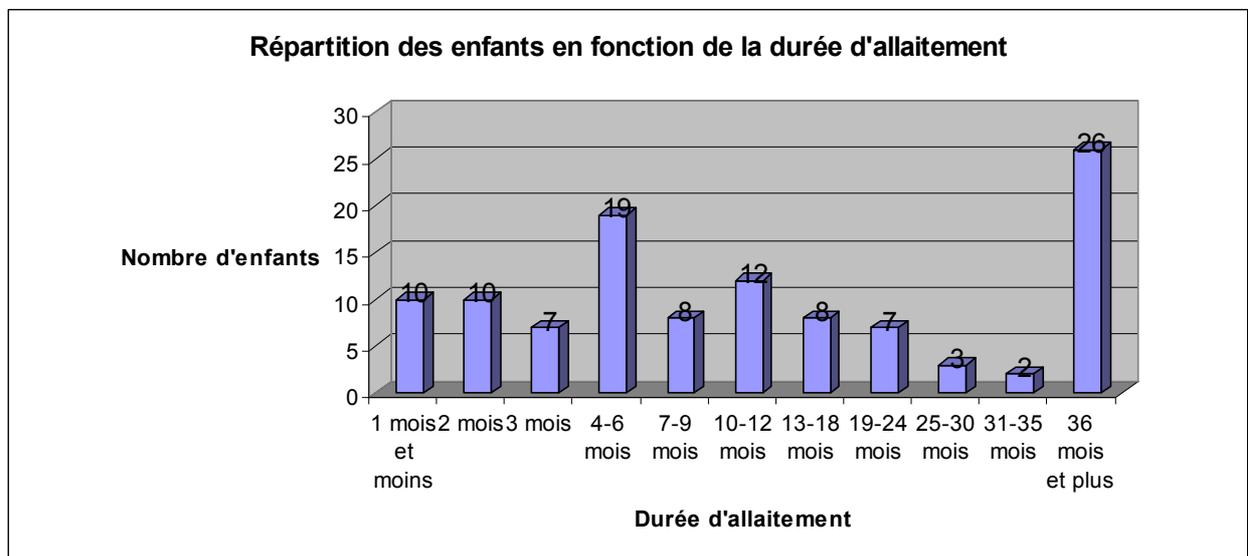
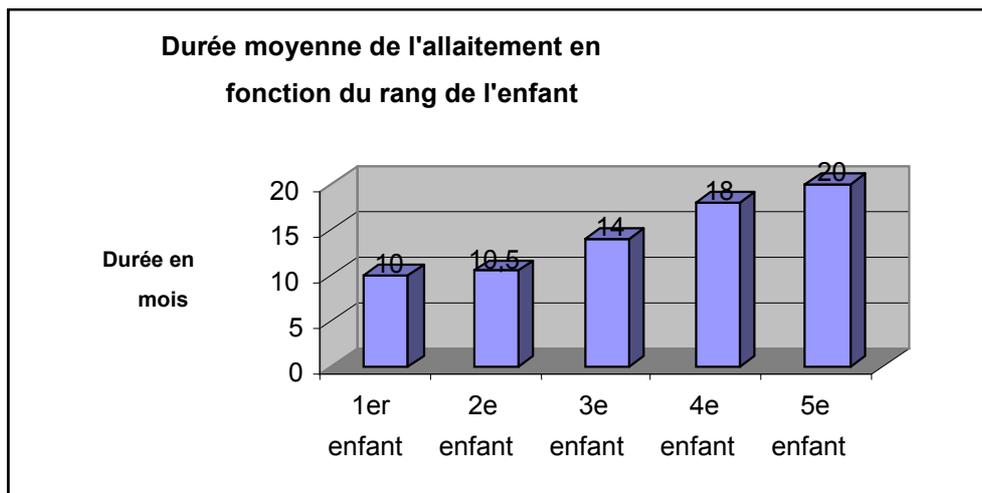
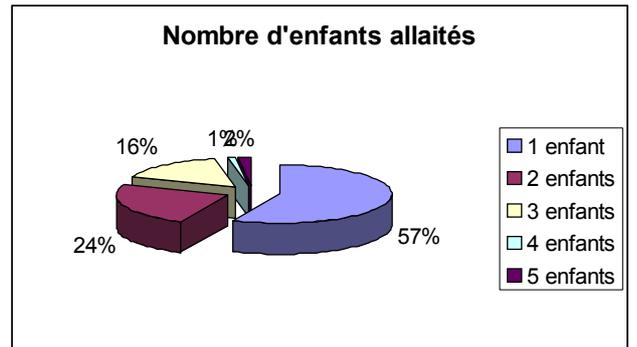
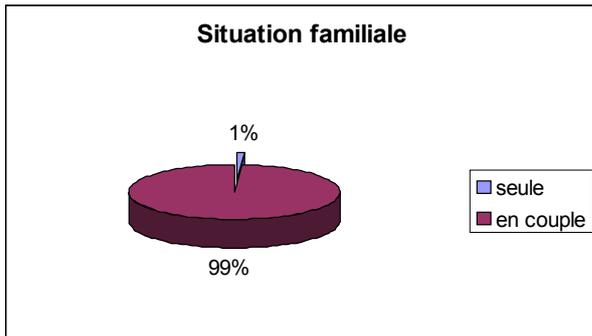
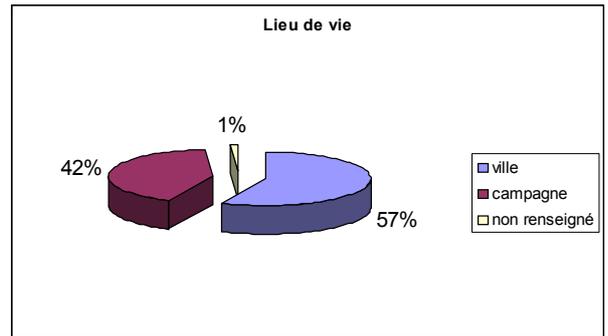
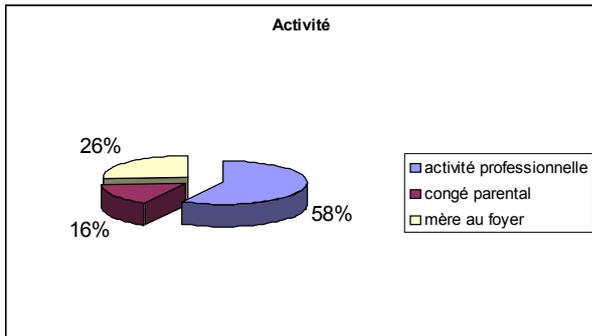
### Population étudiée :

### Répartition géographique :

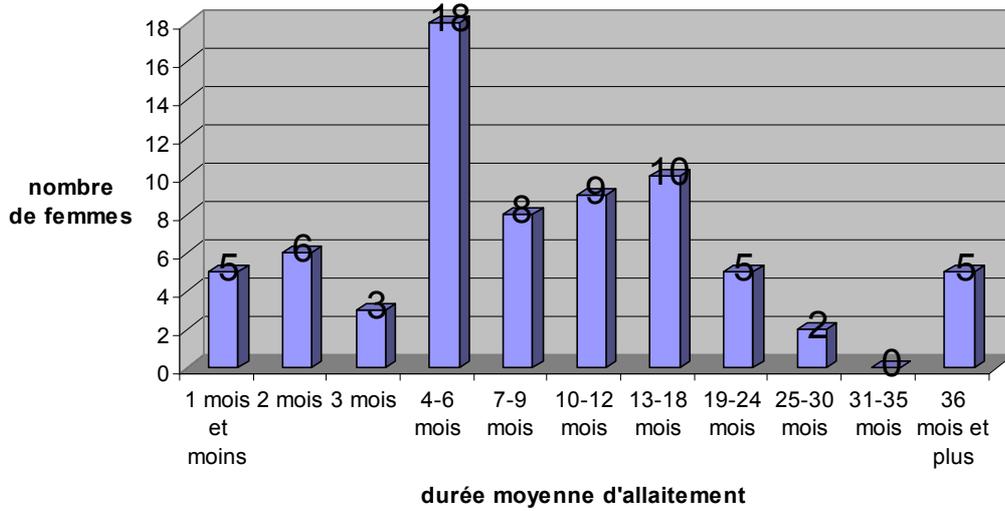
04. Alpes de Haute Provence : 2	37. Indre-et-Loire : 2	64. Pyrénées-Atlantiques : 1	77. Seine-et-Marne : 1
06. Alpes Maritimes : 5	38. Isère : 4	65. Hautes-Pyrénées : 3	78. Yvelines : 7
14. Calvados : 1	42. Loire : 2	67. Bas-Rhin : 4	80. Somme : 2
15. Cantal : 1	44. Loire Atlantique : 2	68. Haut-Rhin : 2	83. Var : 11
16. Charente : 1	45. Loiret : 2	69. Rhône : 3	91. Essone : 3
28. Eure –et-Loire : 1	50. Manche : 1	70. Haute-Saône : 2	92. Hauts-de-Seine : 5
29. Finistère : 1	52. Haute Marnes : 1	71. Saône-et-Loire : 1	93. Seine-St-Denis : 3
31. Haute-Garonne : 1	54. Meurthe-et-Moselle : 3	73. Savoie : 2	94. Val-de-Marne : 1
33. Gironde : 2	57. Moselle : 12	74. Haute-Savoie : 6	95. Val-d'Oise : 1
34. Hérault : 1	59. Nord : 6	75. Paris : 9	
35. Ille-et-Vilaine : 2	60. Oise : 2	76. Seine-Maritime : 1	

- 1 à 3 questionnaires
- 4 à 6 questionnaires
- 7 à 9 questionnaires
- 10 questionnaires et plus

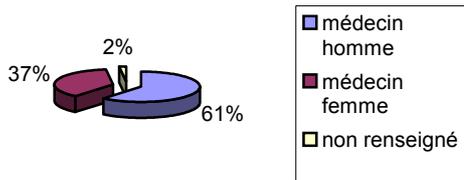




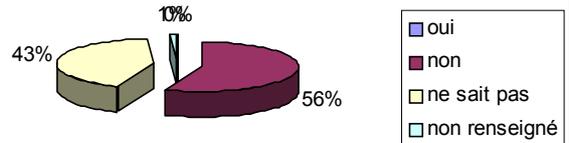
**Répartition des femmes en fonction de leur durée moyenne d'allaitement**



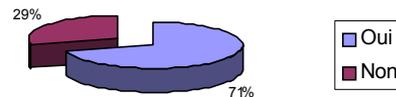
**Répartition des femmes en fonction du sexe du médecin**



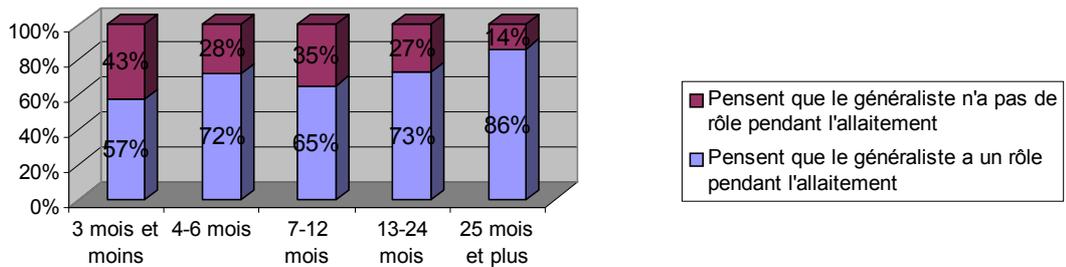
**"Votre médecin a-t-il une qualification particulière pour l'allaitement?"**

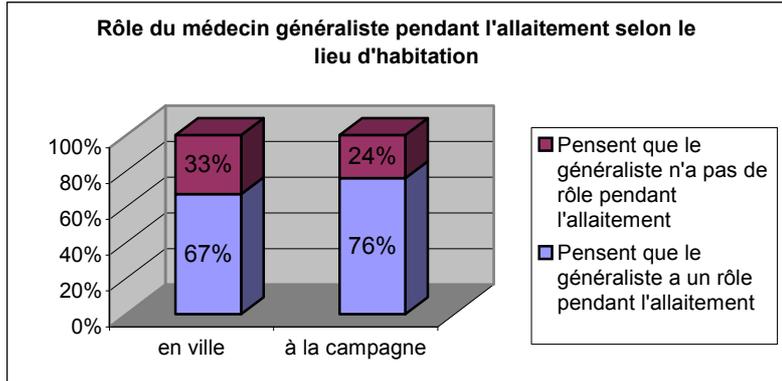
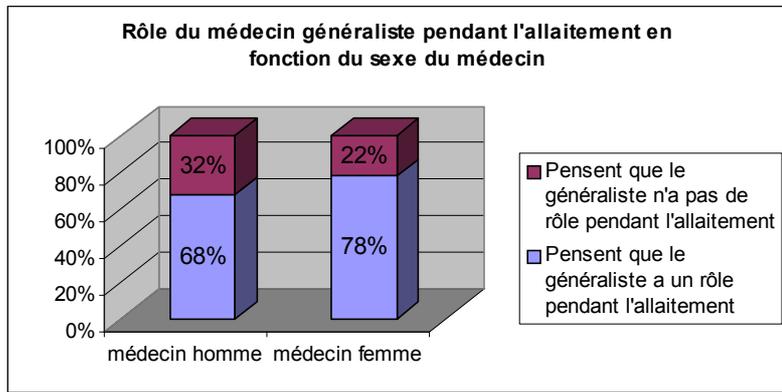
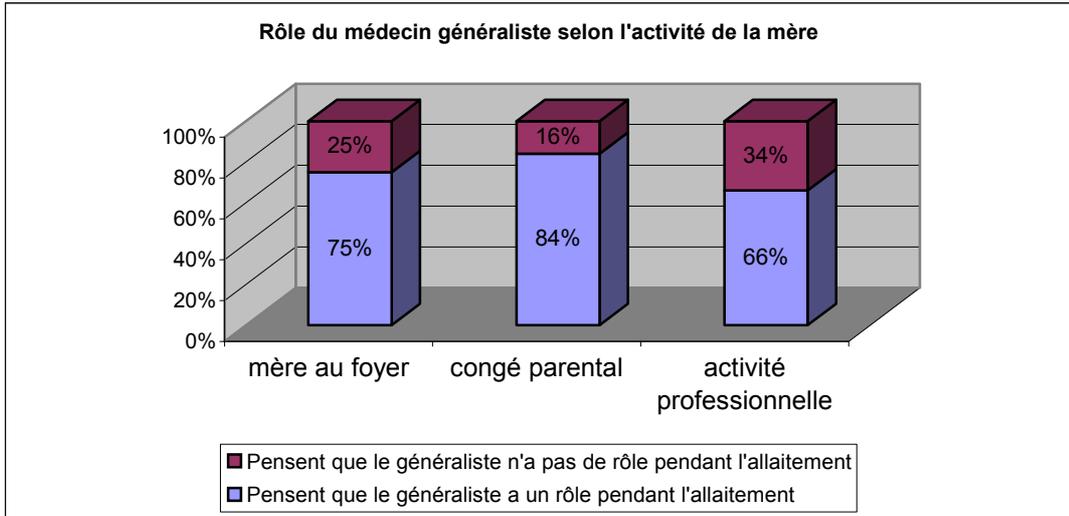
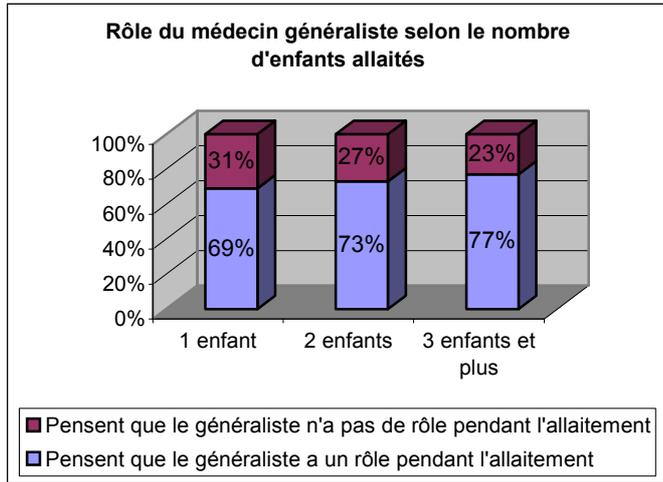


**« Pensez-vous que les médecins généralistes jouent un rôle au cours de l'allaitement de leurs patientes ? »**



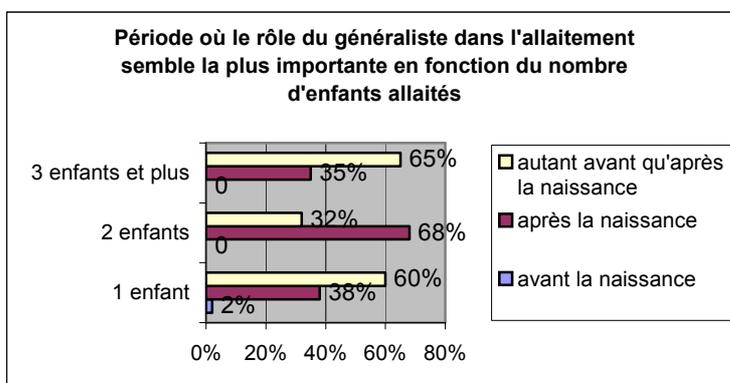
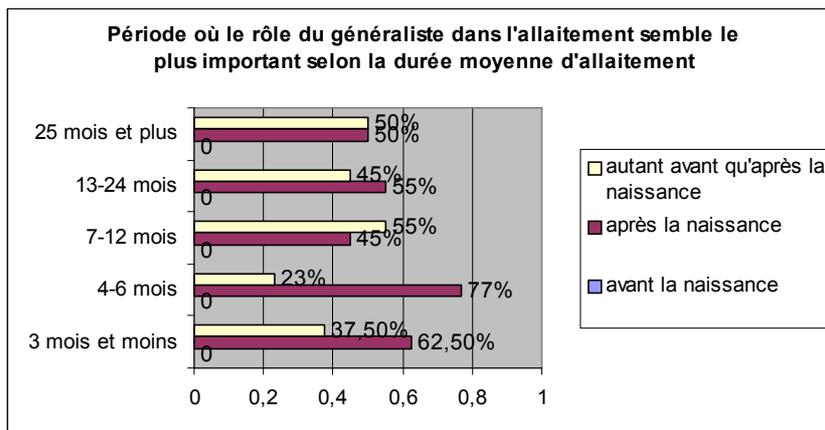
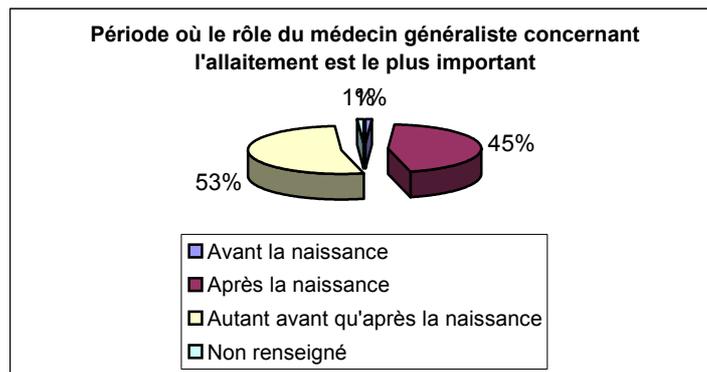
**Rôle du médecin généraliste pendant l'allaitement en fonction de la durée moyenne d'allaitement**

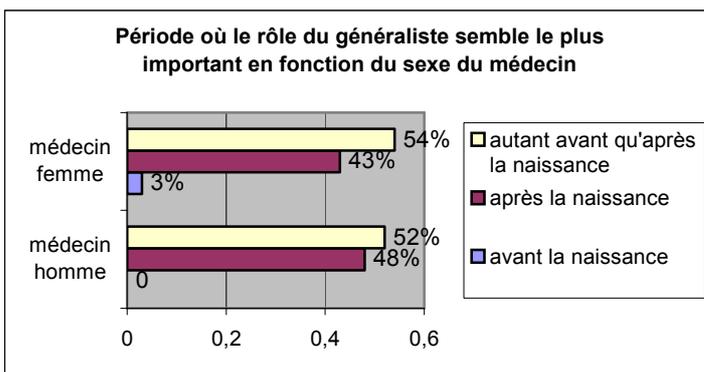
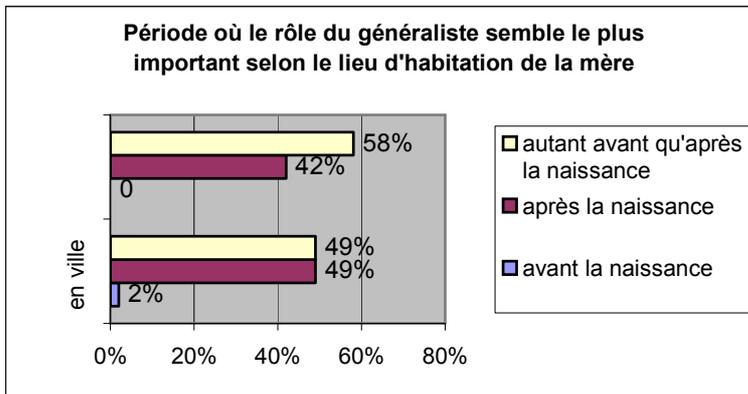
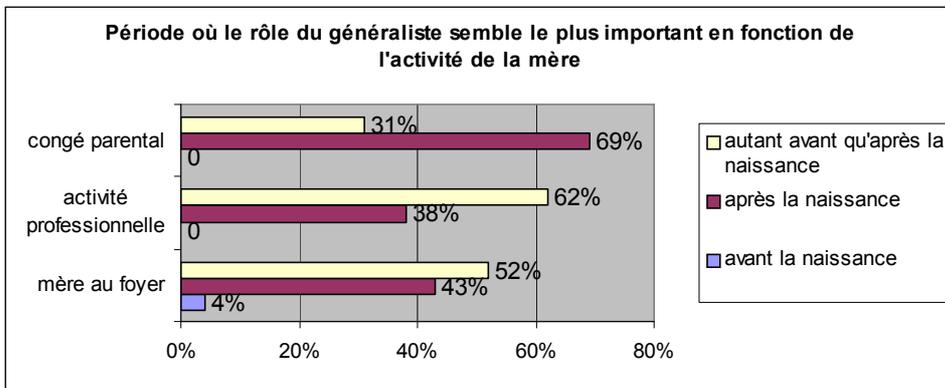




La majorité des femmes interrogées pense que le médecin généraliste a un rôle au cours de leur allaitement, et ce d'autant plus qu'elles ont plus d'enfants, qu'elles sont en congé parental et qu'elles ont allaité plus longtemps. Elles sont également plus nombreuses à penser que le généraliste a un rôle lorsque leur médecin est une femme, et parmi celles qui vivent à la campagne.

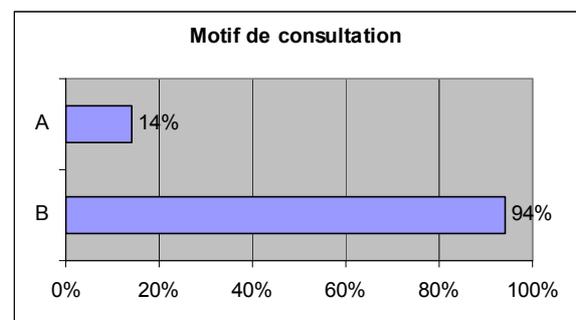
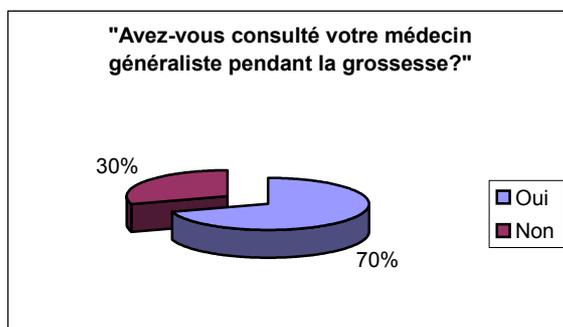
**« Si vous estimez que le médecin généraliste a un rôle au cours de l'allaitement, à quelle période estimez-vous qu'il est le plus important ? »**





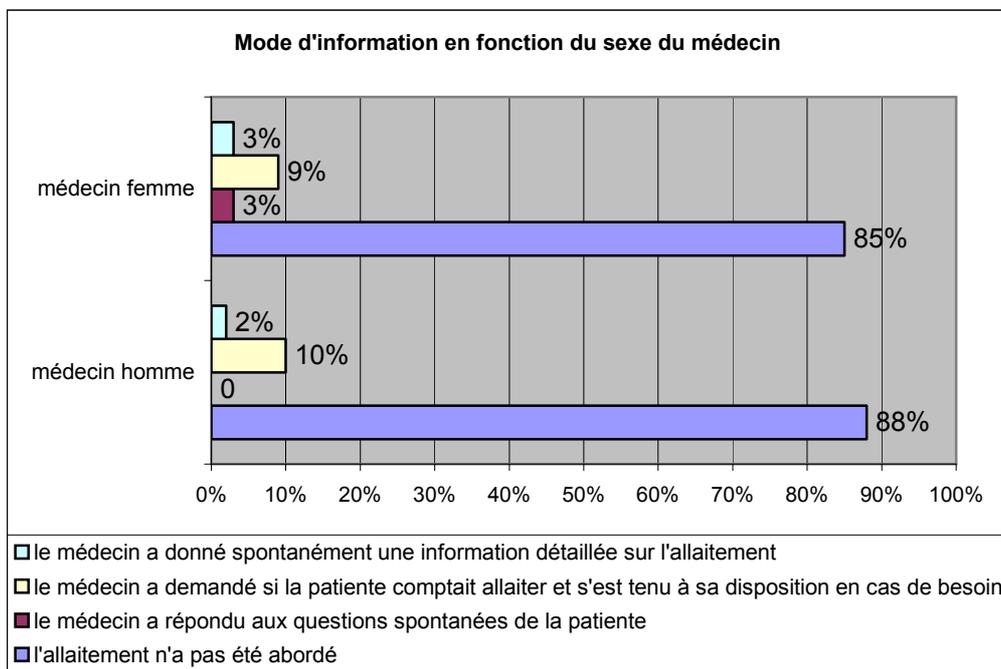
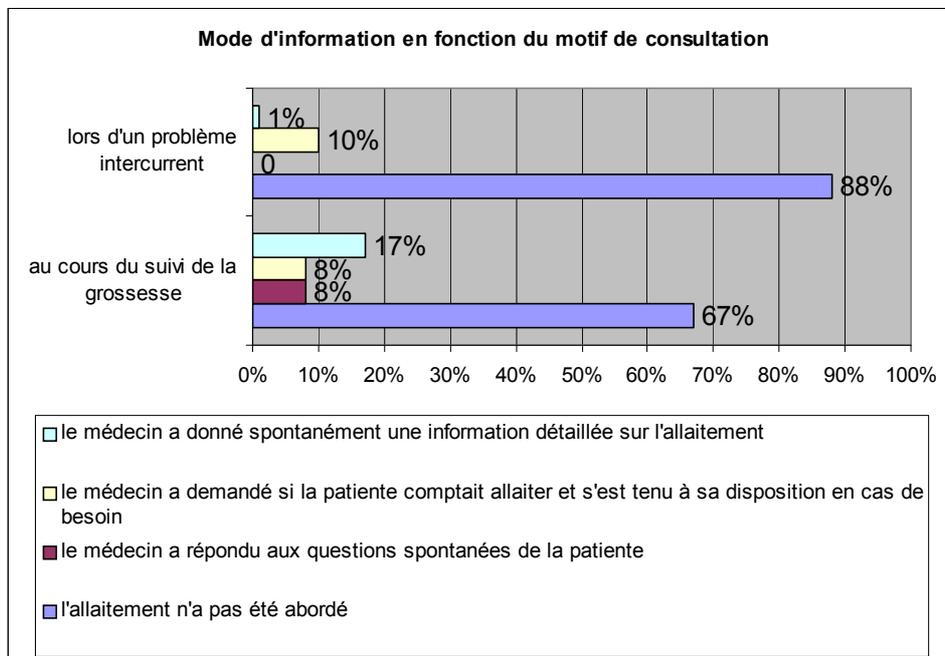
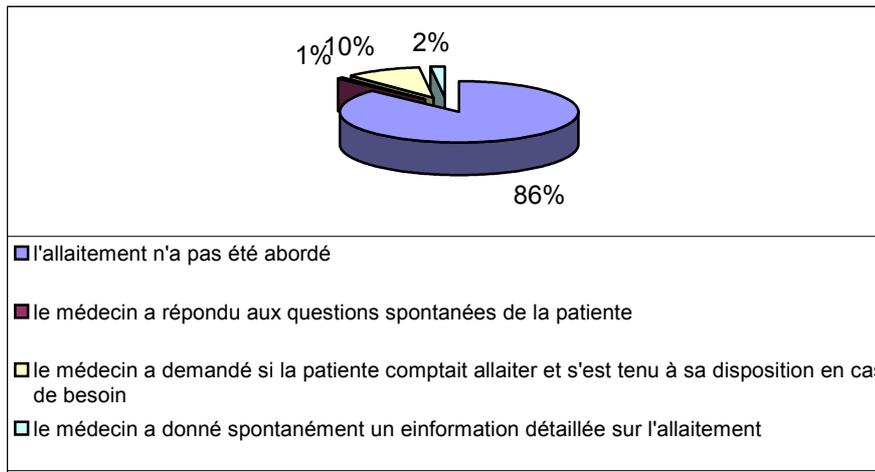
Le rôle du généraliste dans l'allaitement est perçu comme aussi important avant qu'après la naissance par la majorité des mères. Cette proportion n'est pas retrouvée chez les femmes qui ont allaité 6 mois et moins, chez celles qui ont allaité deux enfants, ainsi que chez celles qui sont en congé parental : elles estiment en majorité que ce rôle est plus important après la naissance, au moment même de l'allaitement.

### Médecin généraliste et allaitement : rôle pendant la grossesse



A : Suivi de la grossesse  
B : Problème intercurrent

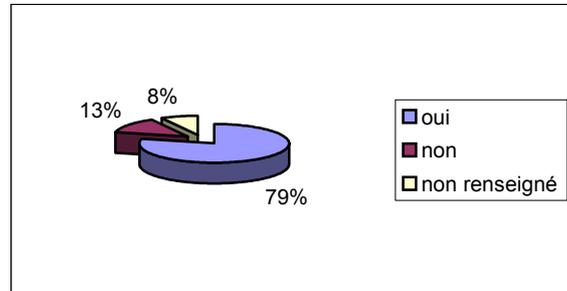
« La question de l'allaitement a-t-elle été abordée pendant la grossesse ? »



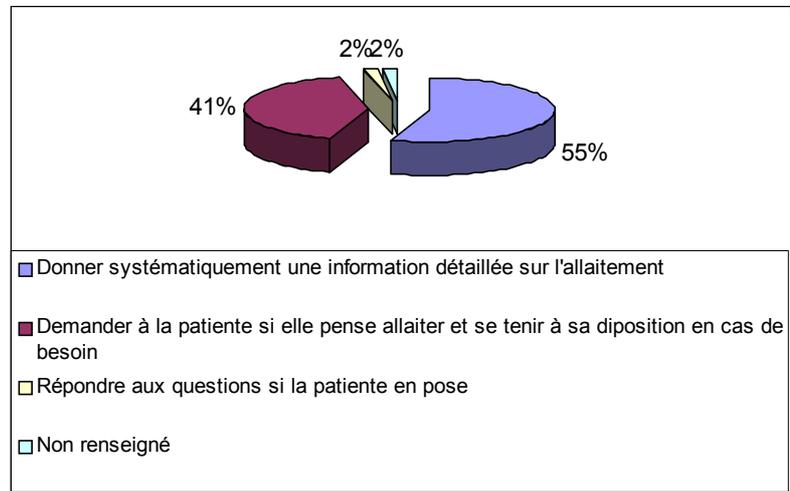
L'immense majorité des femmes interrogées déclare ne pas avoir été informée sur l'allaitement lorsqu'elle a consulté son médecin au cours de sa grossesse.

C'est au cours de consultations pour le suivi de la grossesse que l'information a le plus souvent été systématique et détaillée. On ne remarque pas de différence notable en fonction du sexe du médecin.

« Est-ce le rôle du médecin généraliste d'aborder l'allaitement, au cours de la grossesse ? »

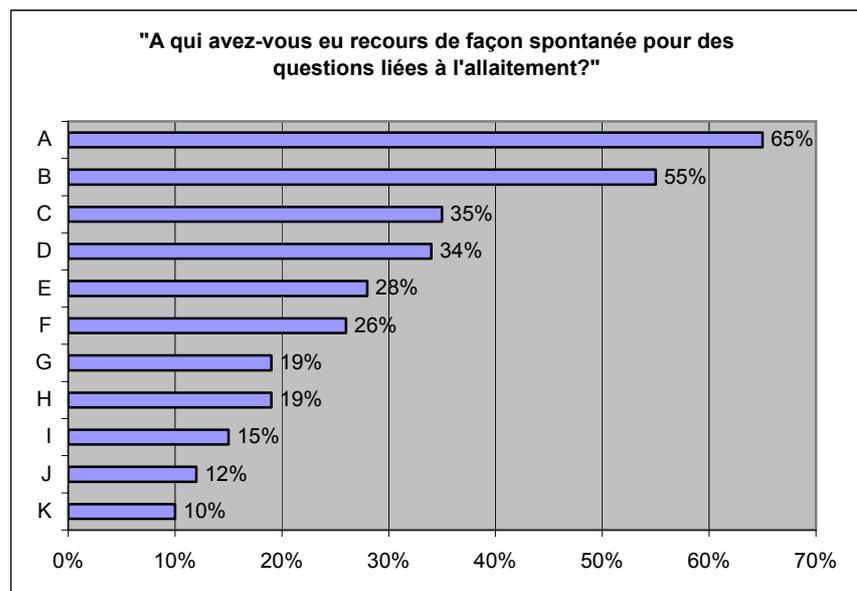


« Si oui, quelle vous semble la meilleure manière de faire ? »

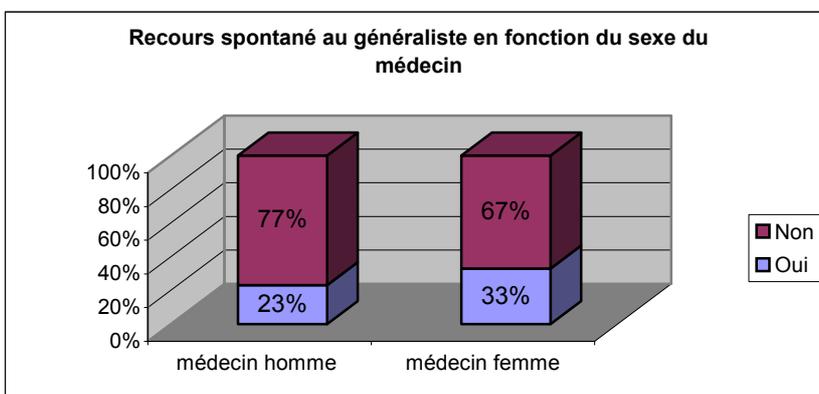
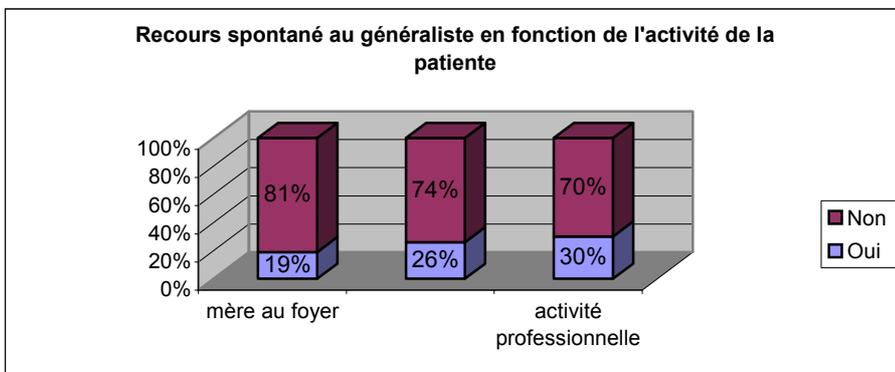
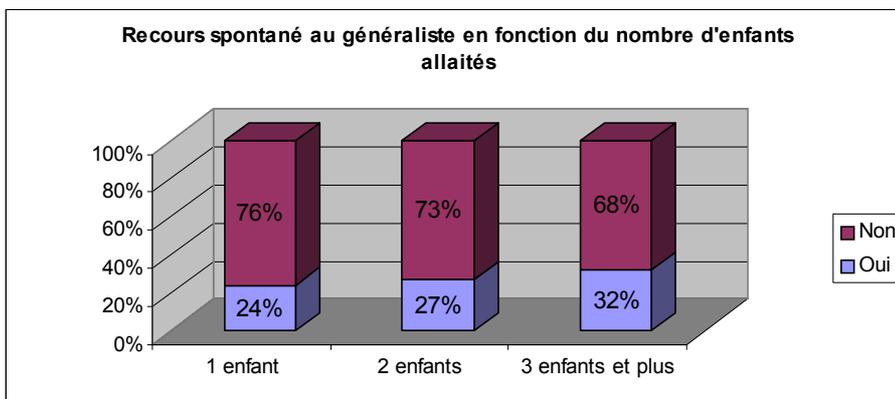
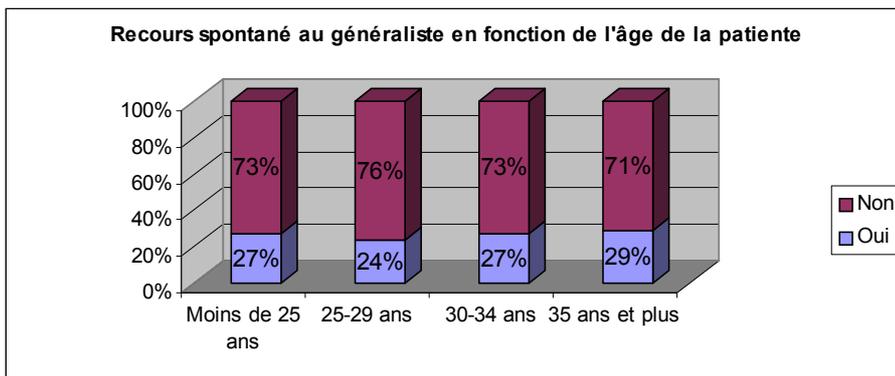


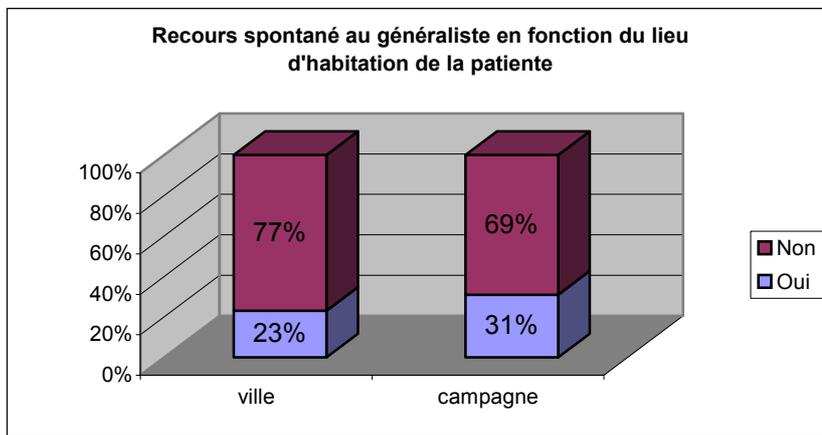
### Le médecin généraliste, sa patiente, et l'allaitement : en pratique...

- A : Internet
- B : Association de soutien à l'allaitement
- C : Famille, proches
- D : Pédiatre
- E : Sage-femme libérale
- F : Généraliste
- G : Consultante en lactation
- H : Consultation nourrisson de la PMI
- I : Gynécologue
- J : Autre
- K : Sage-femme de PMI



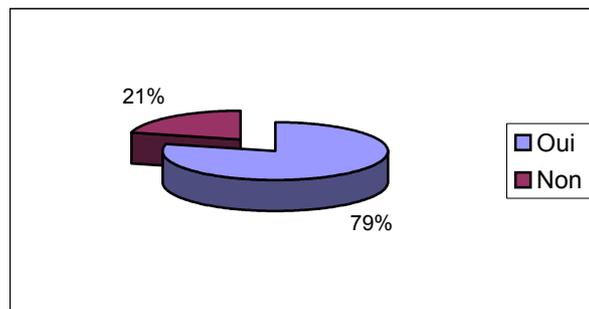
Pour qui le médecin généraliste est-il un référent en terme d'allaitement ?



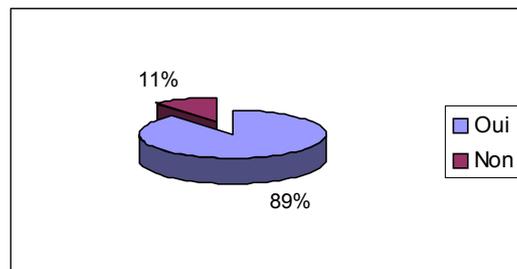


Cette analyse ne permet pas de dégager de « profil-type » pour les patientes qui auront tendance à s'adresser spontanément à leur médecin pour une question d'allaitement. On peut néanmoins remarquer que plus elles ont d'enfants, plus elles auront facilement recours à lui. De même pour les femmes vivant à la campagne, ayant un médecin femme ou une activité professionnelle, mais les écarts sont peu marqués.

« Avez-vous reçu des informations contradictoires concernant l'allaitement ? »

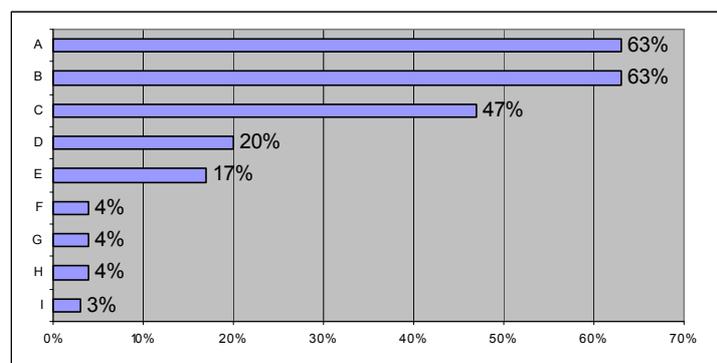


« Avez-vous consulté votre médecin généraliste au cours de votre allaitement ? »



Motifs de consultation du médecin généraliste pendant l'allaitement :

- A** : Pathologie intercurrente
- B** : Suivi du bébé
- C** : Maladie ou petit soucis du bébé
- D** : Complication de l'allaitement
- E** : Demande d'arrêt maladie pour prolonger l'allaitement avant la reprise du travail
- F** : Demande de certificat médical pour bénéficier de « l'heure d'allaitement »
- G** : Demande d'aide au sevrage
- H** : Demande d'ordonnance un tire-lait
- I** : Demande de conseils pour la reprise du travail



Vécu des patientes pendant la consultation :

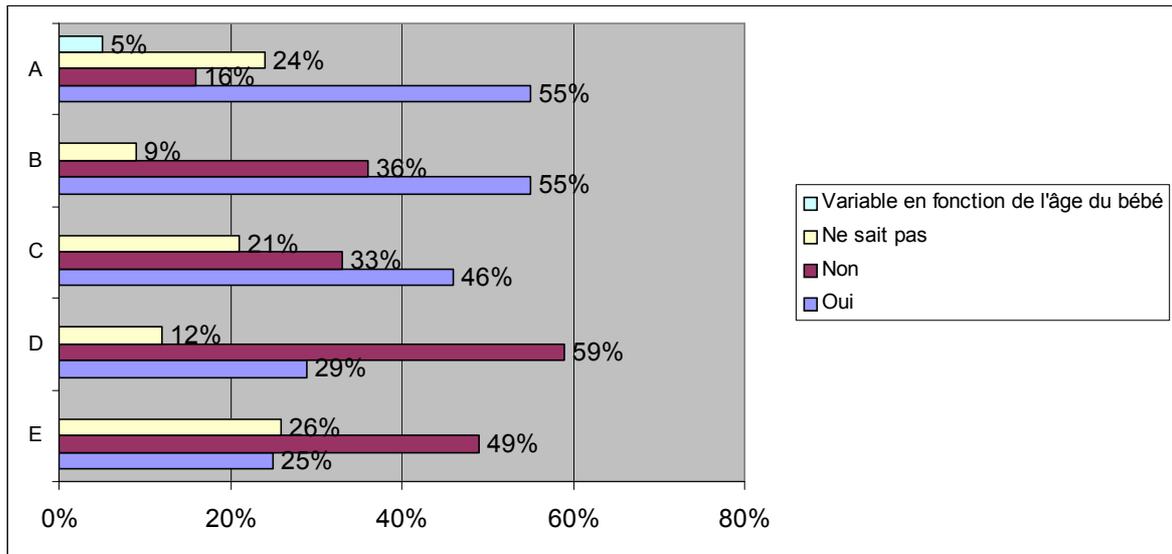
**A :** « Votre médecin vous a-t-il semblé favorable à l'allaitement maternel ? »

**B :** « Avez-vous eu la possibilité de vous exprimer de façon satisfaisante (à propos de l'allaitement) ? »

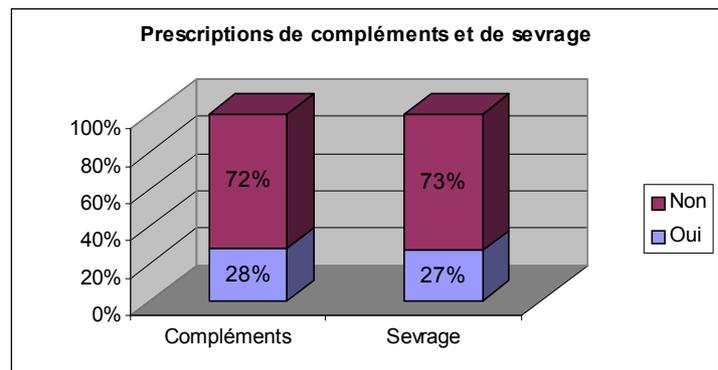
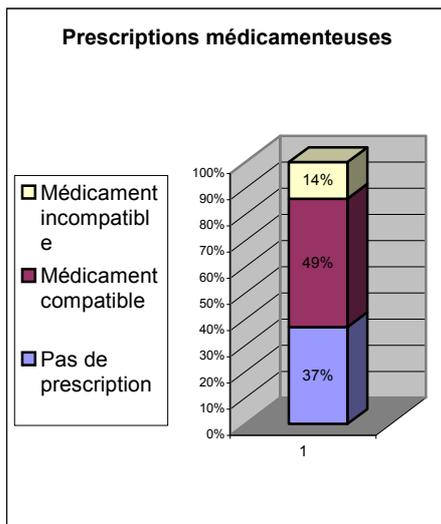
**C :** « Votre projet d'allaitement a-t-il été respecté ? »

**D :** « Avez-vous reçu toutes les informations que vous souhaitiez ? »

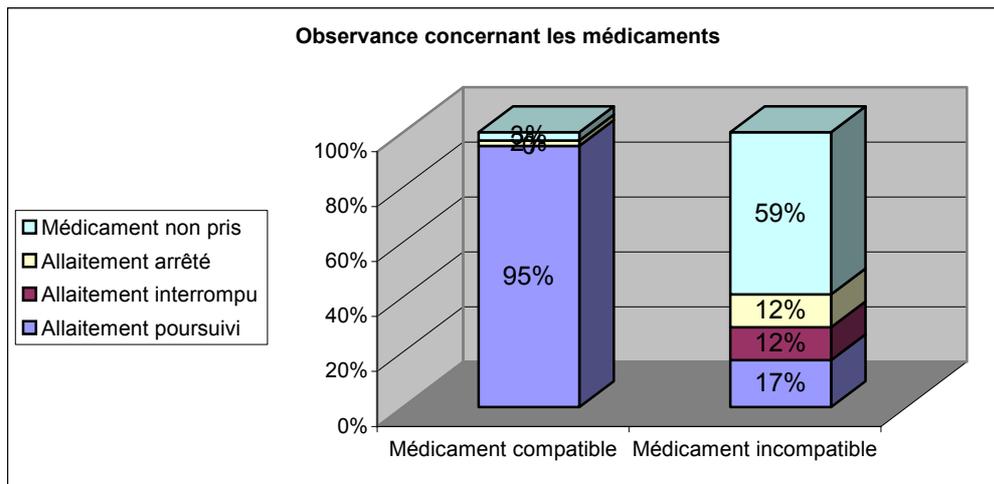
**E :** « Les informations reçues vous ont-elles semblé fiables ? »



Prescriptions médicales :

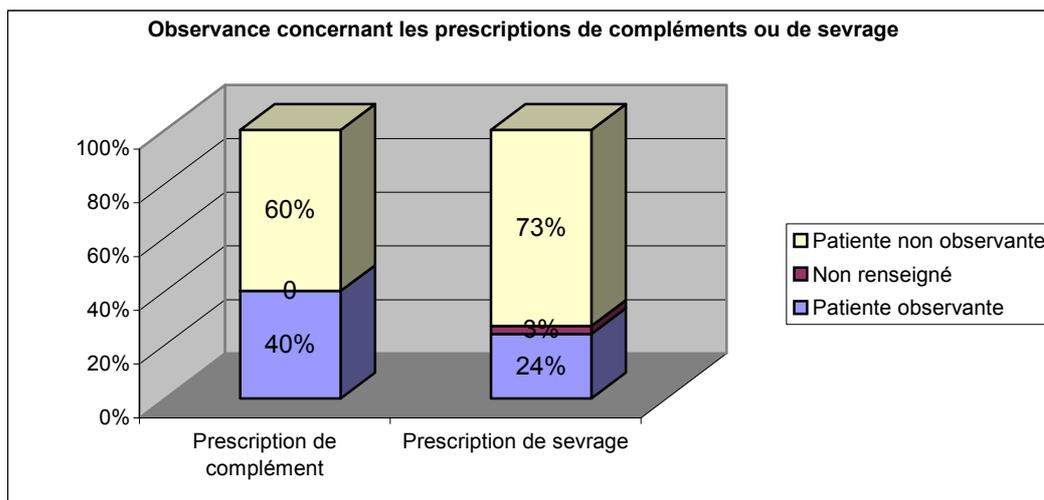


Observance des patientes vis-à-vis de ces prescriptions :



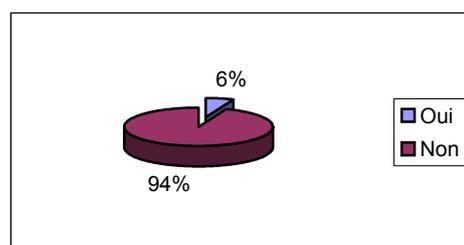
*(Pour les mentions « allaitement arrêté / interrompu / poursuivi », le médicament a été pris)*

Médicament compatible : - non pris : 3%  
- allaitement arrêté : 2%

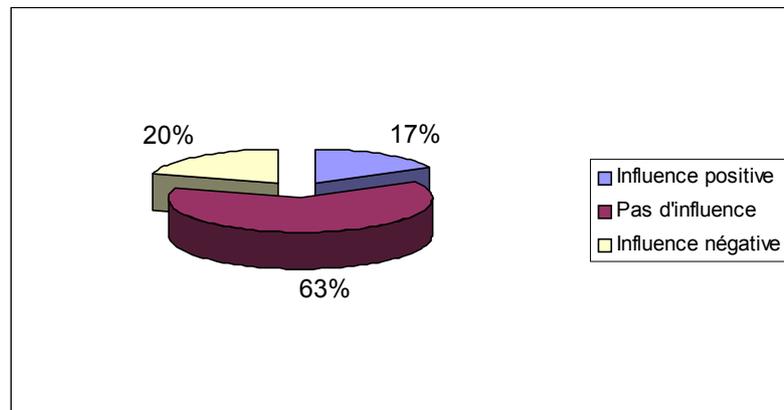


On peut constater que plus les prescriptions risquent de compromettre l'allaitement, moins la patiente est observante. Concernant les médicaments, l'observance sera bien meilleure si le médicament est compatible.

« Avez-vous été orientée par votre médecin vers un correspondant plus qualifié pour résoudre le problème ? »



« Globalement, quelle a été l'influence de votre médecin généraliste sur le déroulement de votre allaitement ? »



Ces données descriptives seront commentées au chapitre discussion, et mises en parallèle avec les résultats de l'enquête auprès des médecins.

De même les commentaires libres fournis dans les deux enquêtes sont détaillés en partie discussion.

## IV. DISCUSSION

### 1. Comment ma démarche a-t-elle été accueillie ?

Lors de mes interventions pendant les soirées de FMC, l'accueil que j'ai reçu a été plus ou moins chaleureux. Les organisateurs des soirées m'ont globalement très bien accueillie, sauf dans une section où, ma venue n'ayant pas été annoncée, je n'ai pas pu présenter mon travail à l'assemblée. L'attitude des participants a été très variable, allant de l'intérêt manifeste, avec encouragements pour mon travail et la promotion de l'allaitement en général, à la franche impolitesse avec remarques misogynes à l'appui et travail tourné en dérision.

Quelques médecins, exerçant plutôt en milieu urbain, ont tenu à exprimer qu'ils s'étaient vus progressivement dépossédés des activités pédiatriques et gynécologiques au profit des spécialistes. L'un d'eux a évoqué que la maternité dont il dépend contribue à cet état de fait en demandant aux jeunes parents quel *pédiatre* va suivre le nourrisson...

Dans l'ensemble, la réaction la plus fréquente a toutefois été « *J'aimerais beaucoup vous aider, mais des femmes qui allaitent, on en voit très peu, il y en a de moins en moins...* ».

Ces rencontres ont parfois été pour moi source de conversations instructives :

Ainsi, une femme médecin m'a demandé ce qu'est la MAMA ; je lui donnais la signification du sigle (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée), et elle m'a répondu un peu sèchement : « *C'est ce que je pensais, et bien je peux vous dire que ce n'est pas à recommander : ma sœur et moi avons 15 mois de différence et pourtant ma mère allaitait...* »

Visiblement, elle ne connaissait pas les conditions pour que la MAMA soit efficace ; grâce à la sécrétion de prolactine, l'ovulation est bloquée chez la mère qui allaite, mais l'allaitement doit impérativement répondre à 4 conditions (rappelées par l'ANAES dans ses RCP [21]) :

- allaitement exclusif (pas de compléments, pas d'eau, pas de tétine),
- absence de retour de couches (pas de saignements vaginaux après le 56<sup>e</sup> jour de post-partum),
- tétées nocturnes (pas plus de 4-6 heures entre 2 tétées),
- bébé de moins de 6 mois.

Si ces conditions sont respectées, on considère que le risque de grossesse est inférieur à 2%, ce qui est équivalent aux méthodes de contraception courantes. Par contre, si un des 4 paramètres n'est pas ou plus respecté, un autre moyen de contraception doit être employé pour éviter la survenue d'une grossesse non désirée...

Une autre consœur me disait qu'elle ne forçait jamais une femme à allaiter, et qu'elle encourageait une alimentation au biberon sereine plutôt qu'un allaitement non désiré. Elle m'a alors fait part de son expérience personnelle d'un échec d'allaitement faute d'accompagnement efficace, événement visiblement marquant pour elle, et de son refus d'allaiter son second enfant, pour lequel elle s'est sentie vivement culpabilisée par le personnel soignant de la maternité (mais il semble que personne ne lui ait proposé une aide ou n'ait cherché à comprendre les raisons de son refus).

Un médecin retraité me faisait, lui, part de son étonnement suite à la naissance de son premier arrière-petit-fils ; il trouvait en effet que son suivi était très médicalisé pour un enfant qui lui semblait pourtant en parfaite santé, et que les jeunes parents avaient souvent recours au

médecin et aux médicaments à la moindre inquiétude. Pour lui, avec plus de repères et de transmission intergénérationnelle, beaucoup de prescriptions pourraient être évitées.

Du côté des mères, les réactions ont été très différentes (ceci pouvant d'ailleurs s'expliquer simplement par le fait que les participantes étaient volontaires, alors que les médecins étaient désignés). Les commentaires libres sont nombreux et détaillés, souvent très spontanés (*Cf. Annexe 11*), la passion pour la relation d'allaitement y est palpable, et la frustration d'être parfois mal comprises, voire dénigrées, par la société en général et le corps médical en particulier y est souvent touchante.

## **2. Population étudiée**

### **- Médecins**

Dans notre population, on dénombre 74% d'hommes et 26% de femmes. La moyenne d'âge est de 48,3 ans (avec des extrêmes à 28 ans et 61 ans). La durée d'installation moyenne est de 18,9 ans (avec des extrêmes à 1 an et 33 ans). 46% des médecins interrogés travaillent en milieu semi-rural, 28% en milieu urbain et 26% en milieu rural.

En comparant cette population avec l'ensemble des médecins installés sur le territoire français, on constate que l'échantillon est assez représentatif de la population médicale nationale, tant au niveau de la répartition par sexe que par âge, et dans la pyramide des âges.

### **- Mères**

Dans la population des mères qui ont répondu au questionnaire, la moyenne d'âge est de 30,3 ans (avec des extrêmes à 17 ans et 45 ans).

En moyenne, ces femmes ont allaité 1,6 enfants (de 1 à 5 enfants allaités par femme), pendant une durée moyenne de 12,2 mois (avec des extrêmes à 0,5 mois et 54 mois). On constate que ces chiffres s'éloignent largement des chiffres nationaux, qui donnent une durée médiane de 10 semaines d'allaitement.

Les allaitements durant 4 à 6 mois (10%) et ceux durant 36 mois et plus (13%) sont les plus fréquents.

Un autre paramètre divergeant de la population nationale est la faible proportion de familles monoparentales (1% seulement dans notre enquête).

Ces femmes ont répondu au questionnaire par le biais de forums de discussion dédiés au maternage et à la petite enfance et par la liste de diffusion de La Leche League (Lactaliste). On peut penser qu'elles sont de ce fait suffisamment informées sur l'allaitement, et qu'elles ne s'adresseront pas à leur médecin généraliste dans ce cadre.

Cependant, certains témoignages concernent des expériences d'allaitement datant de plusieurs années en arrière, avant que les femmes concernées n'aient eu accès à l'information ; c'est d'ailleurs souvent une mauvaise expérience qui les a conduit à se renseigner pour comprendre leur échec et éviter qu'il ne se reproduise lors d'un prochain allaitement.

Dans d'autres cas, bien qu'informées sur la conduite de l'allaitement, les patientes ont besoin des services de leur médecin, soit pour un problème intercurrent, soit pour un motif nécessitant l'intervention du médecin.

### **3. Le médecin généraliste a-t-il un rôle au cours de l'allaitement ?**

La majorité des personnes interrogées considèrent que les médecins généralistes ont un rôle à jouer dans l'allaitement maternel : 81% pour les médecins et 71% parmi les mères.

Au départ, les médecins sont 19% à estimer qu'ils n'ont aucun rôle au cours de l'allaitement. La question est reposée par la suite après avoir donné des exemples de situations concernant l'allaitement : ils sont alors 14% à confirmer qu'ils pensent n'intervenir ni avant ni après la naissance.

29% des mères estiment que le généraliste n'a aucun rôle pendant l'allaitement.

Parmi ceux qui pensent qu'il a un rôle au cours de l'allaitement, ce rôle semble plus important après la naissance pour les médecins (44%) alors que les mères l'estiment en majorité aussi important avant qu'après la naissance (52%).

Ceci montre que les femmes qui reconnaissent un rôle au médecin généraliste seraient en majorité disposées à recevoir des informations sur l'allaitement de la part de leur médecin lors de leur grossesse.

Deux patientes ont néanmoins souligné en commentaire libre qu'elles considéraient que c'était surtout le rôle de la personne qui suit la grossesse de donner une information sur l'allaitement ; et donc le rôle du généraliste seulement s'il suit la grossesse. Elles sont neuf à ajouter que le médecin généraliste ne devrait parler de l'allaitement que s'il s'est formé sur le sujet. D'autres ont précisé que c'est le rôle du généraliste comme de tout professionnel de santé de promouvoir l'allaitement.

Cependant, une étude menée auprès de professionnels de santé en Seine Maritime [213] montre que ces derniers pensent que le choix de la mère est déjà fait avant la grossesse, et que toute intervention de leur part en faveur de l'allaitement maternel est peu efficace et donc inutile.

On découvre donc ici un premier décalage entre la vision des patientes et celle des médecins.

### **4. Rôle du médecin généraliste au cours de la grossesse, concernant l'allaitement**

Du côté des médecins, 42% déclarent suivre les grossesses de certaines patientes ; parmi eux, ils sont 89% à aborder la question de l'allaitement avec ces patientes.

Parmi les 58% qui ne suivent pas les grossesses, les praticiens sont 67% à aborder le sujet de l'allaitement avec les patientes enceintes qui les consultent pour une pathologie intercurrente.

Tous médecins confondus, **ils sont donc 76% à déclarer informer leurs patientes sur l'allaitement maternel lorsqu'elles consultent pendant la grossesse.**

Pour aborder cette question, 59% des médecins déclarent demander systématiquement aux femmes enceintes qui les consultent si elles comptent allaiter leur enfant, et se tenir à leur disposition si elles ont des questions.

19% répondent aux questions sur le sujet seulement si on leur en pose.

15% disent donner une information systématique et détaillée sur l'allaitement.

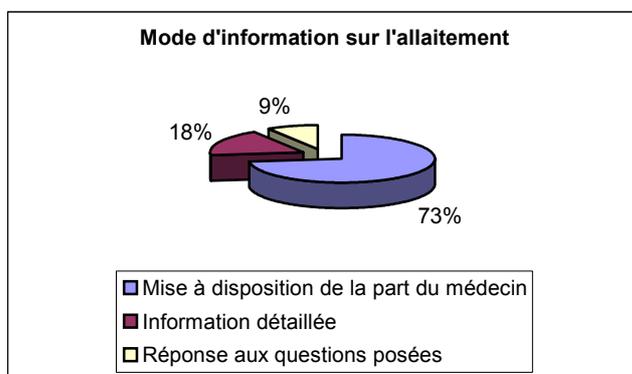
Il est surprenant de constater une discordance importante avec les résultats des mères :

70% des femmes interrogées ont consulté leur médecin généraliste pendant leur grossesse.

Parmi ces consultations, 14% concernaient le suivi de la grossesse (mais ce chiffre est à nuancer : je n'ai pas précisé ce que j'entendais par « suivi de la grossesse », et une femme a précisé par exemple qu'il s'agissait de se faire prescrire le test de grossesse et qu'elle n'avait pas reconsulté par la suite. On imagine bien que cette consultation n'est sans doute pas la plus propice à une information sur l'allaitement !). 94% ont consulté pour une pathologie intercurrente.

Lors de la (des) consultation(s) pendant la grossesse, quel que soit le motif, **86% des femmes disent que la question de l'allaitement n'a pas été abordée.**

Elles ne sont que 12% à déclarer avoir parlé de l'allaitement avec leur médecin pendant la grossesse ; parmi elles, le médecin leur a demandé si elles comptaient allaiter et s'est mis à leur disposition en cas de questions à 73% (soit 10% sur l'ensemble des femmes qui ont consulté), 18% se sont vues délivrer une information détaillée sur le sujet sur l'initiative du médecin (soit 2% sur l'ensemble des femmes qui ont consulté), et 9% ont posé des questions spontanément (soit 1% sur l'ensemble des femmes qui ont consulté).



#### D'où peuvent provenir ces discordances ?

En premier lieu, la méthode même de l'étude peut être incriminée, comme nous l'avons déjà souligné. En effet, il n'y a aucun lien entre les patientes et les médecins interrogés, on ne peut donc établir de corrélation entre les deux enquêtes. En effectuant néanmoins un parallèle, on peut imaginer plusieurs raisons à cet état de faits.

Mon interprétation est que les médecins, en toute bonne foi, n'informent pas toujours les patientes aussi bien qu'ils pensent ou veulent le faire. Il serait intéressant d'organiser un audit pour objectiver l'information donnée aux femmes enceintes concernant l'allaitement, dans le but d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins.

Il est également possible que les patientes, déjà submergées d'informations lors de leur grossesse, n'aient pas intégré les éléments qui leur ont effectivement été donnés sur l'allaitement. Il est possible qu'elles ne se soient pas senties concernées à ce moment là par les informations qui leur étaient proposées.

Une autre hypothèse est que les médecins attendent que leurs patientes prennent l'initiative. Ayant répondu au mieux aux questions qui se posaient, ils estiment avoir délivré une information suffisante. Or on a pu constater qu'à peine plus d'1% des femmes interrogées ont spontanément posé des questions... Peut-être les autres n'en avaient-elles pas, mais la proportion est tout de même faible...

Les femmes interrogées sont 79% à penser que c'est le rôle du médecin généraliste d'aborder l'allaitement avec ses patientes enceintes :

- 55% des femmes considèrent qu'il devrait donner une information systématique et détaillée à toutes les femmes enceintes qui le consultent (sur les recommandations en terme de durée de l'allaitement, sur ses bénéfices...), à sa propre initiative (43% de l'ensemble des femmes interrogées).
- Elles sont 41% à estimer que le médecin se doit de demander à chaque femme enceinte si elle souhaite allaiter son enfant, et à se tenir à sa disposition en cas de question ou de problème ultérieur (32% de l'ensemble des femmes interrogées).
- 2% pensent que le médecin généraliste doit simplement répondre aux questions si la patiente enceinte le sollicite directement (1.6% de l'ensemble des femmes interrogées).

La Haute Autorité de Santé (HAS) - anciennement ANAES - a publié en avril 2005 des recommandations sur l'information à donner aux femmes enceintes [214]. Ces recommandations concernent tous les professionnels impliqués en périnatalité, regroupés ou non en réseau de santé, notamment les sages-femmes et les médecins généralistes, les gynécologues et les obstétriciens. Elles décrivent l'ensemble des informations que les professionnels de santé doivent donner à la femme enceinte lors des consultations prénatales ainsi que les conditions de délivrance de cette information.

Dans le texte court, la seule référence indirecte qu'on peut trouver sur l'allaitement concerne la nécessité d'informer la femme ou le couple « sur les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents » (sans précision supplémentaire, mais cela peut être interprété comme une information à donner sur les associations et le réseau de soutien à l'allaitement maternel).

Dans le texte long, il est fait mention de l'allaitement dans le programme de suivi :

*« La consultation au début du 3e trimestre (7e mois) sera faite dans le lieu où est prévu l'accouchement. Elle est une occasion pour :*

- *discuter avec la femme des modalités de prise en charge (par exemple : mode d'accouchement, mode d'anesthésie, allaitement, sortie précoce, hébergement, séances d'information et de présentation du lieu de naissance, etc.) ;*
- *inciter la femme enceinte à poser des questions et à exprimer ses craintes et ses peurs vis-à-vis de l'accouchement et renforcer son sentiment de confiance en sa capacité à prendre soin de son enfant. »*

On peut noter qu'il n'est fait mention de l'allaitement que lors de la consultation qui est faite dans le lieu où est prévu l'accouchement, ce qui exclut théoriquement le médecin généraliste.

Le contenu de l'information à donner aux femmes enceintes sur l'allaitement ainsi que les modalités de délivrance ne sont pas abordés, et pourraient faire l'objet de recommandations pour la pratique clinique (RCP).

Il est vrai que l'information à délivrer aux femmes lors de la grossesse est déjà considérable, mais il conviendrait sans doute de réfléchir à la meilleure façon d'informer les femmes enceintes sur l'allaitement pour leur permettre d'avoir fait un choix éclairé le jour de la naissance. J'aimerais reprendre ici les mots d'Edwige Antier, pédiatre diplômée en psychopathologie de l'enfant :

*« Vous n'avez pas envie d'allaiter votre enfant ? C'est votre liberté. Mais est-ce une liberté éclairée ? Savez-vous pourquoi vous ne ressentez pas ce désir ? Avez-vous conscience des pressions que vous avez subies, sociales et conjugales, et surtout du poids du passé sur votre décision ? Ce n'est qu'après une analyse de votre réaction que vous pourrez affirmer avoir choisi (...) Vous avez voulu nourrir votre premier enfant au sein mais (...) vous en gardez un souvenir amer et n'allaiterez pas le second. Mais peut-être avez-vous été peu soutenue, mal*

*conseillée, durant cette tentative ? En prendre conscience, c'est donner sa place au deuxième bébé, une place différente dans votre histoire de celle du premier. » [206]*

Ces questions sont primordiales, et on comprend aisément qu'il est difficile d'y répondre sans avoir pris le temps d'y réfléchir bien avant la naissance, voire avant la grossesse. En effet, il semble que la décision d'allaiter ou non son enfant soit prise très précocément : une étude dont le but était d'identifier les facteurs familiaux, culturels et sociaux dans le choix du mode d'alimentation du nourrisson [215] la situe avant la grossesse dans près de la moitié des cas (49%), pendant la grossesse dans 40% des cas et rarement à la naissance (8%).

Le rôle du médecin généraliste pourrait être d'aider la future mère à se poser les bonnes questions au bon moment, et de la guider dans son cheminement en lui apportant des informations objectives et validées. Le faire de but en blanc lors d'une consultation pour une pathologie intercurrente me semble inopportun ; il me semble plus approprié que le médecin saisisse effectivement cette occasion pour poser la question du mode d'alimentation de l'enfant à naître, ouvrant ainsi le dialogue et générant peut-être de nouvelles interrogations ; il pourra alors proposer à la future mère de revenir le voir pour parler spécifiquement de ce sujet si elle en ressent le désir ou le besoin, ou lui donner les coordonnées de correspondants à qui elle pourra s'adresser, si le médecin ne souhaite pas entrer dans cette démarche d'accompagnement lui-même.

## **5. Rôle du médecin généraliste au cours de l'allaitement**

Les situations concernant l'allaitement maternel sont-elles fréquentes en médecine générale ?

La première chose à noter est que 89% des femmes interrogées ont consulté leur médecin généraliste au cours de leur allaitement, quel que soit le motif, pour elles ou pour leur enfant. Or, comme je l'ai relevé précédemment, beaucoup de praticiens estiment voir très peu de cas d'allaitement...

Il est possible que les couples mères-enfants pratiquant l'allaitement représentent effectivement une faible proportion dans la patientèle d'un médecin généraliste. Mais d'une manière générale, les femmes consultent durant leur allaitement comme le reste du temps, et les praticiens y sont donc forcément confrontés, au moins au moment de la prescription. La proportion de patientes allaitantes est, de plus, appelée à augmenter dans les années à venir, si les taux et les durées d'allaitement continuent d'augmenter.

Un autre élément à prendre en compte pour expliquer cette discordance est que les femmes qui allaitent « un certain temps » (ce temps dépend de la norme tolérée par leur interlocuteur : Cf. *Annexe 11*) ont parfois tendance à ne pas le dire, de peur de provoquer des remarques négatives ou culpabilisantes (elles sont six à l'avoir mentionné dans les commentaires libres : « *Je préfère mentir pour ne pas avoir de remarques, sauf si c'est indispensable comme lors d'une prescription* » ). Elles préfèrent dire que l'enfant est diversifié, prend des compléments, des céréales... pour coller aux habitudes du praticien lorsque celles-ci sont connues, plutôt que d'« avouer » que leur enfant est encore exclusivement allaité à 6 mois. Cette attitude est préjudiciable pour le suivi du couple mère-enfant, pour la relation de confiance médecin-patient, et également pour un retour à une culture de l'allaitement pratiqué sereinement... Malheureusement, elle est encouragée indirectement par les paroles ou attitudes de certains praticiens, comme en attestent certains témoignages (Cf. *Annexe 11*).

## Quels sont les motifs de consultation concernant l'allaitement maternel en médecine générale ?

J'ai demandé aux médecins pour quels motifs ils sont le plus souvent sollicités concernant l'allaitement maternel. Le **traitement des complications de l'allaitement** arrive en tête (**83%**), puis le suivi de nourrissons allaités (77%), le traitement de pathologies intercurrentes chez des femmes qui allaitent (73%), l'aide au sevrage (68%) et les maladies ou petits soucis de nourrissons allaités (67%).

Les mères interrogées ont consulté leur médecin généraliste en priorité pour cause de maladie sans rapport direct avec l'allaitement (63%) et pour le suivi du bébé (63% également). Viennent ensuite les maladies ou petit soucis du bébé (47%).

Les complications de l'allaitement viennent ensuite et ne représentent que **20.4%** des motifs de consultations.

Ceci peut s'expliquer par le fait que la population des femmes que j'ai interrogées, qui possède des informations sur la conduite de l'allaitement, est moins exposée aux complications, et a souvent des interlocuteurs autres que le médecin généraliste pour tout ce qui touche directement à l'allaitement.

Ainsi, internet, les associations de soutien et la famille ou les proches arrivent dans les trois premières positions comme ressources en cas de problèmes ou questions liés à l'allaitement (respectivement à 65%, 55% et 35%) alors que le médecin généraliste n'arrive qu'en 6<sup>e</sup> position à 26%.

Il est néanmoins intéressant de se rappeler que l'enseignement de l'allaitement maternel en formation médicale initiale se résume souvent à une comparaison biochimique des laits de vache et de mère, suivi de la prise en charge des complications de l'allaitement. Dans l'esprit des praticiens, allaitement est souvent synonyme de complications, et il est possible qu'ils soient plus marqués par le fait d'avoir eu à traiter une complication que d'avoir pesé un bébé allaité prenant peu de poids et d'avoir prescrit des compléments de préparation pour nourrissons...

L'intérêt de déterminer, de façon précise et objective, les situations concernant l'allaitement auxquelles les praticiens sont effectivement confrontés en pratique courante, apparaît ici. Les médecins désireux de se former ont légitimement tendance à axer leurs démarches autour des sujets par lesquels ils se sentent le plus concernés. S'ils ne savent pas qu'ils sont confrontés tous les jours à l'allaitement, et que les informations qu'ils dispensent sont parfois erronées, pourquoi ressentiraient-ils le besoin de se former ?

Considérons également les **demandes d'aide au sevrage** : 68% des médecins déclarent que c'est un motif de consultation fréquent (les femmes interrogées l'ont mentionné à 4%). Il serait instructif de savoir comment un médecin généraliste gère le sevrage aujourd'hui.

Il est en effet assez édifiant de lire dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale, au chapitre « Rôle du généraliste dans les suites de couches » (le paragraphe « sevrage » intervenant sous la rubrique « Consultation en urgence : problèmes d'allaitement ») :

*« La diminution de la fréquence des tétées permet le tarissement progressif de la lactation. Ce sevrage doit s'étendre entre deux et trois semaines. En cas d'indication au sevrage brutal, on associe une restriction hydrique, le port d'un soutien-gorge serré, la prise de 1g d'aspirine, voire la prise d'un comprimé par jour de furosémide, durant 48 à 72 heures. » [216]*

Dans le même ordre d'idées, l'emploi de la bromocriptine semble assez répandu lors des demandes de sevrage pour son effet d'inhibition de la lactation, mais la notion qu'elle peut être à l'origine d'hémorragies intra-ventriculaires est-elle aussi répandue ?

(Elle a été retirée du marché aux USA dans cette indication pour risque d'hypertension, de convulsions et d'accidents vasculaires cérébraux : 531 effets secondaires rapportés à la FDA entre 1980 et 1994 dont 34 décès.) [217]

Il serait également intéressant de connaître l'attitude des médecins sollicités pour une demande de sevrage : interrogent-ils la patiente sur ses motivations, envisagent-ils avec elle les alternatives possibles ? Lorsque le sevrage est demandé en raison de la reprise du travail, informent-ils la patiente qu'allaitement et travail sont compatibles, évaluent-ils avec elle les modalités possibles ?

Evidemment, tout cela prend du temps... Mais le médecin peut parfaitement déléguer : c'est là que l'exercice en réseau prend tout son sens. Adresser la patiente à une association de soutien à l'allaitement ou à une consultante en lactation pour gérer les situations purement pratiques qui sortent du cadre médical semble une solution adaptée. Mais on constate que cette pratique reste marginale.

## **6. Prescriptions médicales au cours de l'allaitement**

### **- Médicaments**

63% des femmes qui ont consulté leur médecin généraliste au cours de leur allaitement se sont vu prescrire un traitement médicamenteux (soit 56% de l'ensemble des femmes interrogées). Ces chiffres confirment donc que le volet « prescription chez la femme allaitante » est une part importante de l'activité d'un généraliste au cours de l'allaitement de ses patientes.

Parmi ces prescriptions, **78% étaient compatibles avec l'allaitement.**

Concernant l'observance, une grande majorité de patientes a pris le traitement et continué l'allaitement (97%). Aucune n'a arrêté d'allaiter pendant la durée du traitement, mais une des patientes a préféré arrêter définitivement l'allaitement et 2 autres ont choisi de ne pas prendre le traitement.

Pour les **traitements incompatibles avec l'allaitement (22% des prescriptions)**, l'observance est bien moindre : la majorité des femmes interrogées a donné la priorité à l'allaitement et a fait le choix de ne pas prendre le traitement qui lui était proposé (59%).

41% des médicaments prescrits ont été pris, avec poursuite de l'allaitement dans 42% des cas, arrêt de l'allaitement le temps du traitement dans 29% des cas et arrêt définitif de l'allaitement dans 29% des cas également.

Donc globalement, sur l'ensemble des prescriptions qui ont été faites, l'observance a été de 84%. Ce chiffre rejoint celui que nous donnions au chapitre « Allaitement et médicaments » selon lequel 1 femme sur 5 ne prend pas le traitement prescrit, soit dans 20% des cas...

Il faut ajouter que 7 patientes ont souligné qu'elles **s'étaient fait confirmer la prescription de leur médecin** auprès des consultantes de La Leche League (soit 10% des prescriptions).

Je pense que certains confrères seraient scandalisés de cette attitude, mais s'ils connaissaient mieux les publications de cette association, ils auraient eux-même en leur possession les

éléments nécessaires pour effectuer une prescription raisonnée et compatible avec l'allaitement dans la plupart des cas. Ce qui éviterait le recours à un tiers et permettrait de rétablir une relation de confiance.

Une patiente m'expliquait d'ailleurs qu'elle allait consulter son médecin traitant avec des photocopies des « Dossiers de l'Allaitement », rubrique « Le coin du prescripteur », et concluait : « *Nous avons trouvé ensemble un traitement adéquat* ». Cette attitude me semble très constructive et montre qu'une vraie relation de confiance et de respect mutuel peut s'établir entre les patientes et leur médecin concernant la prise en charge de l'allaitement, pour peu que le médecin ait une ouverture d'esprit suffisante pour admettre qu'il peut apprendre de ses patients... et que les patients soient suffisamment honnêtes avec leur médecin.

Pour mémoire je citerai le cas de cette patiente qui a choisi une attitude nettement moins constructive à mon sens : son médecin lui prescrit un traitement, elle vérifie la notice qui indique que le médicament n'est pas compatible avec l'allaitement (ce qui est le cas pour la majorité des traitements, même compatibles) ; elle consulte alors un autre généraliste, qui effectue une autre prescription sans connaître le reste du dossier (notion d'infection récidivante). Ici, le dialogue est visiblement rompu, et la situation peut être dommageable pour la patiente...

#### - Compléments

Sur l'ensemble des femmes interrogées, 25% se sont vu conseiller de donner des compléments de préparation pour nourrisson à leur enfant. Si l'on rapporte ce chiffre aux femmes qui ont consulté leur médecin généraliste, la proportion est de 28%. En le ramenant aux seules femmes qui ont consulté leur médecin pour le suivi du bébé ou un souci le concernant, on arrive à 35%...

Les motifs invoqués sont les suivants :

67% pour prise de poids insuffisante lors d'une visite de suivi du bébé.

Les items suivants ont chacun été mentionné une seule fois :

- reprise du travail,
- pleurs,
- allaitement de jumeaux,
- troubles du sommeil du bébé,
- manque de lait,
- fatigue de la mère,
- pathologie du sein (muguet, crevasse, abcès).

Les raisons médicales estimées acceptables pour donner aux nourrissons une alimentation complémentaire sont définies en annexe des recommandations de l'OMS sur les données scientifiques relatives aux « dix conditions pour le succès de l'allaitement » [6] :

- nouveau-nés gravement malades, comme ceux qui ont un poids très faible à la naissance (moins de 1 000 grammes) ;
- nouveau-nés dysmatures avec un risque d'hypoglycémie ou ceux dont l'état ne s'améliore pas avec la poursuite de l'allaitement maternel.

Les autres raisons médicales sont :

- l'état de la mère (infection par le VIH) ;
- des anomalies congénitales du métabolisme chez l'enfant (galactosémie) ;
- nouveau-nés souffrant de déshydratation aiguë lorsque l'allaitement maternel ne peut fournir une hydratation suffisante ;

- nouveau-nés dont la mère prend un médicament pour lequel l'allaitement est contre-indiqué.

Il est spécifié que la décision de donner aux nourrissons une alimentation complémentaire est étudiée au cas par cas en tenant compte de leurs besoins nutritionnels et de leurs capacités fonctionnelles.

#### - Sevrage

Globalement, 24% des femmes interrogées se sont vu recommander de sevrer leur enfant. Cela correspond à 27% des femmes qui ont consulté leur médecin traitant au cours de l'allaitement, et représente 20% des femmes qui l'ont consulté pour le suivi du bébé ou un souci le concernant.

Motif invoqué pour recommander le sevrage :

50% car l'allaitement était jugé trop long, 28% pour prescription d'un médicament, dans 2 cas il s'agissait d'une fatigue maternelle.

Ont chacun été cités une fois : engorgement, suspicion d'abcès (non confirmée par l'échographie), reprise du travail, manque de lait, maladie maternelle (GEA), dépression maternelle, mauvaise prise de poids du bébé.

Parmi ces motifs, aucun ne semble donc justifier un sevrage de façon impérative.

### **7. Correspondants des médecins généralistes pour la prise en charge de l'allaitement**

Il est arrivé à 35% des médecins interrogés (une minorité) d'adresser une patiente à un correspondant pour résoudre un problème d'allaitement.

Il s'agit dans la grande majorité des cas du gynécologue (66%), suivi par les sages-femmes libérales (31%) et les associations de soutien à l'allaitement (24%). Mais l'un des médecins a noté « ?! » sur son questionnaire à côté des propositions « consultante en lactation » et « association de soutien à l'allaitement », ce qui laisse supposer que ces deux intervenants majeurs dans le cadre du soutien à l'allaitement ne sont malheureusement pas encore connus de tous...

Dans l'enquête auprès des femmes, seulement 6% d'entre elles ont été adressées par leur médecin généraliste pour résoudre un problème lié à l'allaitement. Parmi les femmes interrogées, certaines ont précisé qu'elles n'ont eu aucun problème, et qu'il n'y avait donc pas lieu de prendre un avis spécialisé.

Par contre nous avons déjà souligné que 28% ont eu une prescription de compléments et 27% de sevrage ; ces femmes n'auraient-elles pas plutôt dû être adressées ?...

Les correspondants qui ont été sollicités sont les suivants :

- Service de pédiatrie, pour perte de 10% du poids du corps en 3 semaines chez un bébé de 2 mois exclusivement allaité (alors qu'il n'avait pas repris son poids de naissance à la visite du 1<sup>er</sup> mois ; la conduite de l'allaitement n'avait pas été revue à ce moment là).
- Psychiatre, pour allaitement prolongé (la durée totale de l'allaitement a été de 20 mois).
- Dermatologue, pour traitement compatible avec l'allaitement d'un érysipèle récidivant.

- Centre de pharmaco-vigilance, pour savoir pourquoi un antiviral contre l'herpès avait été prescrit à titre préventif pendant le dernier mois de grossesse, mais était contre-indiqué pendant l'allaitement.
- Consultante en lactation et gynécologue, pour candidose mamelonnaire.
- Consultante en lactation, pour un problème de crevasses.
- Association de soutien à l'allaitement, pour avoir des conseils sur l'allaitement à la reprise du travail.
- Une maman cite avec humour le biberon et le lait artificiel comme correspondants de son médecin traitant pour résoudre les problèmes liés à l'allaitement...

On constate que les cas pour lesquels les médecins ont jugé nécessaire de faire appel à un correspondant restent assez spécifiques. Il semble, à leurs réactions lors de mes interventions et à la lecture des résultats, que les généralistes n'envisagent pas que l'allaitement maternel puisse être un domaine spécialisé. Il serait intéressant de savoir combien de généralistes ont connaissance de l'existence du Diplôme Universitaire de Lactation Humaine...

## **8. Vécu des patientes au cours des consultations**

*Le médecin a-t-il semblé favorable à l'allaitement maternel ?* Elles ont répondu oui en majorité (55%) mais 5% ont ajouté spontanément que cela dépendait de l'âge de l'enfant, et que passés les premiers mois le discours n'était plus le même (voir en annexe 11 les âges conseillés pour le sevrage). Dans 24% des cas les sentiments du médecin à l'égard de l'allaitement n'ont pas été perçus (situation que je ne considère pas comme négative car il ne me semble pas que le médecin ait à se montrer trop enthousiaste par rapport à l'allaitement). Par contre il semble que 16% des médecins concernés se disent « contre » l'allaitement, ce que je trouve totalement hors de propos... Qui peut aujourd'hui se dire « contre » le traitement de l'hypertension ? Ou « contre » le dépistage du cancer du sein ? « Contre » un usage raisonné des antibiotiques ?... Ces prises en charges ont été évaluées, et leur bénéfice en terme de morbi-mortalité a été validé, il me semble que personne ne peut le remettre en question... Pourquoi les résultats des nombreuses études sur l'allaitement prêtent-elles encore à interprétation ? Les faits sont là, comment et pourquoi les nier ?...

Les femmes sont également une majorité à répondre par l'affirmative aux questions « *Avez-vous eu la possibilité de vous exprimer de façon satisfaisante (à propos de l'allaitement) ?* » (55%) et « *Votre projet d'allaitement (durée, manière de faire...) a-t-il été respecté ?* » (46%). Ces chiffres sont rassurants quant à la relation médecin-patient telle qu'elle existe aujourd'hui dans les consultations libérales, malgré la charge de travail actuelle des médecins. Pourtant, un peu plus de 30% des patientes déclarent tout de même n'avoir pas pu s'exprimer de façon satisfaisante, et n'avoir pas été respectées dans leur projet... Je ne peux m'empêcher de trouver cette proportion préoccupante...

A noter, 21% des femmes n'avaient pas d'idée précise quant à la durée ou la conduite de l'allaitement. Ce sont ces femmes que j'espère pouvoir aider par des actions de formation auprès des professionnels de santé, afin qu'elles puissent continuer de vivre leur allaitement au jour le jour selon leurs désirs et ceux de leurs enfants, sans intervention extérieure néfaste et intempestive, mais en pouvant compter sur un médecin compétent en cas de besoin...

Aux questions « *Avez-vous reçu toutes les informations que vous souhaitiez ?* » et « *Les informations reçues vous ont-elles semblé fiables ?* », elles sont une majorité à répondre « Non » (respectivement 59% et 49%), ce qui pose la question de la formation des médecins.

## **9. Formation des médecins généralistes en matière d'allaitement**

Seuls 26% des médecins interrogés disent avoir bénéficié d'une formation spécifique à l'allaitement. Parmi eux, 59% lors de leur formation initiale (et l'on a vu plus haut à quoi elle se limite) et 45% en formation continue (certains ont pu bénéficier des deux types de formations).

Trois médecins ont participé à une soirée de formation médicale continue (FMC), un médecin fait partie d'un groupe de travail d' « Allaiter en Moselle Est », un autre a fait un stage en maternité en 1988, l'un d'eux est titulaire du CES gynéco-obstétrique (1980-81), un autre a été médecin de PMI pendant 3 ans (1983-86). Un autre encore déclare avoir lu les recommandations de l'ANAES, et le dernier cite ses lectures personnelles comme moyen de formation.

La grande majorité estime ne pas avoir reçu de formation particulière pour l'allaitement (74%).

C'est aussi en majorité que les médecins interrogés pensent qu'une formation sur le sujet leur serait utile (55%), alors que 26% pensent le contraire et que 19% ne se prononcent pas.

Quoi qu'il en soit, du côté des femmes, aucune ne pense que son médecin a pu bénéficier d'une quelconque formation sur l'allaitement, bien au contraire : elles sont 56% à affirmer « Non » à la question « *Votre médecin a-t-il une qualification spécifique pour l'allaitement ?* », et 43% ne sait pas.

Un fait notable est que neuf d'entre elles signalent en commentaire libre avoir changé de médecin traitant à cause de l'allaitement.

Cela s'est exprimé de différentes manières, mais le plus souvent, il y a eu à l'origine de la rupture une mauvaise prise en charge de l'allaitement (complication mal soignée, sevrage recommandé -ou commandé- pour de mauvaises raisons au cours d'un allaitement bien conduit, manque de respect du praticien pour les choix personnels de sa patiente...); la patiente a réalisé secondairement que son allaitement avait été « sacrifié » par méconnaissance du praticien (alors qu'elle s'est renseignée par la suite) et la confiance n'étant plus là, la relation n'a pas pu être poursuivie. Une mère s'exprime ainsi : « *J'ai choisi mon médecin traitant en fonction de son respect pour mes choix ; je n'aurais pas accepté qu'il les remette en cause* ».

Ainsi, l'obtention d'un diplôme spécifique à l'accompagnement de l'allaitement pourrait être considérée en médecine générale comme un critère de choix pour les patientes, tout comme celui de médecine du sport ou de nutrition, par exemple.

En France, une étude de 1996 met en évidence que de nombreux pédiatres interrompent l'allaitement en cas de lymphangite, ainsi qu'en présence de crevasses ou de manque de lait ; ce sevrage n'est la plupart du temps pas désiré par la mère [218].

En 1999, une étude a été réalisée dans le Val de Marne, évaluant les croyances, attitudes, connaissances pratiques et comportements d'aide des médecins généralistes en matière d'allaitement maternel [219]. Si la plupart des médecins interrogés étaient favorables à l'allaitement maternel, ils se trouvaient souvent démunis face aux incidents de parcours qui pouvaient survenir et qui aboutissaient à son arrêt. Il a été mis en évidence un besoin de formation portant sur les aspects pratiques de l'allaitement maternel, sur les savoirs et sur la relation d'aide.

Dans un grand nombre de cas, les réponses données par les médecins étaient différentes des conduites à tenir et des traitements préconisés dans les formations des professionnels de santé au niveau international : intérêt de l'allaitement maternel exclusif pour la santé, conduite à

tenir pour maintenir une sécrétion lactée adéquate, prévention et traitement des complications locales... Les savoirs et savoir-être permettant d'accompagner une femme au cours d'un allaitement exclusif ou d'un allaitement long étaient également étudiés : savoir prescrire un traitement médicamenteux à la femme allaitante, être à l'aise dans l'accompagnement et le soutien de la motivation de la femme et de son entourage, y compris en cas de difficulté...

Les médecins généralistes interrogés n'avaient, pour la plupart, pas acquis ces savoirs, savoir-faire et savoir-être au cours de leur apprentissage social, de leurs études, de leur pratique et de leur formation médicale continue.

Cette étude a été complétée en 2003 auprès de médecins généralistes exerçant dans la région Midi-Pyrénées et dans le département du Lot et Garonne [220]. Elle analyse les attitudes et croyances vis à vis de l'allaitement maternel et le niveau de connaissances sur l'allaitement maternel, et aboutit aux mêmes conclusions. La situation est qualifiée de « préoccupante ».

Les attitudes et pratiques de pédiatres américains ont été également analysées [221]. L'allaitement maternel exclusif n'était recommandé que par 65% des pédiatres interrogés, et seulement 37% des pédiatres recommandaient d'allaiter un an. 59% indiquaient que le bébé devait être nourri à la demande (31% mentionnaient une fréquence de 8 à 12 tétées par 24 heures). Les contre-indications à l'allaitement évoquées par ces professionnels comprennent des situations médicales où des traitements existent qui n'excluent pas l'allaitement (ainsi, 23% proposent l'interruption de l'allaitement en cas de mastite). Ils sont 77% à être plutôt confiants en leur capacité à résoudre des problèmes, mais 86% souhaitent plus d'informations sur l'allaitement (90% des pédiatres de moins de 45 ans).

Il est intéressant de noter également que dans l'exemple des pays nordiques où on a vu les taux d'allaitement maternel exclusif à 6 mois passer de 50% en 1992 à 70% en 1995, ce succès s'appuie, selon Helsing [222], sur quatre types d'actions dont l'effet est cumulatif :

- le développement d'un matériel d'information sur l'allaitement au sein, fondé sur une approche par problèmes, écrit le plus souvent par des mères et relu par des professionnels de santé (qui ont eux-mêmes eu plus de succès lors de leur propre pratique d'allaitement) ;
- le développement du recours au soutien de mère à mère grâce à des groupes de soutien et de partage d'expériences ;
- le congé maternité payé avec la garantie de retrouver son emploi après ce congé ;
- le changement des pratiques dans les maternités notamment en faveur du contact mère-enfant et de la promotion de l'autonomie des mères.

Il semble que le facteur favorisant principal a été la formation des professionnels de santé.

Dans notre enquête, les femmes interrogées sont 79% à déclarer avoir reçu des informations contradictoires de la part des différents intervenants sur la conduite de l'allaitement : cette seule notion pointe un dysfonctionnement profond concernant la prise en charge et l'accompagnement de l'allaitement, et montre qu'il est urgent d'uniformiser les conduites à tenir et les discours pour redonner une cohérence à notre exercice.

#### Commentaires libres sur le manque de formation des médecins :

Dans beaucoup de commentaires libres le manque de formation des médecins apparaît entre les lignes, par la description de conduites à tenir non adaptées, ou par les mots qui leurs sont prêtés. (Cf. *Annexe 11*)

Dans 18 questionnaires, des femmes regrettent explicitement ce qu'elles appellent le manque de formation ou de connaissances de leur médecin.

8 patientes indiquent avoir été mal conseillées par leur médecin, les informations erronées qu'elles ont reçues ayant été à l'origine de l'échec de leur allaitement.

L'ANAES elle-même reconnaît que : « En France, les mères se tournent souvent vers les professionnels de santé, mais ceux-ci ont rarement bénéficié d'une formation adéquate leur permettant d'assurer un soutien postnatal efficace et de résoudre les difficultés d'allaitement. Le nombre de consultants en lactation diplômés IBCLC (*International Board Certified Lactation Consultant*) est encore très faible, le diplôme est très peu connu et il n'est pas non plus reconnu. » [21]

D'autres mères expliquent pourquoi elles ne se sont pas adressées à leur médecin pour des problèmes ou questions soulevés par l'allaitement :

- 3 d'entre elles expriment, sous forme de regret, n'avoir même pas pensé que leur médecin aurait pu intervenir dans une situation liée à l'allaitement (en général elles n'ont pas été soutenues par l'interlocuteur qu'elles avaient sollicité et espèrent que l'attitude de leur médecin aurait été différente).
- 9 femmes disent regretter le manque de formation de leur généraliste car elles aimeraient pouvoir s'adresser à lui ; il est toujours considéré comme un interlocuteur privilégié, par sa proximité, sa connaissance globale de ses patients, et la relation de confiance qui le lie à eux en général.
- 6 autres disent connaître son manque de connaissances et n'aborder le sujet qu'en cas de nécessité ; elles ont trouvé un autre interlocuteur privilégié.

Elles sont 6 à mentionner l'importance de l'expérience personnelle pour accompagner un allaitement, et à avoir noté un comportement différent lorsque leur médecin femme ou la femme de leur médecin avait allaité ses enfants. On retrouve ici le rôle majeur de l'exemple positif et des modèles référents, que nous avons développé précédemment.

## **10. Influence du médecin généraliste sur le déroulement de l'allaitement**

La majorité des femmes interrogées estime que le médecin généraliste n'a pas eu d'influence sur le déroulement de leur allaitement (63%).

Il convient de préciser à nouveau que notre population est globalement une population bien informée, qu'elle est moins à même de se laisser influencer que la population générale, et que le médecin généraliste n'est pas forcément son interlocuteur privilégié en matière d'allaitement. 7 femmes disent d'ailleurs avoir préservé leur allaitement grâce aux informations qu'elles avaient acquises par d'autres sources, mais que si elles avaient suivi les conseils qui leur étaient donnés, l'allaitement aurait échoué.

Elles sont également 26% à avoir reçu le conseil de donner des compléments ou de sevrer leur enfant et à avoir néanmoins déclaré, malgré cela, que leur médecin n'avait pas eu d'influence ou avait eu une influence positive sur le déroulement de leur allaitement...

Il est inquiétant de constater que, parmi les médecins qui ont eu une influence sur l'allaitement de leur patientes, cette influence est considérée comme négative à 55%...

Les RCP de l'ANAES étudient les facteurs qui influencent l'allaitement, et traitent notamment de l'influence des professionnels de santé au chapitre « Facteurs psychosociologiques et représentations » [21]. Le support fourni par le milieu médical n'était reconnu que par 1/3 des allaitantes. Les femmes mentionnaient soit un manque de soutien dans les premiers jours suivant la naissance, soit des positions contradictoires au sein des équipes, soit une attitude ambivalente de la part du corps médical. Cela conduisait les femmes

incertaines sur le choix du mode d'allaitement à interpréter les réponses ou les non-réponses comme une pression implicite de non-allaitement.

L'ambivalence des discours est relevée également dans mon enquête comme en témoignent certains commentaires libres des mères interrogées (*Cf. Annexe 11*).

### **11. Propositions des patientes pour améliorer leur accompagnement en médecine générale pendant leur allaitement**

Spontanément dans leurs commentaires libres, des femmes essayent de trouver des solutions et font des propositions pour améliorer la prise en charge des femmes allaitantes par les professionnels de santé, et notamment les généralistes.

- **« Pour aborder l'allaitement, mettre à disposition des patients des brochures d'information sur l'allaitement (informations générales, conseils pour bien démarrer, liens vers des lieux ressource). »**

Cette remarque souligne l'une des difficultés de la promotion efficace de l'allaitement maternel : la diffusion de l'information. En effet, il existe de nombreux documents créés au niveau local par des associations, par les centres de PMI, par des réseaux locaux... (Par exemple la brochure « *Le choix d'allaiter* » dans le Rhône, « *Réflexions de mamans à propos de l'allaitement maternel* » en Meurthe-et-Moselle, « *Vous allaitez votre bébé : quelques conseils pour réussir* » en Seine-Saint-Denis...) Mais quelle que soit la qualité de ces documents, leur caractère local les confine dans une certaine confidentialité et ne leur donne pas la crédibilité d'une publication nationale qui témoignerait d'un réel enjeu de santé publique et relayerait une information univoque à une plus large échelle.

Au Luxembourg, le Ministère de la Santé a édité et diffusé le document « *L'allaitement de A à Z* » rédigé par « l'Initiativ Liewensufank » (centre de consultation pour femmes enceintes ou allaitantes, et préparation à la naissance et au parentage), témoignant d'une implication gouvernementale plus forte.

Mais à l'échelle de la France, la limite d'un document national serait de recenser les lieux ressource, qui sont par définition locaux.

Et quelle serait la meilleure façon de le faire parvenir à toutes les femmes concernées ? A la sortie de la maternité, au milieu d'une multitude d'autres papiers ? Dans les carnets de santé, avec le même problème (trop d'informations en même temps) ? Dans les centres de PMI, qui recrutent essentiellement une population peu familiarisée avec l'écrit ? Dans les salles d'attentes des médecins libéraux ? La solution reste à trouver, mais elle nécessitera certainement une coordination nationale pour être réellement efficace...

- **« Envoyer aux médecins le rapport du ministère de la santé. »** (Je pense qu'il est fait référence au rapport de la Société Française de Pédiatrie.)

Le problème est également celui de la diffusion de l'information, de son accueil et de son efficacité à engendrer un changement dans les pratiques...

En effet, les documents sur l'allaitement à l'intention des professionnels de santé existent, que ce soit à l'échelon local (« *L'allaitement maternel : Guide pratique à l'usage des professionnels de santé* » de l'Association Départementale d'Education pour la Santé du Rhône, « *Guide pour les soignants en présence d'un allaitement maternel* » du Réseau Lorrain de Soignants en Maternité, par exemple) ou national avec les ouvrages déjà cités

(RCP de l'ANAES, Rapport de la Société Française de Pédiatrie) ainsi que « *L'allaitement maternel en 36 questions* », manuel destiné à la formation médicale continue des professionnels de santé de G. Gremmo-Féger... Sont-ils lus et utilisés ?

- « ***Proposer à la jeune maman de venir dès la sortie de la maternité pour voir ensemble comment ça va sur le sujet de l'allaitement précisément. Une sorte de consultation spécial allaitement, qui sorte du classique taille-poids-éveil. Une visite mère-enfant un peu plus psy et allaitement. Au moins pour le premier.*** »

Cette proposition me semble très intéressante dans l'absolu, mais est-ce vraiment là la place du généraliste ? Le meilleur praticien, apprécié de ses patients pour sa disponibilité et sa compétence, rodé à la gestion des situations urgentes comme au suivi programmé de pathologies chroniques, n'est pas forcément fin psychologue... Une grande hypocrisie voudrait que tout généraliste soit en mesure de pratiquer la « psychothérapie de soutien », puisque personne d'autre ou presque ne le fait, mais il n'est absolument pas formé en ce sens. Et pourtant, cette « *visite mère-enfant un peu plus psy et allaitement* » me semblerait très profitable, surtout pour le premier enfant comme la souligne cette patiente.

Les travaux du Professeur Lebovici sur la transmission intergénérationnelle vont dans ce sens : ils montrent que la mère a tendance à revivre sa propre enfance et à transmettre ses propres conflits au moment d'une naissance. Pour pallier cette répétition sans fin, un dépistage de la dépression maternelle devrait être fait dans toutes les maternités, avant la naissance et à la sortie ; et des groupes de parents devraient être organisés pendant la préparation à la naissance et dans les six mois qui suivent, en présence d'un professionnel qui pourrait dépister les mères qui ont besoin de soutien [206].

Du point de vue de l'allaitement proprement dit, sans prendre en compte nécessairement la composante psychologique, une étude originale a été menée sur sept mois en 2001-2002 au centre hospitalier de Chambéry, pour évaluer l'impact d'une consultation spécialisée systématique (prise en charge intégralement par la Sécurité Sociale) dans les quinze jours du post-partum sur le taux d'allaitement maternel exclusif à un mois. Il s'agit d'une étude randomisée, prospective, ouverte, contrôlée, comparant un groupe de mères bénéficiant d'une consultation systématique en post-partum précoce (mais après le retour à domicile) effectuée par un médecin préalablement formé à l'allaitement maternel (généraliste ou pédiatre de ville), à un groupe de mères témoin bénéficiant d'une prise en charge conventionnelle. La prévalence de l'allaitement maternel exclusif à quatre semaines du post-partum est significativement supérieure dans le groupe de mères ayant bénéficié de la consultation (83% versus 72%,  $p = 0.05$ ). Dans l'analyse descriptive des données disponibles à six mois, la consultation spécialisée précoce semble augmenter la durée médiane d'allaitement, estimée à 12 semaines pour le groupe témoin et 18 semaines pour le groupe avec intervention [223].

Cet axe de prise en charge mériterait donc d'être étudié plus avant, et généralisé si l'impact favorable sur les taux d'allaitement était confirmé.

- « ***Vérifier en consultation si la position est correcte (à la première visite, pour un problème de crevasse, de douleur...).*** »

L'ANAES met en effet en exergue l'importance d'une bonne position du nourrisson et de la prise du sein, permettant une succion correcte, corrélés à un allaitement plus long avec moins de complications à type de manque de lait, mamelons douloureux, etc... Mais cet objectif concerne essentiellement la maternité. Le groupe de travail recommande que soient recherchées avec la mère les différentes positions dans lesquelles le bébé peut être allaité confortablement (position assise, couchée). La mère doit être entraînée à observer la succion

caractéristique signifiant l'efficacité de la tétée. Les professionnels de santé doivent vérifier la prise correcte du sein et l'efficacité de la succion lors des premières tétées [21,22].

Pourtant, en cas de crevasse, motif de consultation possible en médecine générale, il conviendrait effectivement de revoir la position d'allaitement, mais les modalités pratiques de cette intervention en cabinet de ville me semblent difficiles à mettre en œuvre, et cela demanderait de plus une solide formation à la conduite de l'allaitement.

- **« Se former sur la conduite de l'allaitement (allaitement à la demande, etc...) autant que sur les complications. »**
- **Ne plus entendre prononcer les phrases : « votre lait n'est pas assez nourrissant » / « espacez les tétées, le bébé tête trop » / « donnez un complément après la tétée car il ne prend pas assez de poids » / « vous avez allaité 2 mois, c'est déjà bien » / « le bébé a 3 mois, vous allez donc bientôt sevrer ».**

Ces doléances sont légitimes, et l'ANAES s'est penchée sur la question. Elle propose des pistes pour accompagner efficacement un allaitement à la demande, que nous allons résumer brièvement.

Il existe une très grande variabilité dans les modalités d'allaitement pour chaque couple mère-enfant ; chacun d'entre eux 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.

La restriction du nombre de tétées est associée : [224]

- à un arrêt plus précoce de l'allaitement à 4-6 semaines;
- à une fréquence plus élevée de mamelons douloureux;
- à une fréquence plus élevée d'engorgements;
- au recours plus fréquent à des compléments de substitut de lait.

Seul l'allaitement à la demande permet au nouveau-né de réguler ses besoins nutritionnels. La plupart des nouveau-nés ont besoin de téter fréquemment y compris la nuit. La durée de la tétée dépend probablement du rythme de succion du bébé et du réflexe d'éjection, lesquels déterminent le débit de lait, et elle semble être caractéristique de chaque couple mère-enfant.

Aucune donnée ne permet de conseiller à la mère de proposer un sein ou les deux à chaque tétée. En prévention d'un éventuel engorgement, il est cependant important de n'offrir l'autre sein au nourrisson que lorsque celui-ci arrête de téter de lui-même. Un bébé, correctement positionné au sein, doit pouvoir « décider » s'il doit prendre un sein ou les deux et il doit pouvoir passer d'un schéma de tétée à un autre en fonction de ses besoins.

Si le lait n'est pas évacué au fur et à mesure de sa sécrétion, il y a un risque d'engorgement à court et à moyen terme et de baisse de la production de lait. Pour les mères dont les capacités de stockage mammaire sont faibles, il ne peut pas y avoir d'intervalles prolongés entre les tétées et ceci est évidemment valable le jour et la nuit. Pour beaucoup d'enfants la répartition des tétées entre le jour et la nuit est la seule façon d'obtenir une ration suffisante sur 24 heures. Les tétées nocturnes peuvent être une cause d'arrêt précoce de l'allaitement, il est donc nécessaire d'informer les parents et de leur apporter un soutien pour qu'ils comprennent et acceptent le comportement de leur enfant.

Même si les effets de la cohabitation jour et nuit ne peuvent pas être évalués indépendamment de ceux liés à la pratique d'un allaitement à la demande, même s'il s'agit d'une pratique dont on ne peut dire si elle est la cause ou la conséquence de l'allaitement, la plupart des données incitent à l'encourager, d'autant plus qu'elle favorise aussi le processus d'attachement, bénéfique à tous les bébés, même non allaités. La proximité de la mère et de son bébé de jour comme de nuit facilite la conduite de l'allaitement durant le séjour à la maternité, puis à la maison et c'est un préalable indispensable à la pratique d'un allaitement réellement à la demande. [21]

- **« Ne pas faire arrêter l'allaitement sous prétexte de maladie qui n'aurait pas de traitement adapté / soigner sans discrimination donc trouver un traitement compatible même si cela demande un peu de recherche, et ne pas dire d'emblée qu'il n'existe pas de traitement, qu'il faut sevrer ou interrompre momentanément l'allaitement. »**

Nous avons déjà développé le thème « prescription chez la femme qui allaite », donc nous n'y reviendrons pas ici, même si cette notion est effectivement primordiale.

- **« Informer les patientes sur le lait maternel autant qu'elles le sont sur le lait artificiel »**

Je ne suis pas persuadée que les femmes et les médecins soient vraiment informés sur les préparations pour nourrissons, leur administration est simplement culturellement normale et la plupart des gens ne pensent même pas à la mettre en question.

Pourtant, l'ANAES souligne que « les inconvénients potentiels de l'alimentation artificielle concernent la contamination lors des étapes de préparation du biberon ou lors de son nettoyage, les défauts de stérilisation (même si les risques sont potentiellement très faibles dans les pays industrialisés), les erreurs de dosage de la poudre de lait aboutissant à une surconcentration de la préparation, les erreurs dans les processus de fabrication ainsi que le coût de ces substituts. » [21]

De récents exemples de préparations pour nourrissons retirées du marché suite à des décès d'enfants font également réfléchir...

Nous avons déjà étudié les risques en terme de morbi-mortalité liés au non-allaitement, et évoqué la pression des industries agro-alimentaires. J'aimerais souligner ici que les intérêts de l'Etat entrent aussi en jeu dans les actions de promotion de l'allaitement maternel : l'industrie infantile rapporte à l'Etat français des impôts dont la part est loin d'être négligeable : avec le marché de 1.511 milliards de francs que nous évoquions précédemment, les laits industriels pour jeunes enfants rapportent en effet environ 83 millions de francs de TVA à l'Etat (produit taxé à 5.5%). Cette industrie apporte également des emplois directs et indirects à une partie de la population française (y compris dans le secteur médical). Mais on peut néanmoins se demander s'il faut favoriser une industrie exportatrice au mépris des conséquences que ces mêmes exportations ont sur la santé des bébés dans le monde [107]...

- **« Se baser sur les courbes de croissance des bébés allaités et non celles des carnets de santé. »**

Les conclusions des travaux de l'OMS visant à élaborer une nouvelle référence internationale de croissance des nourrissons et enfants sains allaités par leur mère sont très attendues, et on peut imaginer que leur présence dans le carnet de santé aux côtés des courbes actuelles serait une avancée importante pour le suivi des enfants allaités.

- « *Etre un interlocuteur qui encourage et soutienne, même sans donner d'informations particulières.* »
- « *Ne pas donner de conseils erronés à une femme dont l'allaitement marche bien.* »
- « *Savoir orienter vers des personnes formées / si le médecin ne souhaite pas se former, renvoyer la patiente vers une personne compétente plutôt que de donner de mauvais conseils qui mettent l'allaitement en péril.* »
- « *Respecter les choix de maternage des mamans, pas de jugements, quelle que soit son opinion personnelle.* »

Je trouve ces remarques très importantes et très pertinentes, car elles expriment bien que les patientes n'attendent pas forcément de leur généraliste qu'il soit un « multi-spécialiste ». Elles le replacent bien dans son rôle de soutien, de suivi et de prévention, de relais vers des correspondants spécialisés en cas de besoin, et seulement dans ce cas. Et elles rappellent la notion de respect, si précieuse dans notre profession...

- « *Importance de permettre un choix éclairé ; pouvoir donner de vraies infos, de vrais conseils.* »

C'est pour aller dans ce sens, sans nécessairement passer par une formation longue et très spécifique, que l'idée de proposer un outil aux praticiens s'est imposée :

## **12. Présentation d'un outil de consultation destiné aux médecins généralistes**

*« Le rôle des professionnels de santé dans le succès ou l'échec de l'allaitement est particulièrement important. Manquant de formation initiale sur le sujet, ils n'ont trop souvent comme « solution » face à un problème quel qu'il soit (voire pas de problème du tout), de préconiser l'arrêt de l'allaitement. » [198]*

Partant du même constat, il nous a paru indispensable de proposer un outil d'aide à la consultation aux praticiens confrontés à l'allaitement maternel chez certaines de leurs patientes.

Le but est d'éviter des prescriptions médicales de sevrage abusives, sachant que cette solution est rarement nécessaire, et souvent dangereuse pour la santé de la mère et de l'enfant.

Les recommandations de l'ANAES sont précieuses et donnent une base de travail scientifique solide ; nous avons voulu notre outil pratique et didactique, permettant de trouver des éléments cliniques et thérapeutiques directement utilisables en consultation de médecine générale courante.

Il comportera 3 parties :

- *Passport pour l'allaitement* : regroupera sous forme de fiches les situations les plus fréquemment rencontrées en pratique courante avec une proposition de conduite à tenir (Cf. Annexe I2),
- *Livret du médicament* : passera en revue les différentes spécialités et proposera un code couleur d'aide à la prescription (rouge : produit incompatible, vert : produit compatible, orange : produit nécessitant l'évaluation du rapport bénéfices-risques, avec éléments de réflexion pour aider à la décision),
- *Coordonnées de référents* pour l'allaitement maternel dans la région dans le cadre d'un travail en réseau.

Les thèmes abordés dans le passeport pour l'allaitement seront les suivants :

**- Eléments de physiologie de base :**

Physiologie de la lactation

Bénéfices de l'allaitement

**- Eléments de surveillance, d'accompagnement et d'évaluation d'un allaitement normal :**

Idées reçues sur l'allaitement

Alimentation de la femme allaitante

Rôle du père

Positions

Critères de bon déroulement d'un allaitement

Croissance normale du bébé allaité

Rythmes de vie du nourrisson

Nuits

Supplémentation en vitamine K

Diversification

**- Situations particulières :**

Co-allaitement

Jumeaux

Césarienne

Bébé hypotonique, hypotrophe, prématuré

T21

Fente palatine

Phénylcétonurie

**- Situations fréquemment rencontrées chez la mère :**

Tabac

Reprise du travail

Extraction du lait

Conservation du lait

Entretien de la lactation

Surproduction de lait, réflexe d'éjection fort

Contraception

Rééducation périnéale

**- Complications de l'allaitement chez la mère :**

Douleurs

Crevasses

Engorgements

Lymphangite

Infections sévères du sein

Candidose

Fièvre maternelle

**- Petits soucis du bébé :**

Pleurs

Selles

Muguet

Coliques

Refus du sein

Confusion sein-tétine

### - Situations pathologiques chez le bébé :

Ictère

Allergie

Bronchiolite

Diarrhée, GEA

RGO

Prise de poids insuffisante

Le Passeport pour l'allaitement accompagné du Livret du Médicament est en cours de réalisation par des sous-groupes de travail, constitués au sein de la commission « Allaiter en Moselle-Est », qui regroupe hospitaliers, libéraux, professionnels de PMI, et membres d'une association de soutien à l'allaitement maternel locale : pédiatres, gynéco-obstétriciens, généralistes, pharmaciens, puéricultrices, sages-femmes, mères de famille, mettent en commun leur expérience pour créer cet outil et le rendre le plus pratique et convivial possible, pour une meilleure prise en charge de l'allaitement maternel en médecine générale.

### **13. Accueil du projet par les médecins généralistes**

Cet outil de consultation s'adressant directement aux médecins généralistes, pour faciliter et améliorer la prise en charge des difficultés que l'allaitement peut amener dans leur pratique quotidienne, nous avons voulu savoir comment il serait accueilli par les professionnels concernés, et quelles étaient leurs attentes en la matière.

Si seulement 55% des médecins interrogés sont demandeurs de formation en matière d'allaitement, ils sont 83% à penser qu'un outil de consultation pourrait leur être utile en pratique courante, ce qui nous a encouragés dans notre projet.

Les médecins souhaitent en grande majorité que cet outil soit axé sur des **questions pratiques** (97%) et des **recommandations en situation pathologique** (80%).

Les **coordonnées de référents** ne sont souhaitées qu'à 41% (pour prendre un avis, adresser la mère et l'enfant en cas de nécessité de passer la main, ou pour la prise en charge de problèmes non médicaux dans le cadre d'un travail en réseau).

Cela confirme que les généralistes n'estiment pas que l'allaitement puisse être un domaine nécessitant des compétences spécifiques comme dans toute autre spécialité médicale.

Les **données scientifiques** concernant l'impact de l'allaitement sur la santé maternelle et infantile, ainsi que des données sur la physiologie de la lactation humaine, arrivent en dernière position (à 37%).

Ceci peut s'expliquer par le fait que les praticiens souhaitent en général posséder des informations directement applicables en pratique courante et que les données scientifiques proposées n'en font pas partie *a priori*.

Cela peut également être le fait de réminiscences des comparaisons particulièrement indigestes entre les compositions biochimiques des laits de vache, préparations pour nourrissons et lait de mère qui font partie actuellement de la formation médicale initiale...

Ou bien encore être lié au fait déjà évoqué précédemment que les médecins pensent avoir les connaissances théoriques nécessaires et suffisantes et n'éprouvent donc pas le besoin de les approfondir.

Pourtant, lorsqu'on sait l'importance d'une bonne compréhension de la physiologie de la lactation pour accompagner de façon efficace un allaitement bien conduit, et pour résoudre

d'éventuelles difficultés en cours d'allaitement, une présentation de ces notions apparaît indispensable... D'ailleurs, lors des soirées de FMC organisées en Moselle-Est à l'intention des professionnels de santé (généralistes ou spécialistes), l'exposé de notions de physiologie de la lactation en réponse à un cas clinique de prise de poids insuffisante chez un nourrisson allaité rencontre en général un accueil très favorable.

Nous avons souhaité préciser les attentes des médecins concernant les thèmes qu'ils souhaiteraient voir aborder dans les rubriques « questions pratiques » et « recommandations en situation pathologique ».

Pour la rubrique « Questions pratiques » :

Les **informations à donner à une mère sur les bénéfices de l'allaitement** arrivent en tête (73%). Cet item rejoint pourtant la notion de « données scientifiques concernant l'impact de l'allaitement sur la santé maternelle et infantile », axe que les praticiens n'avaient pas privilégié d'emblée, mais qui nous semble également fondamental.

Viennent ensuite les **conseils pour la reprise du travail**, extraction et conservation du lait (67%). Cette proportion est surprenante car les médecins n'étaient que 32% à considérer les demandes de conseils pour la poursuite de l'allaitement lors de la reprise du travail comme un motif de consultation fréquent. Peut-être souhaitent-ils pouvoir proposer une alternative au sevrage, situation pour laquelle ils sont plus souvent sollicités ?

A mon sens, le meilleur « conseil » qui peut être donné en cabinet de médecine générale à une patiente qui sait qu'elle va bientôt reprendre le travail est en fait une simple information : travail et allaitement sont compatibles ; la reprise du travail n'est pas synonyme de sevrage si la mère et le bébé en décident autrement. Pour les modalités pratiques, un soutien de mère à mère me semble plus adapté qu'une prise en charge médicale dans ce contexte.

La **fréquence des tétées et la notion d'allaitement à la demande** ont été sélectionnées à 64%. Ces notions sont effectivement primordiales pour l'accompagnement d'un allaitement, surtout dans le contexte culturel que nous avons décrit plus haut, avec notre héritage de puériculture normative et rigide. Il serait intéressant de savoir combien de praticiens rassurent la mère qui leur dit que son bébé tète 10 à 15 fois par 24 heures ou plus, et combien lui conseillent de compléter les tétés par une préparation pour nourrisson car elle manque certainement de lait... Combien la confortent dans la conduite de son allaitement, et combien lui conseillent de laisser pleurer l'enfant, surtout la nuit, plutôt que de lui proposer le sein si souvent... Ces notions découlent directement de la connaissance de la physiologie de la lactation telle que nous l'avons détaillée précédemment.

59% des médecins ont cité les **critères d'évaluation du bon déroulement d'un allaitement maternel** comme thème important à traiter dans le livret. A mon sens, c'est le plus important, car un des principes de base de la médecine est comme chacun sait : « Primum non nocere ». Il est primordial de pouvoir affirmer qu'un allaitement est bien conduit pour plusieurs raisons :

La première est de ne pas banaliser un allaitement mal conduit car la vie de l'enfant (déshydratation) et celle de sa mère (abcès du sein mal soigné) sont en jeu. Il va de soi qu'il conviendra alors de revoir la conduite de l'allaitement, si nécessaire avec une équipe spécialisée, et non de conseiller le sevrage...

La seconde raison est qu'il n'est pas acceptable de « faire arrêter » un allaitement bien conduit pour de mauvaises raisons, notamment une prise de poids jugée insuffisante par rapport aux

courbes des carnets de santé, alors qu'elle correspond à la prise de poids normale d'un bébé allaité, selon les courbes de l'OMS (Cf. Annexe 8). Une bonne connaissance des critères d'évaluation de l'allaitement permettra de juger si le bébé reçoit suffisamment de lait maternel (par estimation de l'élimination), et si c'est le cas de rassurer les parents sur la progression pondérale de l'enfant et de les conforter dans leur conduite de l'allaitement et leur capacité à bien s'occuper de leur enfant.

#### Pour la rubrique « Situations pathologiques » :

La conduite à tenir en cas de **pathologies de la mère** arrive en tête avec 80% des choix. Cela rejoint l'impression des praticiens que les complications de l'allaitement sont fréquentes et que leur prise en charge correspond à l'essentiel de leur pratique concernant l'allaitement.

Dans le questionnaire, je donnais des exemples, notamment la candidose des canaux lactifères et la notion de surproduction de lait, en espérant soulever des questions, mais il n'y en a pas eu. Les conditions dans lesquelles les questionnaires ont été remplis (au cours d'une FMC dont le thème n'avait en général rien à voir avec mon sujet) ne favorisaient malheureusement pas les échanges, ce que je regrette.

La conduite à tenir en cas de **pathologies de l'enfant** a intéressé 70% des médecins ; les exemples proposés étaient : allergie, régurgitations, ictère, muguet, GEA, bronchiolite, avec indication ou non de la poursuite de l'allaitement. Il est en effet non seulement dommage mais surtout préjudiciable pour l'enfant de vouloir le priver de lait maternel lorsqu'il est malade, comme cela est encore trop souvent le cas. Généraliser cette notion est un enjeu important.

Le thème « **Allaitement et médicaments** » n'a été choisi « qu'à » 69%. Il était proposé de la façon suivante : « *Aide à la prescription en cas de pathologie intercurrente nécessitant un traitement médicamenteux chez une femme allaitante (usage des médicaments de façon plus explicite que dans le Vidal)* ». Je suis surprise que cet item n'ait pas recueilli la majorité des choix car il me semble que la prescription chez une femme allaitante est une part importante de l'activité des médecins généralistes au cours de l'allaitement de leurs patientes. Et nous avons vu combien les RCP du Vidal sont insuffisantes pour une prescription raisonnée chez la femme qui allaite...

Peut-être les médecins ne sont-ils pas prêts à s'affranchir de cette référence que représente le Vidal en matière de prescription, surtout dans le contexte médico-légal actuel. Si c'est le cas, c'est bien dommage, car cela permettrait aux femmes de ne plus s'entendre dire qu'on ne peut pas les soigner si elles continuent à allaiter, ce qui est faux dans la plupart des cas... C'est pourquoi la rubrique « Livret du médicament chez la femme qui allaite » nous semble si importante et a mobilisé un groupe de travail spécifique pour sa réalisation. En effet, il est primordial que les praticiens aient à leur disposition une référence en la matière, leur permettant une prescription rapide et sûre.

Pour mémoire, un praticien au moins semble partager notre enthousiasme et a annoté « Oh oui ! » à côté de l'item « aide à la prescription » !

La conduite à tenir, avec nécessité ou non de prescrire des compléments, en cas de **mauvaise prise de poids du bébé** a été choisie à 60%, mais cet item rejoint la question de l'évaluation de l'allaitement, la séparation en « questions pratiques » et « situations pathologiques » étant arbitraire et artificielle.

J'ajouterai une remarque concernant mon questionnaire : la question était tournée ainsi : « Cochez les items qui vous semblent *les plus importants* à traiter dans ce livret ». Les

réponses à cette question ne permettent donc de savoir que *ce que* les praticiens souhaitent trouver dans le livret, mais pas *pour quelles raisons*. Il n'est en effet pas possible de savoir si les thèmes sélectionnés correspondent aux situations qu'ils rencontrent le plus souvent ou à celles qu'ils ont le plus de mal à gérer, ou simplement aux thèmes qu'ils jugent nécessaires de connaître pour l'accompagnement d'un allaitement, sans préjuger de leurs connaissances ni de leur pratique personnelle.

Il aurait également été intéressant de demander aux médecins de classer les items choisis par ordre d'importance, mais cela me semblait alourdir considérablement le questionnaire.

Certains praticiens ont fait des propositions pour les thèmes à traiter :

- Diététique de la mère (apports nutritionnels indispensables, protéines, calcium, vitamine D... aliments à éviter) a été proposé deux fois,
- Douleurs abdominales ou coliques des nourrissons allaités,
- Durée de la supplémentation en vitamine K,
- Données administratives : remboursement tire-lait, balance, indemnisation arrêts de travail,
- Rôle du père.

Ces thèmes seront abordés dans le « Passeport pour l'allaitement ».

Concernant le rôle du père qui est souligné ici et que j'ai très peu abordé jusqu'à présent, l'ANAES mentionne que : « Les pères peuvent être capables de fournir un soutien physique et psychologique, mais ne sont pas nécessairement préparés à remplir ce rôle. Les auteurs soulignent l'intérêt de programmes d'éducation prénatale des pères pour dissiper les mythes les plus courants afin de surmonter les éventuelles difficultés lors du début de l'allaitement et pour fournir un soutien à la mère après la naissance. » Et concernant les facteurs influençant l'allaitement, il apparaît, selon Jodelet et Ohana, que la décision prise par la future mère quant au mode d'alimentation semblait peu influencée par le père qui n'est cité que dans 1/3 des cas, sa participation étant active et encourageante dans 13 % des cas. [225]

Globalement, il semble donc que les médecins généralistes interrogés soient favorables à la diffusion de l'outil de consultation que nous leur proposons, et que les thèmes abordés correspondent à leur pratique et à leurs attentes.

Il conviendra d'évaluer son impact sur les pratiques et les taux d'allaitement après sa diffusion, dont les modalités restent encore à déterminer...

## V. CONCLUSIONS SUR L'ENQUÊTE

Les points forts qui ressortent de ces deux enquêtes sont les suivants :

81% des médecins interrogés, et 71% des mères, estiment que les médecins généralistes jouent un rôle au cours de l'allaitement de leurs patientes.

70% des femmes ont consulté leur médecin au cours de leur grossesse, parmi lesquelles 86% n'ont pas reçu d'information sur l'allaitement. Cependant 76% des médecins déclarent aborder la question de l'allaitement avec les femmes enceintes qui les consultent.

89% des femmes ont consulté leur médecin au cours de leur allaitement. Dans 55% des cas le médecin semblait favorable à l'allaitement, et les patientes ont eu la possibilité de s'exprimer de façon satisfaisante. Pourtant, le projet d'allaitement de la mère n'a été respecté que dans 46% des cas. Seules 29% des femmes ont reçu toutes les informations qu'elles souhaitaient, et 25% les ont jugées fiables. Près d'un tiers des patientes ont reçu le conseil de sevrer leur enfant ou de lui donner des compléments de lait industriel. L'influence du médecin généraliste sur l'allaitement est jugée positive dans 17% des cas seulement.

74% des médecins n'ont pas suivi de formation spécifique à l'accompagnement de l'allaitement maternel. 65% des médecins n'ont jamais recours à des correspondants spécialistes pour résoudre des problèmes d'allaitement. 55% des médecins estiment qu'une formation spécifique leur serait utile dans leur pratique, et 83% seraient favorable à la diffusion d'un livret d'aide à la consultation en présence d'un allaitement, traitant surtout de questions pratiques et proposant des recommandations en situations pathologiques.

79% des femmes déclarent avoir reçu des informations contradictoires concernant l'allaitement, toutes sources confondues. Ce constat, déstabilisant pour les femmes concernées, justifie à lui seul que des actions soient menées dans le but d'uniformiser le discours sur l'allaitement, et de redonner une cohérence à son accompagnement.

D'une manière générale, les mères savent nous rappeler très simplement, quand on prend la peine de leur donner la parole, que le rôle du médecin généraliste dans l'allaitement est important. Il consiste avant tout à respecter les choix de ses patientes, et de ce fait à les écouter pour comprendre quel est leur désir. La place du médecin a changé, il ne devrait plus être celui qui ordonne, persuadé de détenir la vérité, mais celui qui informe, en tenant compte de la personne qu'il a en face de lui, de sa situation propre et de ses besoins.

Les mères ont besoin de soutien et d'informations fiables d'une part, mais aussi d'être écoutées et entendues dans leur vécu quotidien parfois difficile, reconnues dans leur rôle et rassurées sur leur capacité à être « une bonne mère ». Elles décrivent très bien comment l'allaitement, qui semble être ce qu'il y a de plus naturel, nécessite un apprentissage, un soutien par des personnes expérimentées et informées. Elles expriment aussi comment une petite phrase, un intervenant maladroit ou mal informé, ou simplement l'isolement et le manque de confiance en elles, peuvent suffire à faire capoter leur démarche d'allaitement, qui est aussi une des premières étapes dans leur relation à leur enfant et dans leur rôle de mère.

Je pense que le médecin généraliste n'a pas à être un « militant pro-allaitement ». Il me semble que son rôle est de conserver une neutralité bienveillante vis à vis de ses patient(e)s. Malheureusement on a encore trop vite fait de taxer « d'extrémiste » un professionnel de santé qui ne fait que diffuser les recommandations officielles en matière de durée et de bénéfices attendus de l'allaitement (on n'a pas l'habitude d'entendre qu'il est parfaitement normal, sain et physiologique d'allaiter un enfant de deux ans...). On entend souvent également que les

professionnels qui adoptent un discours visant à promouvoir l'allaitement maternel culpabilisent les femmes qui ne veulent pas allaiter. Or ce ne sont pas les femmes qui choisissent en toute connaissance de cause de donner à leur bébé un lait industriel qui se sentent coupables de ne pas allaiter, mais malheureusement celles qui auraient bien voulu allaiter et n'ont pas réussi à le faire. Le meilleur moyen d'éviter que les femmes se sentent coupables de ne pas avoir allaité est de promouvoir l'allaitement maternel et de leur apporter le soutien et les informations dont elles ont besoin pour réussir leur allaitement. [226]

Je ne pense pas non plus que tout médecin généraliste devrait avoir une formation de consultant en lactation. L'activité libérale telle qu'elle s'exerce aujourd'hui ne laisse en effet pas le temps nécessaire (sauf horaires volontairement aménagés) pour ce type de consultation. Je pense que le principal devoir d'un généraliste est de se former pour être en mesure d'informer (et ce quel que soit le domaine), mais cette formation doit rester cadrée avec sa pratique.

En matière d'allaitement maternel, il s'agit à mon sens essentiellement de connaître :

- **la supériorité du lait maternel sur les préparations pour nourrissons, et les conséquences qui en découlent en pratique (1),**
- **les recommandations en matière de durée de l'allaitement, exclusif puis diversifié (2).**

De ces notions simples, il apparaît qu'une **prescription de sevrage se justifiera extrêmement rarement (3)**, quel que soit l'âge de l'enfant, et devra toujours être mûrement réfléchi, les parents prenant bien sûr part à cette réflexion.

Il s'ensuit logiquement que toute prescription médicamenteuse sera adaptée à l'allaitement dans la mesure du possible (et il y aura une alternative dans la majorité des cas). Il semble de ce fait indispensable de posséder une **base de donnée régulièrement mise à jour en matière de pharmacologie (4).**

En cas de mauvaise prise de poids de l'enfant, ou d'incidents survenant en cours d'allaitement, étant entendu que le sevrage est rarement une solution acceptable comme cela est encore trop souvent proposé, il conviendra d'en référer à un correspondant spécialiste si le praticien n'est pas à même de résoudre le problème personnellement (comme dans tout autre domaine... Quel médecin hésite à adresser son patient au cardiologue pour un problème de douleur thoracique ?...)

Pour ces situations, il est important de connaître les **éléments de surveillance d'un allaitement normal (5)**, pour savoir quand passer la main si cela s'avère nécessaire.

Il est donc indispensable de **travailler en réseau (6)**, afin de pouvoir orienter au mieux les parents selon qu'il s'agit d'un problème relevant de la spécialité médicale (déshydratation aiguë sur un allaitement mal conduit avec ictère nucléaire par exemple) ou au contraire sortant du cadre médical (rythmes du bébé, positions pour les tétées, réassurance de la mère...). Pour une bonne prise en charge de l'allaitement, le praticien devrait donc être en mesure d'adresser sa patiente à **trois types de correspondants** : spécialiste spécifiquement formé à l'allaitement (pédiatre, gynécologue, ou autre, selon le problème), consultante en lactation pour la guidance de l'allaitement, et association de soutien à l'allaitement de mère à mère pour les soucis quotidiens et le partage d'expériences.

Ces **six axes** simples devraient être à mon sens la base de la formation des médecins généralistes concernant l'allaitement maternel, et permettraient de se rapprocher des attentes des patientes envers leur médecin de famille.

Du côté des patients, je pense qu'il est grand temps également qu'ils cessent d'attendre de leur médecin plus qu'il ne peut leur apporter. Le médecin ne peut plus posséder aujourd'hui un savoir approfondi dans tous les domaines (car l'allaitement maternel reste, malgré tout l'intérêt qu'on peut lui porter, un domaine parmi tant d'autres auxquels les médecins sont confrontés dans leur pratique). Aux patients donc, de se responsabiliser, de s'informer et de contribuer à l'élargissement du champ de compétences de leur médecin, si celui-ci a l'esprit assez ouvert pour accepter ses limites et apprendre de et avec ses patients...

Nathalie Roques [199], confirme que « *comme l'allaitement maternel a un impact important sur la santé du jeune enfant et de sa mère, soutenir les mères allaitantes est devenu une mission de santé publique* », et ajoute néanmoins que « *il semble exagéré d'exiger un soutien complet et permanent de la part des professionnels de santé. S'ils peuvent beaucoup pour la mère et son bébé, ils ne sont pas tout non plus. C'est pour cela que, dans une société où les mères ont parfois du mal à trouver du soutien dans leur milieu familial et amical proche, organiser des groupes de parole est devenu indispensable.* »

Je laisserais le mot de la fin au Docteur Marc Pilliot, directeur de la CoFAM, qui résume de la façon suivante l'esprit de l'IHAB, et redonne au soignant sa vraie place : [227]

- *ne pas juger, ne pas fustiger, ne pas culpabiliser, ne pas nuire ;*
- *mais plutôt observer, surveiller, évaluer, sans agir si cela n'est pas nécessaire ;*
- *soutenir, accompagner, encourager, être « avec... » et non pas « à la place de... ».*

Cet état d'esprit peut s'appliquer à tout professionnel de santé, qu'il soit hospitalier ou libéral, généraliste ou spécialiste, et ne se limite pas au seul accompagnement de l'allaitement maternel : il touche tous les domaines de notre exercice.

Et n'est-ce pas finalement ce même esprit qui est décrit dans le serment figurant au début de cette thèse ?...

# CONCLUSION

Ce travail m'a permis de faire le point sur le cadre législatif, ainsi que sur les textes et documents officiels qui régissent la pratique de l'allaitement maternel au niveau national et international. Il présente les associations et organisations qui participent à la promotion de l'allaitement maternel, en France et dans le monde.

Il propose également des références et une base de réflexion pour l'information des patientes concernées par l'allaitement : physiologie de la lactation, indispensable pour comprendre et accompagner un allaitement bien conduit, éléments nécessaires à une prescription raisonnée chez une femme qui allaite, durée recommandée de l'allaitement et bénéfices attendus, taux d'allaitement effectifs en France et éléments d'explication à notre retard en matière de durée d'allaitement.

Concernant l'âge du sevrage, la question reste ouverte... L'allaitement est au cœur de nombreuses disciplines : sociale, économique, historique, ethnologique, médicale et psychologique, et c'est ce qui en fait sa complexité. L'allaitement prolongé se trouve encore davantage entrelacé entre les usages socio-culturels et les enjeux personnels. Et il est d'autant plus important de prendre ces éléments en compte pour permettre un meilleur accompagnement des patientes allaitantes.

Ce désir de mieux accompagner les patientes allaitantes est né de mon expérience personnelle d'allaitement, et a été conforté par l'enquête que j'ai menée auprès de médecins généralistes de Moselle et de femmes ayant une expérience d'allaitement.

Cette enquête a mis en évidence des points de vue divergents entre ces femmes et les médecins interrogés, notamment sur l'importance de la relation d'allaitement dans la vie d'une mère et de son enfant. Par contre la nécessité de mieux former les professionnels de santé à l'accompagnement de l'allaitement apparaît clairement dans les deux populations.

Pour y contribuer, le groupe « Allaiter en Moselle Est », composé de représentants de tous les intervenants locaux pour la promotion et le soutien de l'allaitement maternel, travaille à la réalisation d'un outil de consultation à l'intention des médecins généralistes : il donnera des informations sur l'allaitement et des conduites à tenir directement applicables en pratique quotidienne. Une partie de ce document sera dédiée à la prescription chez la femme qui allaite. Une attention particulière y sera également apportée pour favoriser le travail en réseau, notamment en créant un annuaire des personnes et lieux ressources au niveau local.

A partir des réponses des médecins et des réflexions des patientes collectées lors de mon enquête, j'ai également essayé de donner des propositions sur ce que peut être la place des médecins généralistes dans l'accompagnement de l'allaitement maternel aujourd'hui. Parmi les éléments les plus importants, je retiendrais les notions de respect et de confiance (confiance du médecin et de son patient l'un envers l'autre, et confiance des mères en leur capacité à prendre soin de leur enfant)...

J'espère, par ce travail, contribuer à l'amélioration de la prise en charge de l'allaitement maternel en médecine générale.

Mais cela n'est pas suffisant pour optimiser la promotion de l'allaitement au sens large... En effet, il ne suffit pas d'uniformiser le discours et la pratique des seuls médecins généralistes, le problème est d'une toute autre ampleur : il faut agir en maternités (par la généralisation des labels IHAB), auprès des spécialistes (pédiatres, gynécologues, et toutes les autres spécialités également, puisque tout intervenant peut être amené à prescrire chez une femme allaitante...), des paramédicaux, des pharmaciens...

Bien plus largement encore, il faut, et c'est là que se situe le fond du problème, agir en profondeur pour changer les mentalités, dans une société où la sous-culture du biberon est omniprésente.

Pour que cela soit possible, et pour que la promotion de l'allaitement maternel soit traitée comme un véritable problème de santé publique, une volonté politique forte est nécessaire ...

On a par exemple assisté ces dernières années à une campagne de mobilisation nationale pour la réduction des prescriptions d'antibiotiques, à grand renfort de spots télévisés et radiophoniques, d'une plaquette unique et officielle largement diffusée, de nombreuses opérations de communication et de formation...

Le jour où nos dirigeants feront de même pour l'allaitement maternel, alors, oui, le frémissement qu'on commence à percevoir aujourd'hui dans les mentalités et les pratiques pourra engendrer un vrai changement culturel.

En attendant, il faut continuer à agir, chacun à son niveau : les choses ont déjà beaucoup évolué en 15 ans, notre persévérance contribuera sans doute à pérenniser les directions qui ont été prises.

# **BIBLIOGRAPHIE**

1. UNICEF, Communiqué de presse du 22 Novembre 2005.  
[http://www.unicef.org/french/media/media\\_30011.html](http://www.unicef.org/french/media/media_30011.html)
2. World Health Organization. *Code International de commercialisation des substituts du lait maternel*. Geneva: WHO; 1981.  
[http://www.who.int/nutrition/publications/code\\_french.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf)
3. World Health Organization. *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel, le rôle spécial des services liés à la maternité*. Geneva: WHO; 1989.
4. <http://perso.wanadoo.fr/ipa/international/Innocenti.html>
5. <http://perso.wanadoo.fr/ipa/international/IHAB.HTML>
6. World Health Organization. *Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement*. Geneva: WHO; 1999.  
<http://www.who.int/reproductive-health/docs/allaitement.pdf>
7. European Union Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation*. European Commission, Directorate for Public Health, Luxembourg, 2003.
8. CoFAM. Communiqué de presse du 4 février 2006.
9. World Health Organization. *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Geneva: WHO; 2003.  
[http://www.who.int/nutrition/publications/g\\_s\\_infant\\_feeding\\_text\\_fre.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/g_s_infant_feeding_text_fre.pdf)
10. *Convention relative aux droits de l'enfant*. A.G. res. 44/25, annex, 44 U.N. GAOR Supp. (No. 49) à 167, U.N. Doc. A/44/49 (1989).  
<http://www.unicef.fr/pdf/convention.pdf>
11. <http://www.fao.org/docrep/V7700T/v7700t03.htm>
12. <http://www.ilo.org/public/french/bureau/inf/pr/2000/28.htm>
13. <http://www.unicef-icdc.org/publications>  
Innocenti Research Center. *1990-2005, Celebrating the Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding: Past Achievements, Present Challenges and the Way Forward for Infant and Young Child Feeding*. Innocenti Publications, 2005.
14. American Academy of Pediatrics, Work group on breastfeeding. *Breastfeeding and the use of human milk*. Pediatrics 1997 ;100(6):1035-1039.  
<http://www.aap.org/policy/re9729.html>
15. American Academy of Pediatrics, *Breastfeeding promotion in pediatric office practices*, 1999.

16. American Academy of Pediatrics, Section on Breastfeeding 2003–2004: Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ. *Breastfeeding and the Use of Human Milk*. Pediatrics 2005;115:496–506.
17. Herzog-Evans M. *Aspects juridiques de l'allaitement maternel en France*. RD sanit. soc. 2001;37(2) :223-40.
18. <http://perso.wanadoo.fr/ipa/> → Rubrique Dossiers en ligne → International → Code international
19. V.J.-M. Belorgey, *Réflexions sur l'inefficacité de droit*, Rev. Adm. N°314, p126.
20. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés, *Programme National Nutrition Santé 2001-2005*.  
[http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/34\\_010131.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/34_010131.htm)
21. ANAES. *Mise en œuvre et poursuite de l'allaitement maternel dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant*. Recommandations pour la pratique clinique, 2002.  
<http://www.anaes.fr/anaes/anaesparametrage.nsf/Page?ReadForm&Section=/anaes/SiteWeb.nsf/wRubriquesID/APEH-3YTFUH?OpenDocument&Default=y&>  
(thème « Pédiatrie-Néonatalogie »)
22. ANAES. *Sorties précoces après accouchement : conditions pour proposer un retour à domicile précoce*. Recommandations pour la pratique clinique, 2004.  
<http://www.anaes.fr/anaes/anaesparametrage.nsf/Page?ReadForm&Section=/anaes/SiteWeb.nsf/wRubriquesID/APEH-3YTFUH?OpenDocument&Default=y&>  
(thème « Pédiatrie-Néonatalogie »)
23. Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie : Bocquet A, Bresson JL, Briend A, Chouraqui JP, Darmaun D, Dupont C, Frelut ML, Ghisolfi J, Girardet JP, Goulet O, Putet G, Rieu D, Rigo J, Turck D, Vidailhet M. *Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère*. 2005.  
<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/allaitement.pdf>
24. HAS. *Allaitement maternel suivi par le pédiatre*, Référentiel d'auto-évaluation des pratiques professionnelles, 2005.  
<http://www.anaes.fr/anaes/anaesparametrage.nsf/Page?ReadForm&Section=/anaes/SiteWeb.nsf/wRubriquesID/APEH-3YTFUH?OpenDocument&Default=y&>  
(thème « Pédiatrie-Néonatalogie »)
25. Agence Française de Sécurité Sanitaire de Aliments : Putet G, Humbert S, Tenailleau S, Maubois JL, Rigo J. *Recommandations d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons*. Archives de Pédiatrie 2006;13:20-23.  
<http://www.afssa.fr/Ftp/Afssa/32117-32118.pdf>

26. Hamosh M et al. *Breastfeeding and the working mother : effect of time and temperature of short-term storage on proteolysis, lipolysis, and bacterial growth in milk*. Pediatrics 1996;97(4):492-498.
27. Barger J, Bull P. *A comparison of the bacterial composition of breast milk stored at room temperature and stored in the refrigerator*. Int J Childbirth Ed 1987;2:29-30.
28. Pardou A et al. *Human milk banking : influence of storage processes and of bacterial contamination on some milk constituents*. Biol Neonate 1994;65:302-309.
29. La Leche League International. *Traité de l'allaitement maternel*. Charlemagne : Quebec, 1999, p210.
30. <http://www.unicef.org/french/whatwedo/index.html>
31. <http://www.unicef.org/french/earlychildhood/index.html>
32. <http://www.who.int/about/en/>
33. <http://perso.wanadoo.fr/ipa/international/resolutions.htm>
34. <http://www.ilo.org/public/french/about/index.htm>
35. <http://www.lalecheleague.org>
36. <http://www.ibfan.org/french/ibfan00-fr.html>
37. <http://www.waba.org.my/wwaba.htm>
38. <http://www.ilca.org/about/index.php>
39. <http://www.allaite.org>
40. [http://www.coordination-allaitement.org/La\\_SMAM.htm](http://www.coordination-allaitement.org/La_SMAM.htm)
41. <http://www.lilfrance.org/pages/lilquoi/sommaire.htm>
42. <http://www.info-allaitement.org>
43. <http://perso.wanadoo.fr/ipa>
44. <http://www.consultants-lactation.org>

45. <http://action.allaitement.free.fr/pages/apa03.html>
46. <http://perso.wanadoo.fr/ipa/international/ressources.html>
47. <http://www.co-naitre.net>
48. <http://www.solidarilait.org>
49. <http://reseau-mdam.org/association/index.php>
50. <http://www.coordination-allaitement.org/Annu.htm>
51. <http://perso.wanadoo.fr/ipa/> → dossiers en ligne → santé → en savoir plus : physiologie.
52. Hartmann P. *Régulation de la synthèse du lait chez les femmes*. Dossiers de l'allaitement Hors Série 2000:12-17.
53. Zix-Kieffer I. *Physiologie de la lactation humaine*. Mémoire pour l'obtention du Diplôme Universitaire de Lactation Humaine, Grenoble, 2003.
54. Salazar H, Tobon H. *Morphologic changes of the mammary gland during development, pregnancy and lactation*. Lactogenic Hormones Fetal Nutrition and Lactation. Ed. Josimovich JE, Reynolds M, Cobo E (New-York: Jolin & Sons) 1974; 221-227.
55. Russo J, Russo IH. *Development of the human mammary gland*. The Mammary Gland Development Regulation and Function. Ed. Neville MC, Daniel CW (New-York: Plenum Press) 1987; 67-93.
56. Ostrom KM. *A review of the hormone prolactin during lactation*. Progress in Food and Nutrition Science 1990;14:1-44.
57. Arthur PG, Kent JC, Potter JM, Hartmann PE. *Lactose in blood in non pregnant, pregnant and lactation women*. Journal of pediatric Gastroenterology 1991;13:254-259.
58. Flynn FV, Harper C, De Mayo P. *Lactosuria and glycosuria in pregnancy and the puerperium*. The Lancet 1953;11:698-704.

59. Cox DB, Kent JC, Casey TM, Owens RA, Hartmann PE. *Breast growth and the urinary excretion of lactose during pregnancy and early lactation : Endocrine relationships*. Experimental physiology 1999;84:421-434.
60. Kulski JK, Hartmann PE. *Changes in human milk composition during the initiation of lactation*. Australian Journal of Experimental Biology and Medical Science 1981;59:101-114.
61. Neubauer SH, Ferris AM, Chase CG, Fanelli J, Thompson CA, Lammi-Keefe CJ, Clark RM, Jensen RG, Bendel RB, Green KW. *Delayed lactogenesis in women with insulin-dependent diabetes mellitus*. American Journal of Clinical Nutrition 1993;58:54-60.
62. Neville MC, Allen JC, Archer PC, Casey CE, Seacat J, Keller RP, Lutes V, Rasbach J, Neifert M. *Studies in human lactation: Milk volume and nutrient composition during weaning and lactogenesis*. American Journal of Clinical Nutrition 1991;54:81-92.
63. Kuhn NJ. *Progesterone withdrawal as the lactogenic trigger in the rat*. Journal of endocrinology 1969;44:39-54.
64. Neifert MR, McDonough SL, Neville MC. *Failure of lactogenesis associated with placental retention*. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1981;140:477-478.
65. Kulski JK, Hartmann PE, Martin JD, Smith M. *Effects of bromocriptine mesylate on the composition of the mammary secretion in non-breastfeeding women*. Obstetrics and Gynaecology 1978;52:38-42.
66. Cox DB, Owens RA, Hartmann PE. *Blood and milk prolactin and the rate of milk synthesis in women*. Experimental Physiology 1996;81:1007-1020.
67. Kent JC, Mitoulas L, Cox DB, Owens RA, Hartmann PE. *Breast volume and milk production during extended lactation in women*. Experimental Physiology 1999;84:435-447.

68. Arthur PG, Smith M, Hartmann PE. *Milk lactose, citrate and glucose as markers of lactogenesis in normal and diabetic women*. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 1989;9:488-496.
69. Arthur PG, Kent JC, Hartmann PE. *Metabolites of lactose synthesis in milk from diabetic and non-diabetic women during lactogenesis II*. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 1994;19:100-108.
70. Lyons WR. *Hormonal Synergism in mammary growth*. Proceedings of the royal Society (London) 1958;149:303-325.
71. Arthur PG, Jones TJ, Spruce J, Hartmann PE. *Measuring short-term rates of milk synthesis in breast-feeding mothers*. Quarterly Journal of Experimental Physiology 1989;74:419-428.
72. Daly SEJ, Kent JC, Huynh DQ, Owens RA, Alexander BF, Kim CNG, Hartmann PE. *The determination of short-term breast volume changes and the rate of synthesis of human milk using computerized breast measurement*. Experimental Physiology 1992;77:79-87.
73. Daly SEJ, Owens RA, Hartmann PE. *The short-term synthesis and infant-regulated removal of milk in lactating women*. Experimental physiology 1993;78:209-220.
74. Daly SEJ, Kent JC, Owens RA, Hartmann PE. *Frequency and degree of milk removal and the short-term control of human milk synthesis*. Experimental Physiology 1996;81:861-875.
75. Hartman PE, Kulski JK. *Changes in the composition of the mammary secretion of women after abrupt termination of breastfeeding*. Journal of Physiology (Lond) 1978;275:1-11.
76. Cregan MD and Hartmann PE. *Computerized breast measurement from conception to weaning: clinical implications*. Journal of Human Lactation 1999;15(2):89-96.
77. Hartmann PE, Cregan MD, Ramsay DT, Simmer K, Kent JC. *Physiology of lactation in preterm mothers : initiation and maintenance*. Pediatric Annals 2003;32(5):351-355.
78. Mitoulas LR, Tat Lai C, Gurrin LC, Larsson M, Hartmann PE. *Efficacy of breast milk expression using an electric breast pump*. Journal of Human Lactation 2002;18(4):344-352.

79. Kent JC, Ramsay DT, Doherty D, Larsson M, Hartmann PE. *Response of breasts to different stimulation patterns of an electric breast pump*. Journal of Human Lactation 2003;19(2):179-186.
80. Directive de la Commission du 14 mai 1991 concernant les préparations pour nourrissons et les préparations de suite (91/321/CEE). Journal Officiel des Communautés Européennes, 04.07.1991, L 175, p 35.
81. Heird WC. *The role of polyunsaturated fatty acids in term and preterm infants and breastfeeding mothers*. Pediatr Clin North Am 2001;48:173-188.
82. Kunz C, Rudolff S, Baier W, Klein N, Strobel S. *Oligosaccharides in human milk : structural, functional and metabolic aspects*. Annu Rev Nutr 2000;20:699-722.
83. Hartmann PE. *The breast and breastfeeding*. Scientific Foundations of Obstetrics and Gynaecology, Fourth Edition, Ed E Philipp, M Setchell, M Ginsburg (Oxford: Butterworth Heinemann) 1991;378-390.
84. Newburg DS, Neubauer SH. *Carbohydrates in milk: analysis, quantities, and significance*. Handbook of Milk Composition, Ed. RG Jensen (San Diego, California: Academic Press) 1995;273-349.
85. Newman J. *L'allaitement maternel protège le nourrisson*. Pour la science 1996;46-51.
86. Gremmo-Feger G, Dobrzynski M, Collet M. *Allaitement maternel et médicaments*. J Gynecol Obstet Reprod 2003;32:466-475.
87. Beaufrère B, Bresson JL, Briend A, Ghisolfi J, Goulet O, Navarro J, et al. *La promotion de l'allaitement maternel : c'est aussi l'affaire des pédiatres*. Arch Pediatr 2000;7:1149-53.
88. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. *Transfer of drugs and other chemicals into human milk*. Pediatrics 2001;108:776-89.
89. Dictionnaire Vidal OVP Editions du Vidal, Paris 2005
90. Newman J. *What drugs can I take while breastfeeding ?* Can J Diagn 1998;105-20.
91. La revue Prescrire. *Penser aux médicaments présents dans le lait maternel*. Rev Prescr 2001;598-9.
92. Hale TW. *Medications and mothers' milk, tenth edition*. Pharmasoft publishing 2004:266-70.
93. Agence de Santé Publique du Canada. *L'allaitement : Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale*. 2004.  
[http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/prenatal/fcmc1\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/prenatal/fcmc1_f.html)

94. Howard CR, Lawrence RA. *Drugs and breastfeeding*. Clin Perinatol 1999;26:447-78.
95. Howard CR, Lawrence RA. *Xenobiotics and breastfeeding*. Pediatr Clin North Am 2001;48:485-504.
96. Merewood A, Philipp BL. *Breastfeeding : conditions and diseases*. Pharmasoft publishing 2002:52-5.
97. Hoover K. *Breast pain during lactation that resolved with fluconazole : two case studies*. J Hum Lact 1999;15:98-9.
98. Huang YC, Lin TY, Lien RI, Chou YH, Kuo CY, Yang PH, et al. *Fluconazole therapy in neonatal candidemia*. Am J Perinatol 2000;17:411-5.
99. Lee A, Moretti ME, Collantes A, Chong D, Mazzotta P, Koren G, et al. *Choice of breastfeeding and physicians' advice : a cohort study of women receiving propylthiouracil*. Pediatrics 2000;106:27-30.
100. De Schuiteneer B, De Coninck N. *Medicaments et allaitement* : Ed Arnette Blackwell, 1996.
101. Begg EJ, Duffull SB, Hackett LP, Ilet KF. *Studying drugs in human milk : Time to unify the approach*. J Hum Lact 2002;18:323-32.
102. Ito S, Koren G, Einarson TR. *Maternal non compliance with antibiotics during breastfeeding*. Ann Pharmacother 1993;27:40-2.
103. Moretti ME, Lee A, Ito S. *Which drugs are contraindicated during breastfeeding ? Practice guidelines*. Can Fam Physician 2000;46:1754-7.
104. <http://www.aap.org/policy/0063.html#table1>
105. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding : a guide for the medical profession*, 5th ed. St Louis, Missouri: Mosby, Inc; 1999.
106. Riordan J, Auerbach KG. *Breastfeeding and human lactation 2<sup>nd</sup> ed*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 1998.
107. Roques N. *Au sein du monde, Une observation critique de la conception moderne de l'allaitement maternel en France*. Paris : L'Harmattan, 2001.
108. Dettwyler KA. *A time to wean*. Breastfeeding biocultural perspectives, Ed. De Gruyer, New York, 1995.
109. Kramer MS, Kakuma R. *Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review)*. In : The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software; 2002.
110. World Health Organization. *The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review*. Geneva: WHO; 2002.

111. The Australian College of Paediatrics. *Policy statement on breastfeeding*. J Paediatr Child Health 1998;34(5):412-3.
112. Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. *A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding*. Health Technol Assess 2000;4(25).
113. Editorial (non signé). *A warm chain for breastfeeding*. The Lancet, 1994, 344, 1239-1241.
114. De Onis M, Garza C, Habicht JP. *Time for a new growth reference*. Pediatrics 1997;100:e8.
115. US Department of Health, Education and Welfare. *NCHS growth curves for children, birth-18 years*. Washington, DC: US department of health education and welfare 1977. DHEW Publication (PHS) 78-1650.
116. Kramer MS, Guo T, Platt RW, et al. *Breastfeeding and infant growth : biology or bias ?* Pediatrics 2002;110:343-347.
117. Heinig MJ, Nommsen LA, Peerson JM, Lönnerdal B, Dewey KG. *Energy and proteins intakes of breast-fed and formula-fed infants during the first years of life and their association with growth velocity: the DARLING study*. Am J Clin Nutr 1993;58:152-161.
118. Hediger ML, Overpeck MD, Ruan WJ, Troendle JF. *Early infant feeding and growth status of US-born infants and children aged 4-71 months: analyses from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994*. Am J Clin Nutr 2000;72:159-167.
119. Didierjean-Jouveau C. *Le lait maternel, c'est bon pour la santé*. Allaiter Aujourd'hui, n°27.
120. Duffy LC, Riepenhoff-Talty M, Ogra P et al. *Modulation of rotavirus enteritis during breastfeeding*. Am J Dis Child 1986;140:1164-68.
121. Lucas A, Cole TJ. *Breastmilk and neonatal necrotising enterocolitis*. Lancet 1990;336(8730):1519-23.
122. Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA et al. *Protective effect of breastfeeding against infection*. Br Med J 1990;300(6716):11-16.
123. Wright AI, Holberg CJ, Martinez FD et al. *Breastfeeding and lower respiratory tract illness in the first year of life*. Br Med J 1989;299(6705):946-49.
124. Pullan CR, Toms GL, Martin AJ et al. *Breastfeeding and respiratory syncytial virus infection*. Br Med J 1980;281(6247):1034-36.

125. Ford K, Labbok M. *Breastfeeding and child health in the United States*. Journal of Biosocial Science 1993;25:187-194.
126. Duncan B, Ey J, Holberg CJ, Wright AI, Martinez FD and Taussig LM. *Exclusive breastfeeding for at least 4 months protects against otitis media*. Pediatrics 1993;91:867-72.
127. Saarinen UM. *Prolonged breastfeeding as prophylaxis for recurrent otitis media*. Acta Paediatr Scand 1982;71:567-71.
128. Facione N. *Otitis media : an overview of acute and chronic disease*. Nurse Practit 1990;15:11-22.
129. Heacock HJ et al. *Influence of breast versus formula milk on physiological gastroesophageal reflux in healthy newborn infants*. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1992;14:41-46.
130. Giovanni V, Coppa et al. *Preliminary study of breastfeeding and bacterial adhesion to uroepithelial cells*. Lancet 1990;335:569-71.
131. Alm B, Wennergren G, Norvenius SG, Skjærven R, Lagercrantz H, Helweg-Larsen K, Irgens LM. *Breastfeeding and the sudden infant death syndrome in Scandinavia, 1992–95*. Arch Dis Child 2002;86:400-402.
132. Armstrong J, Reilly JJ. *Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity*. The Lancet, 2002,359(9322):2003-4.
133. Rolland-Cachera MF. *Prévenir l'obésité des enfants et des adolescents : Epidémiologie et déterminants possibles*. 9<sup>e</sup> congrès national des observatoires régionaux de la santé, Nantes, 28-29 septembre 2000.
134. Communications de Akerblom (Finlande) et de Pettitt (Etats-Unis), 55th Annual Meeting and Scientific Sessions ADA, Atlanta, 1995.
135. Ziegler AG et al. *Early infant feeding and risk of developing type 1 diabetes-associated antibodies*. JAMA 2003;290:1721-1728.
136. Singhai A et al. *Breastmilk feeding and lipoprotein profile in adolescents born preterm : follow-up of a prospective randomised study*. Lancet 2004;363:1571-78.
137. Davis MK, Savitz DA, Graubard BI. *Infant feeding and childhood cancer*. Lancet 1988.
138. Shu X O, Clemens J, Zheng W et al. *Infant breastfeeding and the risk of childhood lymphoma and leukaemia*. Int J Epidemiol 1995;24:27-32.
139. Freudenheim JL et al. *Exposure to breastmilk in infancy and the risk of breast cancer*. Epidemiology 1994;5:324-31.

140. Labbok MH, Hendershot GE. *Does breastfeeding protect against malocclusion? An analysis of the 1981 Child Health Supplement to the National Health Interview Survey.* Am J Prev Med 1987;3:4.
141. Mortensen EL, Fleischer Michaelsen K, Sanders SA, Machover Reinisch J. *The association between duration of breastfeeding and adult intelligence.* JAMA, 287(18):2365-2371.
142. Morrow-Tlucak M, Houde RH, Ernhart CB. *Breastfeeding and cognitive development in the first two years of life.* Soc Sci Med 1988;26:635-39.
143. Bauer G, Ewald S, Hoffman J et al. *Breastfeeding and cognitive development of three year old children.* Psychol Rep 1991;68:1218.
144. Taylor B, Wadsworth J. *Breastfeeding and child development at five years of age.* Dev Med Child Neurol 1984;26:73-80.
145. Morley R, Cole TJ, Powell R et al. *Mother's choice to provide breast milk and development outcome.* Arch Dis Child 1988;63:1382-85.
146. Rogan WJ, Gladen BC. *Breastfeeding and cognitive development.* Early Human Development 1993;31:181-193.
147. Lucas A, Morley R, Cole TJ et al. *Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm.* The Lancet 1992;339(8788):261-64.
148. Rich-Edwards et al. *Breastfeeding during infancy and the risk of cardiovascular disease in adulthood.* Epidemiology 2004;15:550-6.
149. Greco L et al. *Case-controlled study on nutritional risk factors in celiac disease.* J Pediatr Gastroenterol Nutr 1988;7:395-99.
150. Koletzko S et al. *Role of infant feeding practices in development of Crohn's disease in childhood.* Br Med J 1989;298:1617-18.
151. Whorwell PJ et al. *Bottlefeeding, early gastroenteritis and inflammatory bowel disease.* Br Med J 1979;1:382.
152. Pisacane A, De Luca U, Vaccaro F et al. *Breastfeeding and inguinal hernia.* J Pediatr 1995;127:109-11.
153. Hirota T. et al. *Effect of diet and lifestyle on bone mass in Asian young women.* Am J Clin Nutr 1992;55:1168-73.
154. Hahn-Zoric M et al. *Antibody responses to parenteral and oral vaccines are impaired by conventional and low protein formulas as compared to breastfeeding.* Acta Paediatr Scand 1990;79:1137-1142.

155. Pabst HE, Spady DW. *Effect of breastfeeding on antibody response to conjugate vaccine*. The Lancet 1990;p. 269-70.
156. Pisacane A. et al. *Breastfeeding and acute appendicitis*. Br Med J 1995;310:836-37.
157. Pisacane A, Impagliazzo N, Russo M. *Breast-feeding and multiple sclerosis*. Br Med J 1994;308:1411-12.
158. Rosenblatt KA et al. *Lactation and the risk of epithelial ovarian cancer*. International Journal of Epidemiology 1993;22(2):192-197.
159. United Kingdom National Case-Control Study Group. *Breastfeeding and risk of breast cancer in young women*. British Medical Journal 1993;307:17-20.
160. Comings RG and Klineberg RJ. *Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of hip fracture in elderly women*. International Journal of Epidemiology 1993;2(4):684-691.
161. Kennedy KI and Visness CM. *Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea*. The Lancet 1992;339:227-230.
162. Stuebe AM et al. *Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes*. JAMA 2005;294:2601-10.
163. Leclercq AM. *L'allaitement maternel : Choix personnel, problème de santé publique ou question de finances publiques ?* Mémoire pour l'obtention du DESS Economie et gestion hospitalière privée, 1997.
164. World Health Organization. *Feeding and nutrition of infants and young children*. Geneva: WHO; 2000.
165. Morell CJ, Spiby H, Stewart P, Walters S, Morgan A. *Costs and benefits of community postnatal support workers : a randomised controlled trial*. Health Technol Assess 2000;4(6).
166. <http://perso.wanadoo.fr/ipa/> → Dossiers en ligne → Taux d'allaitement en France.
167. World Health Organization. *Indicators for assessing breastfeeding practices*. Reprinted report of an informal meeting 11-12 June 1991. Geneva: WHO; 1991.
168. M.Crost et al. *L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995 : enquête nationale périnatale*. Arch Pediatr 1998;5:1316-26.
169. <http://institutdesmamans.com/Online/index.php>
170. N.Lelong et al. *Durée de l'allaitement maternel en France*. Arch. Pediatr 2000;7:571-2.

171. <http://perso.wanadoo.fr/ipa/> → Dossiers en ligne → Santé → Dr Loras-Duclaux. *La promotion de l'allaitement maternel : des déclaration d'intention à la bonne pratique*. Quatrième Rencontres de Pédiatrie Pratique, Versailles, 21 janvier 2000.
172. Dublineau M. *L'allaitement maternel prolongé : clinique du lien*. Th.D : Psychologie et psychopathologie clinique : Lyon 2 : 2004.
173. Chaudre-Villemin A. *L'allaitement mercenaire et l'évolution de la famille du XVIIe au XIXe siècle*. Mémoire pour l'obtention du diplôme de sénologie, Nancy, 1994.
174. Monsseaux-Grandville V. *Pratique de l'allaitement maternel dans le Maine-Et-Loire*. ThD : Méd. : Angers : 2003.
175. Loux F. *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*. Paris : Flammarion, 1978.
176. Gelis J, Laget M, Morel M.F. *Entrer dans la vie. Naissances et enfances dans la France traditionnelle*. Paris : Gallimard/Julliard, archives, 1978.
177. Stork H. *Enfances indiennes, étude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*. Paris: Païdos/Bayard, 1986, p.17-45.
178. Didierjean-Jouveau C. *Histoire de l'allaitement, Histoires d'allaitement*. *Allaiter Aujourd'hui* 2003;54: 6-10.
179. Pinilla T, Birch LL. *Help me make it through the night: Behavioral entrainment of breast-fed infants'sleep patern*. *Pediatrics* 1993;91(2):436-444.
180. Godfrey AB, Kilgore A. *An approach to help young infants sleep through the night*. *Zero To Three* 1998;19(2):15-21.
181. Flandrin JL. *Families in former times : Kinship, household, and sexuality*. New-York: Cambridge University Press, 1979.
182. Stone L. *The family, sex, and marriage in England, 1500-1800*. New-York: Harper and Row, 1977.
183. Mackenna J. *Des bébés de l'âge de pierre à l'époque de la conquête spatiale*. *Dossiers de l'Allaitement* 2005; Hors-série 6<sup>e</sup> JIA :18-26.
184. Aviragnet et Peignaux. *Soins à donner aux enfants*. Bibliothèque de l'infirmière, Poinat éditeur, 1932.

185. Delaisi de Perseval G, Lallemand S. *L'art d'accomoder les bébés*. Paris : Odile Jacob, 1998.
186. Fine A. *Le nourrisson à la croisée des savoirs*. Annales de démographie historique 1994;201-214.
187. Nussbaum-Garnier F. *L'allaitement maternel : principales raisons des arrêts précoces et propositions d'amélioration du réseau de soutien à l'allaitement maternel*. Th.D Méd. : Strasbourg : 2003.
188. Didierjean-Jouveau C. *Pourquoi tant d'échecs d'allaitement*. Allaiter Aujourd'hui 1993;16:7-9.
189. Valdiguié L. Le Parisien, 18 juillet 1996.
190. Howard C, Howard F, Lawrence R, Andresen E, DeBlicke E, Weitzman M. *Office prenatal formula advertising and its effect on breast-feeding patterns*. Am Coll Obstet Gynecol 2000;95:296- 303.
191. Le Menestrel S. *Choix de l'allaitement : quelle place pour le pédiatre ?* Arch Pediatr 1988;5:696-7.
192. Parat H. *L'érotique maternelle. Psychanalyse de l'allaitement*. Paris : Dunod, 1999.
193. Rihet M. *Regards des adolescents sur l'allaitement maternel*. Th.D : Méd. : Rennes I : 2004.
194. Nakamura SS, Veiga KF, Ferrarese SR, Martinez FE. *Percepção e conhecimento de meninas escolares sobre o aleitamento materno*. J Pediat (Rio J) 2003;79:181-8.
195. Gregg JEM. *Attitudes of teenagers in Liverpool to breastfeeding*. BMJ 1989;299:147-8.
196. Leffler D. *U.S. high school age girls may be receptive to breastfeeding promotion*. J Hum Lact 2000;16:36-40.
197. Yeo S, Mulholland PM, Hirayama M, Brecks S. *Cultural views of breastfeeding among high-school female students in Japan and the United States: a survey*. J Hum Lact 1994;10:25-30.
198. Didierjean-Jouveau C. *Le soutien à l'allaitement*. Allaiter Aujourd'hui 2004;58:8-10.
199. Roques N. *Allaitement maternel et proximité mère-bébé*. Ramonville Saint-Agne : Eres, 2005.

200. Brisset C. *Représentations traditionnelles et contemporaines concernant le sommeil du jeune enfant en France*. Devenir 2000;12(3):65-86.
201. Forbes JF cité par McKenna J en 2002. *The cosleeping habits of military children*. Military Medicine 1992;157:196-200.
202. Crawford M cité par McKenna J en 2002. *Parenting practices in the basque country : implication of infants and childhood sleeping location for personality development*. Ethos 1994;22(1):42-82.
203. Heron P. cité par McKenna en 2002. *Non-reactive cosleeping and child behavior: getting a good night's sleep all night, every night*. Master's thesis, Department of Psychology, University of Bristol, 1994.
204. Mosenkis J. cité par McKenna en 2002. *The effects of childhood cosleeping on laterlife development*. Master's thesis, Department of Cultural Psychology, University of Chicago, 1998.
205. Lewis RJ cité par McKenna en 2002. *The relationship between adult sexual adjustment and childhood experience regarding exposure to nudity, sleeping in the parental bed, and parental attitudes towards sexuality*. Archive of Sexual Behaviour 1988;17:349-363.
206. Antier E. *Vive l'éducation*. Paris : Robert Laffont, 2003.
207. Odent M. *Bien naître*. Paris : Seuil, 1976.
208. Delassus JM. *Le sens de la maternité*. Paris : Dunod, 1995.
209. Newman J. *Allaiter un bambin ? Certainement pas ! Et pourquoi pas ?* Dossiers de l'allaitement, Hors-série Mars 2005, 29-36.
210. Bouregba A. *Les troubles de la parentalité*. Paris : Dunod, 2002.
211. Jeammet P. *Les conduites addictives : un pansement pour la psyché*. In Le Poulichet S. Les addictions, Paris : PUF, 2000 :.93-108.
212. Conseil National de l'Ordre des Médecins. *Démographie médicale française : situation au 1<sup>er</sup> janvier 2005*. Etude n°38, Juin 2005.  
<http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/etatdeslieux38.pdf>
213. Czernichow P et al. *Comportements et opinions du personnel soignant à l'égard de l'allaitement maternel*. Arch. Fr. Pediatr. 1986;43:779-84.
214. HAS. *Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour la pratique clinique*, 2004.  
<http://www.anaes.fr/anaes/anaesparametrage.nsf/Page?ReadForm&Section=/anaes/SiteWeb.nsf/wRubriquesID/APEH-3YTFUH?OpenDocument&Default=y&>

(thème « Pédiatrie-Néonatalogie »)

215. Branger B, Lestien R, Crine F, Picherot G, Gérard C. *Les motivations psychosociales dans le choix du mode d'alimentation du nouveau-né*. Ann Pédiatr 1988;35(7):519-23.
216. Fernandez D, Fernandez H. *Rôle du généraliste dans les suites de couches*. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), AKOS Encyclopédie pratique de médecine 1998;3-1390:1-4.
217. Editorial. *Bromocriptine*. Lancet 1993;342:675.
218. Service de Protection Maternelle et Infantile, Conseil Général de la Somme. *Etude sur l'alimentation des nourrissons et l'allaitement maternel dans la Somme*. Septembre 1996.
219. Marchand-Lucas L, Lucas E. *Les généralistes favorisent-ils l'allaitement ?* La Revue du Praticien Médecine Générale 2000;14(510):1692-1701.
220. Faugère-Casteljon F. *Allaitement maternel : une situation préoccupante en France en 2003*. Th.D : Méd. :Toulouse III, Université Paul Sabatier : 2003.
221. Schandler RJ et al. *Pediatricians' practices and attitudes regarding breastfeeding promotion*. Pediatrics 1999,103(3).
222. Helsing E. *Supporting breastfeeding: what governments and health workers can do. European experiences*. Int J Gynaecol Obstet 1990;31(Suppl 1):S69-76.
223. Ayral AS, Duc C. *Efficacité d'une consultation spécialisée dans les quinze jours du post-partum sur le taux d'allaitement maternel exclusif à un mois*. Th.D: Méd: Grenoble: 2002.
224. Renfrew MJ, Lang S, Martin L, Woolridge MW. *Feeding schedules in hospitals for newborn infants* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4. Oxford: Update Software; 2001.
225. Jodelet D, Ohana J. *Représentations sociales de l'allaitement maternel : une pratique de santé entre nature et culture*. In: Santé et société : la santé et la maladie comme phénomènes sociaux. Lausanne, Paris: Delachaux et Nestlé; 2000. p. 139-65.
226. Thirion M. *L'allaitement, de la naissance au sevrage*. Paris : Albin Michel, 1994.
227. CoFAM. Communiqué de presse du 7 mai 2004.

# ANNEXES

## ANNEXE 1

### DECLARATION D'INNOCENTI, 1<sup>ER</sup> AOUT 1990

#### **RECONNAISSANT que**

L'allaitement maternel constitue un moyen sans égal de nourrir l'enfant qui :

- assure aux nourrissons une alimentation idéale qui favorise leur croissance et leur bon développement
- réduit l'incidence et la gravité des maladies infectieuses, faisant ainsi baisser la morbidité et la mortalité infantiles
- contribue à la santé des femmes en réduisant le risque de cancer du sein et de l'ovaire, et en augmentant l'intervalle entre les grossesses
- apporte des avantages sociaux et économiques à la famille et à la nation
- donne un profond sentiment de satisfaction à la plupart des femmes pour qui l'expérience est réussie

**et que** de récentes recherches ont prouvé que :

- ces avantages augmentaient si les nourrissons sont exclusivement nourris au sein pendant les six premiers mois de la vie, et si, par la suite, la mère continue de les allaiter tout en leur donnant une alimentation de complément
- et que certaines interventions peuvent modifier de façon positive les attitudes vis à vis de l'allaitement maternel

#### **NOUS DECLARONS PAR CONSEQUENT que**

Dans le but d'assurer une santé et une nutrition optimales aux mères et aux enfants dans le monde entier, il faudrait que chaque femme ait la possibilité de nourrir son enfant au sein exclusivement, et que chaque nourrisson soit nourri exclusivement au lait maternel de la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois.

Par la suite, il faudrait que les enfants continuent d'être nourris au sein, tout en recevant des compléments appropriés et adéquats, jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà. Pour atteindre cet idéal en ce qui concerne l'alimentation des enfants, il faudrait sensibiliser le public de manière à créer un climat de soutien approprié afin que les femmes nourrissent leurs enfants de cette manière.

La réalisation de cet objectif nécessite, dans de nombreux pays, le renforcement d'une "civilisation de l'allaitement maternel", énergiquement défendue contre

l'incursion d'une "civilisation du biberon". Ceci suppose un engagement et un plaidoyer en faveur de la mobilisation sociale, tirant parti au maximum du prestige et de l'autorité des dirigeants reconnus à tous les niveaux de la société.

Il faudrait s'efforcer de donner aux femmes plus de confiance dans leur aptitude à pratiquer l'allaitement au sein. Ceci suppose l'élimination des contraintes et des influences qui agissent sur les idées et les attitudes vis à vis de l'allaitement maternel, souvent par des moyens subtils et indirects. Il faut pour cela faire preuve de sensibilité et d'une vigilance continue et appliquer une stratégie globale et adaptée de communication faisant intervenir tous les médias et s'adressant à tous les niveaux de la société. De plus, il faut supprimer les obstacles à l'allaitement maternel au niveau des services de santé, du lieu de travail et de la collectivité.

Des mesures devraient être prises pour faire en sorte que les femmes soient nourries de façon adéquate dans l'intérêt de leur santé et de la santé de leur famille. De plus, il faudrait veiller également à ce que toutes les femmes aient accès à des informations et à des services en matière de planification de la famille afin de pouvoir pratiquer l'allaitement au sein et éviter des grossesses trop rapprochées qui risquent de compromettre leur santé et leur état nutritionnel ainsi que la santé de leurs enfants.

Tous les gouvernements devraient élaborer des politiques nationales en matière d'allaitement maternel et fixer des objectifs nationaux appropriés pour les années 90. Ils devraient mettre en place un système national permettant de contrôler la réalisation des objectifs fixés, et définir des indicateurs tels que le pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein à la sortie de la maternité et le pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein à l'âge de 4 mois.

Les autorités nationales sont en outre instamment invitées à intégrer leurs politiques en matière d'allaitement maternel à leur politique générale dans les domaines de la santé et du développement. Ce faisant, elles devraient renforcer toutes les activités de nature à protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel dans le cadre de programmes complémentaires intéressant notamment les soins prénatals et périnatals, la nutrition, les services de planification de la famille et la prévention et le traitement des maladies les plus courantes chez les mères et les enfants. Tout le personnel de santé devrait recevoir la formation nécessaire pour pouvoir mettre en œuvre ces politiques en matière d'allaitement maternel.

## OBJECTIFS OPERATIONNELS

### **Il faudrait que d'ici 1995 chaque gouvernement ait :**

- désigné un coordonnateur national doté de pouvoirs appropriés et créé un comité national multisectoriel pour la promotion de l'allaitement maternel, composé de représentants des services gouvernementaux compétents, d'organisations non gouvernementales et d'associations professionnelles dans le domaine de la santé ;
- fait en sorte que chaque établissement assurant des prestations de maternité respecte pleinement les Dix conditions pour le succès de l'allaitement énoncées dans la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF intitulée " Protection, Encouragement et Soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité " ;
- pris des mesures pour mettre en œuvre intégralement les principes et l'objectif de tous les articles du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'assemblée mondiale de la santé ;
- et promulgué des lois novatrices protégeant le droit des femmes qui travaillent d'allaiter leur enfant et adopté des mesures pour assurer leur application.

### **Nous faisons également appel aux organisations internationales pour qu'elles :**

- élaborent des stratégies d'action en vue de la protection, de l'encouragement et du soutien de l'allaitement maternel, y compris le suivi et l'évaluation, au niveau mondial, de leur application , donnent leur appui à la réalisation d'analyses et d'études sur la situation au niveau des pays et à la définition d'objectifs nationaux et de buts pour l'action ;
- encouragent et appuient les activités des autorités nationales intéressant la planification, l'exécution, le suivi et l'évaluation de leurs politiques en matière d'allaitement maternel.

## ANNEXE 2

### 10 CONDITIONS DE L'OMS POUR LE SUCCES DE L'ALLAITEMENT

**Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient:**

- Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
- Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
- Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
- Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
- Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
- Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
- Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
- Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
- Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
- 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.

Par ailleurs, les établissements devraient refuser de recevoir, gratuitement ou à prix réduit, des lots de substituts du lait maternel, de biberons ou de tétines.

**ANNEXE 3**

**LETTRE DU MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE  
EN REPOSE A UNE DEMANDE DE SUBVENTION  
POUR OBTENIR LE LABEL « HOPITAL AMI DES BEBES »**

<p><b>ANNEXE 4</b> <b>ARTICLES DU CODE DU TRAVAIL</b> <b>INCLUANT DES DISPOSITIONS SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL</b></p>
---

**L122-25-1-2**

Lorsque la salariée en état de grossesse médicalement constaté ou ayant accouché, durant une période n'excédant pas un mois après son retour de congé postnatal au titre des répercussions sur sa santé ou sur l'allaitement qu'elle pratique, occupe un poste de travail l'exposant à des risques déterminés par décret en Conseil d'Etat, l'employeur est tenu de lui proposer un autre emploi compatible avec son état.

**L224-2**

Pendant une année à compter du jour de la naissance, les mères allaitant leurs enfants disposent à cet effet d'une heure par jour durant les heures de travail.  
Cette heure est indépendante des repos prévus à l'article L. 212-9.

**L224-4**

Les chefs d'établissements occupant plus de cent femmes de plus de quinze ans peuvent être mis en demeure d'installer dans leurs établissements ou à proximité, des chambres d'allaitement.

**L224-5**

Un décret en Conseil d'Etat pris après avis du conseil permanent d'hygiène sociale et de la commission d'hygiène industrielle, détermine les mesures propres à assurer l'exécution du présent chapitre, et notamment les conditions d'installation d'hygiène et de surveillance des chambres d'allaitement affectées aux enfants nourris au sein en totalité ou en partie.

**R224-1**

La durée d'une heure dont disposent les mères pour l'allaitement de leurs enfants est répartie en deux périodes de trente minutes, l'une pendant le travail du matin, l'autre pendant l'après-midi.

Le moment où le travail est arrêté pour l'allaitement est déterminé par accord entre les intéressés et leurs employeurs. A défaut d'accord il est placé au milieu de chaque demi-journée de travail.

**R224-2**

Le local prévu par l'article L. 224-3 doit satisfaire aux conditions suivantes :

- a) Etre séparé de tout local de travail ;
- b) Etre pourvu d'eau en quantité suffisante ou se trouver à proximité d'un lavabo ;
- c) Etre pourvu de sièges convenables pour l'allaitement ;
- d) Etre tenu en état constant de propreté ;
- e) Etre maintenu à une température convenable dans les conditions hygiéniques.

En outre, dans les établissements qui sont soumis à des prescriptions particulières relatives à l'hygiène prévues par l'article L. 231-2, le local doit être nettement séparé de tout local affecté à des travaux pour lesquels ont été édictées ces prescriptions particulières. Cette séparation doit notamment être telle que le local soit soustrait à l'action des causes d'insalubrité ou dangers qui ont motivé lesdites prescriptions.

### **R224-3**

Les enfants ne peuvent séjourner dans le local prévu à l'article précédent que pendant le temps nécessaire à l'allaitement.

Aucun enfant atteint ou paraissant atteint d'une maladie transmissible ne doit être admis dans ce local. Des mesures doivent être prises pour que la présence des mères n'y apporte aucun danger de contamination.

### **R224-4**

Lorsque par application de l'article L. 224-4, l'établissement est tenu d'avoir des chambres d'allaitement, celles-ci doivent avoir une surface suffisante pour pouvoir abriter un nombre d'enfants de moins d'un an correspondant, d'après la proportion générale observée pour l'ensemble des femmes de plus de quinze ans occupées dans l'établissement.

### **R224-5**

Dans les établissements où les employeurs mettent à la disposition de leurs salariées, à l'intérieur ou à proximité des locaux affectés au travail, une chambre d'allaitement satisfaisant aux conditions déterminées ci-après, la période de trente minutes prévue à l'article R. 224-1 est réduite à vingt minutes.

### **R224-17**

La chambre est surveillée par un médecin désigné par le chef de l'établissement. Ce dernier doit faire connaître à l'inspecteur du travail le nom et l'adresse de ce médecin.

Le médecin doit visiter la chambre au moins une fois par semaine. Il consigne ses observations sur le registre prévu au paragraphe 2 de l'article R. 224-16.

Un règlement intérieur signé par le médecin doit être affiché à l'entrée de la chambre d'allaitement

### **R224-18**

Ne doivent être admis dans la chambre que les enfants nourris au sein. Dans le cas où l'alimentation par le lait maternel serait insuffisante, cette alimentation sera complétée conformément aux prescriptions d'un médecin laissé au libre choix de la mère. Les moyens de réchauffer les aliments constituant la nourriture de complément doivent être prévus.

Dans le cas où cette nourriture complémentaire est constituée par l'allaitement partiel au biberon, les prescriptions réglementaires prévues à ce sujet pour les crèches doivent être observées.

### **R224-22**

Les mères des enfants admis dans la chambre d'allaitement doivent pouvoir disposer pour l'allaitement d'un local situé à proximité de ladite chambre et répondant aux conditions prévues aux articles R. 224-2 et R. 224-3.

A chaque tétée le personnel de la chambre doit faire revêtir à la mère une blouse. Chaque mère doit avoir une blouse exclusivement affectée à son usage.

Il est tenu à la disposition des mères de l'eau chaude, des serviettes individuelles et du savon ;

**ANNEXE 5**  
**NOTES DU REFERENTIEL HAS**  
**D'AUTO EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

**Note 1 : mise en route de l'allaitement**

Cette période dure environ 4 à 6 semaines (quand tout se passe bien) ; elle ne se limite donc pas au séjour en maternité. La production de lait par la mère s'ajuste à la consommation du bébé ; l'utilisation de biberons, la restriction du nombre ou de la durée des tétées risquent d'induire une lactation insuffisante.

**Note 2 : signes d'éveil du bébé**

- petits mouvements ou bruits de succion ;
- mouvements des mains vers la bouche ;
- ouverture des yeux, petits grognements ;
- réflexe de fousissement : dans les bras de sa mère, le bébé recherche et s'oriente vers le sein.

**Note 3 : bonne position au sein et transfert de lait**

- bouche grande ouverte, lèvres retroussées ou éversées ;
- menton contre le sein, bébé face à sa mère ;
- alignement oreille/épaule/hanche, tête du bébé dans l'axe de son corps ;
- alternance succion ample/déglutition avec des pauses courtes occasionnelles ;
- rythme lent et régulier ;
- déglutition audible, mouvements du maxillaire repérables (diffusés jusqu'à l'oreille).

**Note 4 : signes d'inefficacité de l'allaitement les 14 premiers jours de vie**

- perte de poids supérieure à 7 % ;
- perte de poids persistant après le 3e jour ;
- nourrisson ne reprenant pas de poids à 5 jours ;
- selles méconiales après le 4e jour, moins de 3 selles par jour ;
- diurèse inférieure à 6 couches mouillées par 24 h après le 4e jour ;
- enfant irritable, agité ou endormi et refusant de téter ;
- pas de modification du volume des seins le 5e jour ;
- douleur des mamelons persistant ou augmentant ;
- engorgement du sein non diminué après la tétée ;
- pas de reprise du poids de naissance à 14 jours.

**Note 5 : recours possibles pour le soutien de l'allaitement**

- entourage (compagnon, famille, amies ayant l'expérience de l'allaitement) ;
- professionnels formés accessibles rapidement : Protection maternelle et infantile, sage-femme, médecin formé, consultant en lactation ;
- mères ayant allaité avec succès, formées à la conduite de l'allaitement ; voir l'annuaire de la Coordination française pour l'allaitement maternel [ ]

## **Note 6 : contre-indications à l'allaitement**

### Rares et vraies contre-indications

- liées au bébé : galactosémie ;
- liées à la mère : HIV, toxicomanie (mais une mère sous méthadone bien suivie peut allaiter), chimiothérapie et démarrage d'un traitement antituberculeux.

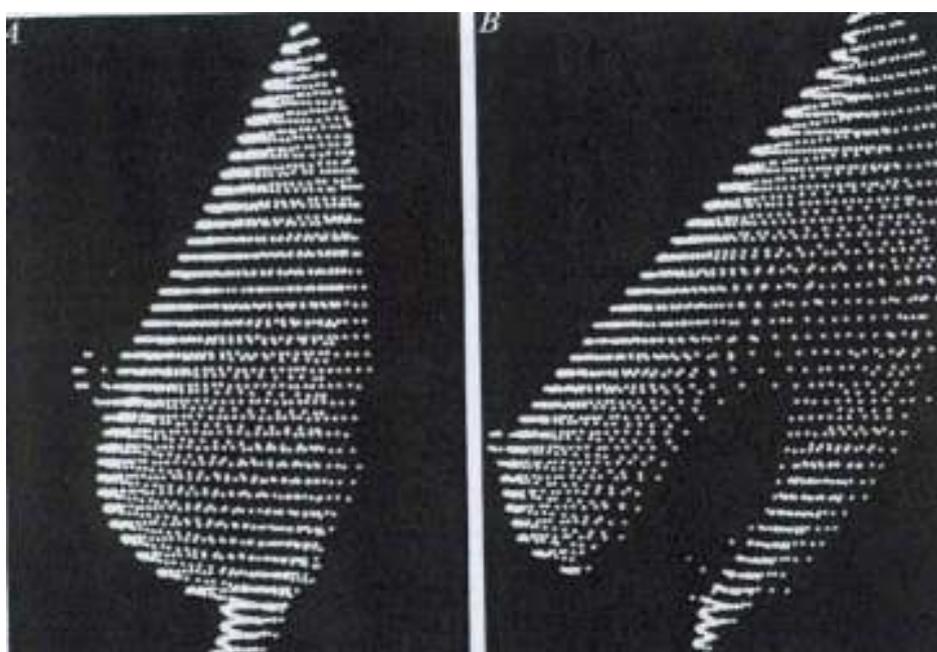
### Contre-indications abusives

- liées à la mère : maladies infectieuses courantes, tabagisme maternel, mastites, la plupart des médicaments (consulter d'autres sources d'information que le dictionnaire Vidal) ;
- liées au bébé : ictère.

**ANNEXE 6**  
**DESCRIPTION DE LA MESURE INFORMATISEE DU VOLUME DES SEINS**  
**(SYSTEME « CBM »)**

Pour mesurer le volume des seins, un logiciel de reconnaissance tridimensionnelle a été couplé à un logiciel de calcul rapide de volumes et à une caméra vidéo numérique. Un projecteur envoie 64 lignes horizontales sur le sein à étudier. Chaque bande lumineuse est envoyée 6 fois sous différentes formes. La caméra vidéo enregistre les images et les transmet à l'ordinateur, qui calcule les volumes et reconstruit les images en 3 dimensions, analysant les déformations des lignes horizontales liées aux courbes des seins. Le logiciel permet de prendre en compte et de corriger les zones d'ombre (cachées à la caméra ou au projecteur).

Un exemple d'image reconstituée est présenté avec la figure suivante :



Exemple d'images (2 seins droits) reconstituées selon le système CBM.  
Reproduit avec autorisation d'après SEJ Daly

Pour assurer la reproductibilité de chaque mesure, la base de chaque sein, déterminée par la palpation du tissu mammaire, est entourée d'un cercle ou d'une ellipse au marqueur noir. 3 autres repères cutanés sont utilisés pour garantir la même position pour chaque mesure. Au début c'est un cadre de repositionnement qui fixe la position des hanches, des bras et des épaules, par la suite c'est une image de référence sur l'écran vidéo qui sert de référence avec un système de superposition d'images. Pour chaque mesure, plusieurs images sont analysées. Le logiciel permet de limiter les effets de zones d'ombre : une reconstruction de l'image est possible même avec des zones d'occlusion.

Le système est rapide : une fois familiarisée avec le système, 0,64 secondes d'immobilité dans la bonne position suffisent pour chaque mesure, et 20 secondes pour que la femme se repositionne pour les mesures de contrôle.

Ayant un outil pour étudier les volumes des seins allaitants « en direct », sans interférer avec le déroulement naturel de l'allaitement, l'équipe du Professeur Hartmann a mené plusieurs recherches afin d'élucider les mécanismes de régulation de la production de lait maternel.

**ANNEXE 7**

**MEDICAMENTS ET ALLAITEMENT**

**Traité de l'allaitement maternel, Edition révisée  
LLL, Charlemagne (Québec) Canada, 1999**

**ANNEXE 8**  
**COURBES DE POIDS DES BEBES ALLAITES**  
**COMPAREES AUX COURBES DU CARNET DE SANTE**  
**SELON L'OMS**

**ANNEXE 8 bis**  
**COURBES DE TAILLE DES BEBES ALLAITES**  
**COMPAREES AUX COURBES DU CARNET DE SANTE**  
**SELON L'OMS**

**ANNEXE 8 ter**  
**COURBES DE PERIMETRE CRANIEN DES BEBES ALLAITES**  
**COMPAREES AUX COURBES DU CARNET DE SANTE**  
**SELON L'OMS**

**ANNEXE 9**  
**DESCRIPTION D'UN SEJOUR EN MATERNITE DANS LES ANNEES 1970**  
**Extrait de « D'amour et de lait »**  
**Ouvrage collectif sur l'allaitement sous la direction d'Etienne Herbinet**  
**Paris, Stock, 1980**

« Cela se passe en 1978 ; Mme B..., qui vient d'accoucher dans une maternité hospitalière parisienne réputée pour son efficacité technique, me raconte :

- Je m'étais dit : « Si ça marche, je l'allaiterai. » En fait c'est beaucoup plus compliqué que je ne l'imaginai...

*Au moment de l'entretien, l'enfant avait trois semaines, et elle pratiquait l'allaitement mixte depuis la naissance.*

- Comment s'est passé l'accouchement ?

- L'accouchement a été long. Les contractions ont commencé le matin et puis, dans la nuit, la dilatation s'est bloquée à sept ou huit centimètres. Je n'ai accouché que le lendemain matin et, dans un sens, c'était bien parce que, ainsi, mon mari a pu assister à la naissance...

- Votre mari n'a pas pu rester auprès de vous ?

- Non, dans cette maternité, les maris n'ont pas le droit de rester pendant la nuit. C'était drôlement décevant de le voir partir et de me retrouver toute seule la nuit au moment le plus dur...

- Qu'a-t-on fait de l'enfant à la naissance ?

- A la naissance on m'a posé le bébé quelques secondes sur le ventre, puis la sage-femme l'a emporté pour le laver, le peser, le mesurer et puis l'habiller.

- On a eu de la chance, *dit le père*, parce qu'à ce moment là il y avait un autre accouchement dans la salle d'à côté ; alors on me l'a mis dans les bras et on est resté environ une demi-heure ensemble tous les trois.

- Et ensuite ?

- Après on l'a descendu en chambre chaude.

- C'est quoi une chambre chaude ?

- C'est une salle où on réunit tous les nouveau-nés. Dans cette maternité, tous les enfants sont mis systématiquement en chambre chaude pendant trois jours.

- La chambre chaude était-elle à proximité de votre chambre ?

- Elle était à l'étage au-dessous de celui de ma chambre. De cette façon, j'ai été séparée du bébé pendant les trois premiers jours. C'était dur, d'autant plus que j'étais toute seule.

- Aviez-vous le droit de prendre l'enfant quand vous en aviez envie ?

- Pendant les vingt-quatre premières heures, on n'avait pas le droit de rentrer ni de toucher le bébé. J'avais envie de le prendre. Souvent dans l'après-midi, je suis descendue mais on ne me l'a pas donné. On l'a regardé tous les deux à travers la vitre...

- Mais le premier jour, vous ne l'avez pas allaité ?

- Non. J'ai demandé si on lui avait donné à manger ; on m'a répondu qu'on lui avait donné deux biberons : de l'eau sucrée puis du lait.

- Vous n'aviez pas dit que vous vouliez allaiter ?

- Si et on m'a seulement dit : « Venez demain matin à 9h30. » C'est ce que j'ai fait et pendant les deux jours suivants, j'ai pu l'approcher, mais seulement à l'heure des tétées.

- Comment se sont passés les premières tétées ?

- A la première tétée, il n'a absolument rien pris, alors déjà on a complété au biberon. Ensuite on m'a fait venir à 12h30, 15h30 et 18h30. Si je venais un peu à l'avance et qu'il pleurait, je n'avais pas le droit de le prendre.

- Pourquoi ?

- Je devais attendre qu'il soit pesé. Même le bercer était plus ou moins interdit... en tout cas on nous faisait sentir qu'on était gênantes.
- Vous a-t-on aidée lors de ces premières tétées ?
- Mon bébé dormait souvent, c'était un problème pour le réveiller... car je n'avais le droit qu'à dix minutes pour le faire téter... L'infirmière chronométrait et au bout de dix minutes le reprenait pour le peser et donner le complément au biberon...
- Au bout de trois jours, on l'a mis dans votre chambre ?
- Oui, derrière la vitre. Mais le règlement était sensiblement le même : je n'avais le droit de le prendre qu'aux heures des tétées, dix minutes en tout à chaque fois. En principe deux tétées supplémentaires étaient prévues : une à 6h30 le matin, une à 21h30 le soir.
- Vous l'avez donc mis au sein le deuxième jour, d'abord quatre fois par jour pendant deux jours, puis six fois par jour, dix minutes à chaque fois... Et la nuit ?
- La nuit on les mettait tous à la nursery. Là tous les enfants étaient réveillés à 1h30 et on leur donnait un biberon...
- Savez-vous pourquoi ?
- Non. Un jour, j'ai demandé s'il pleurait la nuit ; on m'a seulement répondu : « Il n'est pas des plus méchants. » C'est tout ce que j'ai su.
- Dans la journée, avait-il systématiquement un complément de lait artificiel à chaque tétée ?
- Oui et j'étais inquiète pendant les tétées quand je voyais qu'il dormait, parce que je savais qu'au bout de dix minutes on allait me le reprendre. Surtout la tétée de 18h30, c'était classique : il n'arrivait pas à se réveiller. Or quand il ne prenait pas assez au sein à 18h30, on ne me le donnait pas aux tétées suivantes, ni à 21h30, ni à 6h30.
- Pourquoi ?
- L'explication était : « Pour que les seins aient le temps de se remplir ».
- Qui vous disait ça ?
- Les « aides-puéricultrices ».
- Le pédiatre aussi ?
- Le pédiatre je ne l'ai vu qu'au moment de sortir, le septième jour.

*Elle continue :*

- J'avais du lait, mais le problème c'était un problème de temps : il fallait qu'il se réveille parce que, au bout de dix minutes, on le reprenait. Il n'y a que le soir qu'on le laissait un peu plus longtemps : dix minutes à chaque sein... pour les vider. Sinon, c'était dix minutes à un sein et à la tétée suivante dix minutes à l'autre sein. De cette façon on a été obligé de compléter au biberon pratiquement à chaque fois.
- Vous n'avez pas protesté ?
- Ce n'était pas possible d'enfreindre toutes ces règles, parce que c'est l'organisation du service : à 15h30 par exemple, c'est la tétée pour tout le monde et puis après c'est fini. Moi j'ai essayé de discuter pour pouvoir lui donner une tétée à 21h30, même quand je n'avais pas assez de lait à 18h30... Mais ça dépendait des infirmières. Il y en avait qui comprenaient, d'autres qui ne comprenaient pas. La femme qui était à côté de moi avait de la chance : elle avait beaucoup de lait, elle était sûre d'avoir son bébé à chaque tétée. Moi je me disais : « Vivement que je puisse rentrer à la maison et faire comme j'ai envie. »
- Et quand vous êtes rentrée à la maison, comment avez-vous fait ?
- J'ai arrêté de le réveiller la nuit, mais j'ai continué à le réveiller toutes les trois heures, à le peser et à compléter au biberon après chaque tétée. Ma mère me disait de ne pas le réveiller et de ne pas compléter (elle a allaité tous ses enfants pendant des mois). Mais moi on m'avait dit de faire comme ça et je pensais que les pédiatres, enfin tous les gens qui étaient là-bas, en savaient plus que ma mère là-dessus.

*Et elle termine en disant :*

- Maintenant je voudrais arrêter. Si je ne lui donne que des biberons, ce sera plus simple. » ■

**ANNEXE 10**  
**RISQUES ET PREVENTION**  
**POUR LE COUCHAGE DES NOURRISSONS**  
**(0-1 AN)**  
**A L'EGARD DE LA MORT SUBITE DU NOURRISSON,**  
**DE L'ASPHYXIE PAR RECOUVREMENT ET AUTRES ACCIDENTS**

<b>Facteurs de risque</b>	<b>Facteurs de prévention</b>
Matelas mal ajusté au lit, matelas trop mou, lit inadapté (trop haut, délabré...)	Matelas ferme aux dimensions du lit ou posé sur le sol (si besoin, utilisation d'une barrière parfaitement adaptée pour éviter les chutes)
Dispositif de couchage non adapté aux bébés: fauteuils, canapés...	
Accessoires de literie dangereux: coussins mous, couettes à proximité du bébé, matières plastiques...	Pas d'accessoires de literie sur le bébé (un pyjama suffit) En cas de partage du lit, draps et couvertures pour les parents, de préférence pas de couette.
Pièce trop chauffée, mauvaise aération.	Chauffage de la pièce à 18° maximum en hiver.
Bébé posé sur le ventre ou sur le côté.	Bébé posé sur le dos.
Tabagisme des parents.	
En cas de partage du lit, prise de somnifère, d'alcool, de stupéfiants par les parents; parents très malades ou très fatigués, réflexes diminués; obésité importante.	En cas de partage du lit, hygiène de vie sans drogue, sinon le bébé doit dormir à côté du lit des parents dans son propre dispositif de couchage. (également en cas de maladie ou d'obésité)
	Allaitement maternel.
	Bébé dans la chambre des parents la première année.

**ANNEXE 11**  
**QUAND LES FEMMES PARLENT DE LEUR MEDECIN...**

**EXTRAITS DES COMMENTAIRES LIBRES  
DES PATIENTES INTERROGÉES DANS L'ÉTUDE**

**- Durée conseillée ou donnée comme « normale » par le médecin pour un allaitement :**

« Pour lui, 6 mois c'est déjà énorme »,  
« A 5 mois il m'a dit qu'on n'était plus au moyen-âge pour allaiter si longtemps »,  
« Pour lui, un allaitement classique dure 3 mois »,  
« A 5 mois l'allaitement nous mettait en retard sur le programme car le bébé ne mangeait pas encore de légume ni de viande »,  
« Il m'a fait arrêter à 3 mois car c'était selon lui la durée normale »,  
« Elle m'a dit, alors que je la consultais pour un problème sans rapport avec l'allaitement, qu'au-delà d'un an le sevrage serait obligatoire et me l'a déjà fortement recommandé alors que ma fille avait 6 mois »,  
« A 5 mois, il fallait que je sèvre, car je pouvais être contente d'avoir déjà allaité si longtemps, et que de toute façon, il faudrait bien sevrer un jour »,  
« Il était emballé au début, mais après 6 mois les remarques négatives ont commencé »,  
« A 5 mois, il était grand temps de sevrer l'enfant et de lui donner quelque chose de plus nourrissant comme des légumes et des céréales ; autant dire qu'à 9 mois il était outré qu'elle soit toujours allaitée malgré ses recommandations, car, pour lui, elle serait sûrement gravement carencée plus tard »,  
« 6 semaines lui semble une durée suffisante »,  
« Au-delà de 3 mois ça ne sert à rien et ça mine la santé de la mère »,  
« Après 6 mois, allaiter lui semble anormal »,  
« Mon médecin ne comprend pas pourquoi j'allaites après un an »,  
« Il m'a conseillé le sevrage à 3 mois ».

**- Autres idées reçues :**

« Allaiter plus de 6 mois serait de la bêtise car ça allait rendre l'enfant capricieux. »  
(beaucoup d'enfants que je rencontre ont du être allaités longtemps !!)  
« Je ne peux rien vous prescrire parce que vous allaitez, ça aurait été plus simple si vous l'aviez déjà sevré. » (à 5 mois)  
« Mon médecin semble très favorable à l'allaitement, mais il me dit quand même des phrases du genre « certaines femmes n'ont pas un lait assez nourrissant ». »  
« Il n'a pas compris ce qu'il a appelé mon « acharnement » à vouloir continuer l'allaitement malgré une baisse de lactation, et m'a mise en garde contre les risques psychologiques liés à cet acharnement. »  
« Lorsque je l'informais que j'allaitais au moment de la prescription, il changeait de tête et disait : « Encore ? Mais on ne va pas pouvoir vous soigner... », à quoi je répondais que de nombreux traitements sont compatibles avec l'allaitement notamment ceux qui ont une forme pédiatrique ; il me répliquait que « son logiciel ne les acceptait pas comme compatibles ». Si la pratique de la médecine se limite à appliquer des logiciels, où va-t-on ? »  
« Pour elle, la reprise du travail était synonyme de sevrage car tirer son lait est une galère, on n'allait pas un bébé qui a des dents, ni un bébé qui mange de la viande. »  
« Mon médecin s'est moqué de moi quand je lui ai expliqué que je faisais une éviction des produits laitiers parce que mon fils y semblait intolérant. »  
« Pour lui, aucun médicament n'est compatible avec l'allaitement. »

« Le lait artificiel donné au biberon lui semblait la seule manière pour la mère de dormir, et pour le père d'établir une relation avec son enfant. »  
« Il faut donner rapidement (avant 3 mois) de bonnes habitudes au bébé selon lesquelles maman n'est pas toujours disponible. »  
« Il trouve l'allaitement formidable...pour le tiers-monde. »  
« Il m'a conseillé d'espacer les tétées, de fixer un temps maximum pour la durée des tétées, etc... »  
« Il est imprégné d'idées reçues comme « Vous avez de la chance d'avoir du lait, certaines femmes n'en ont pas », et pense que mon bébé a la diarrhée en voyant ses selles... »  
« Mon médecin m'a dit que j'avais eu tort de ne pas avoir voulu donner de compléments à la maternité. »  
« J'ai dû supporter ce genre de remarques : Ce n'est pas bon pour moi d'avoir un bébé tout le temps pendu à mes seins, le bébé doit en avoir marre de me sucer les seins, mon mari et mon fils aussi doivent en avoir marre, l'allaitement long c'est bon pour les femmes d'origine étrangère, etc... » (pour un allaitement d'une durée totale de 20 mois)  
« Pour lui, à 4 mois le bébé doit être à 4 tétées par jour et faire ses nuits. »

(J'ai tenu à retranscrire ces propos tels quels mais ils sont à nuancer : replacés dans leur contexte, il est possible qu'ils soient interprétables différemment...)

#### **- Rôle négatif, suite :**

« Il m'a fait douter à tort de mon allaitement. »  
« J'en ai marre d'avoir à me justifier parce que j'allaite. »  
« Au niveau des traitements, il ne prend aucun risque : il consulte le Vidal qui est beaucoup trop frileux. »  
« Il m'a stressée et m'a fait mettre en doute mes choix parentaux. »  
« Prospectus pour des laits industriels dans la salle d'attente, post-it de marque X et publicité de marque Y »  
« Elle a utilisé ses convictions personnelles non fondées sur des bases scientifiques pour imposer un sevrage. »  
« Il ne m'a pas donné des informations mais des ordres. »

#### **- Double langage :**

« Les professionnels de santé ont souvent un discours positif sur l'allaitement, mais à la moindre difficulté le sevrage est préconisé au lieu d'apporter des pistes pour trouver une solution. »  
« Devant le fait accompli elle est plutôt positive, mais elle n'est pas du tout à l'initiative, du genre « Vous savez que vous pouvez ne pas sevrer » ; ce n'est pas grâce à son soutien particulier que j'allaite en travaillant. »  
« Même les professionnels qui sont favorables à l'allaitement ont tendance à proposer du lait industriel dès qu'il y a quelque chose d'inhabituel. »  
« Mon médecin traitant est favorable à l'allaitement tant que le bébé prend du poids, mais je ne sais pas s'il pourrait m'aider en cas de problème »  
« J'étais contente que ma généraliste me propose un arrêt maladie pour poursuivre l'allaitement, mais elle m'a présenté le sevrage à la reprise du travail comme une obligation. »  
« Avis positif sur l'allaitement mais jamais de suggestions/solutions pour prolonger l'allaitement. »  
« Ma généraliste est très à l'écoute et j'avais en elle une confiance absolue, mais je me suis rendu compte qu'elle n'avait pas vraiment les bonnes informations. »

« Le sevrage semble être le remède à tous les maux d'une femme qui allaite. »

**- Rôle positif :**

« Il m'a dit que c'était très bien de continuer. »

« Quand mes filles ont été malades, il m'a encouragée à allaiter et même à mélanger les médicaments avec mon lait pour leur donner. »

« Il n'a pas mis la fatigue sur le compte de l'allaitement, a prescrit des médicaments compatibles, n'a pas demandé quand je comptais sevrer. »

« Il respecte mes choix. »

« Elle est très à l'écoute. »

« Il ne m'a jamais culpabilisée parce que le bébé ne prenait pas beaucoup de poids, m'a toujours dit que le lait maternel est ce qu'il y a de meilleur, a orienté la diversification vers 6 mois. »

« J'ai consulté un jeune généraliste marié sans enfants, qui applique les directives sans enthousiasme excessif mais de manière compétente et informée. J'ai toujours eu des félicitations sur la croissance de mon fils et des encouragements à continuer l'allaitement pour son effet protecteur, malgré les rhumes à répétition (« qu'est-ce que ça serait sans... ») A la visite des 1 an, il m'a rappelé que les recommandations allaient jusqu'à 12 mois et ensuite tant que la mère et l'enfant le souhaitent. Il a été compétent, informé, et respectueux de mes choix. » (exemple d'un groupe américain suivant les recommandations de l'AAP)

« Il prend le temps de chercher des traitements compatibles de façon naturelle. »

« Elle m'a encouragée à allaiter 6 mois de façon exclusive, n'a pas jugé mon choix d'allaiter en travaillant, m'a demandé spontanément si j'allaitais encore avant de me prescrire un traitement alors que mon fils avait plus de 2 ans. »

« Il a renforcé ma confiance en moi. »

« Elle a accepté de vacciner mon bébé au sein pour l'effet antalgique de l'allaitement, cherche toujours des médicaments compatibles, est très ouverte. »

« J'ai eu l'impression que l'allaitement le gênait en tant que prescripteur, mais il a toujours essayé de trouver un traitement adapté. »

« C'est elle qui m'a poussée gentiment à conduire mon allaitement le plus longtemps possible, et je l'en remercie. »

« Je pense que les médecins généralistes savent bien écouter leurs patients et ne se permettent pas de juger, mais au contraire de conseiller. En tout cas, le mien est comme ça... »

**ANNEXE 12**  
**EXEMPLES DE FICHES PRATIQUES**  
**DU « PASSEPORT POUR L'ALLAITEMENT »**

***FICHE « EVALUATION D'UN ALLAITEMENT »***

**1. Critères de qualité des tétées**

- Se laver les mains avant chaque tétée.
- Position confortable pour la mère et l'enfant.
- Position du bébé : « estomac contre estomac » avec sa mère. Tête, épaules et hanches du bébé dans le même axe.
- Prise du sein : bouche du bébé grande ouverte, langue tirée, en gouttière sous le sein.
- Le bébé prend le mamelon et une grande partie de l'aréole, nez et menton touchant le sein pendant la tétée (tirer le sein pour dégager le nez du bébé est inutile et fait courir le risque de survenue de crevasses)  
La tétée est efficace si chaque mouvement de succion est suivi d'une déglutition.
- Les tétées ne doivent pas être douloureuses pour la mère.
- Pas de restriction de fréquence (10 à 12 tétées par 24h au début est une moyenne raisonnable) ni de durée des tétées (tant qu'elles restent efficaces : le bébé ne doit pas « tétouiller » le mamelon, car cela entraîne un risque de crevasse).

**Nourrir le bébé à la demande est la condition *si ne qua none* d'un allaitement réussi.**

**2. Critères de bon déroulement de l'allaitement**

On peut estimer la quantité de lait ingérée par le bébé en comptabilisant les « sorties »  
**(entrées = sorties).**

**urines** : au moins 6 couches mouillées par 24h

**selles** : (Cf. fiche « selles du bébé allaité »)

Le premier mois, selles liquides, jaune d'or, grumeleuses, au moins 2 fois par jour, voire à chaque tétée.

Après 4 à 6 semaines, selles d'aspect identique, parfois très espacées (plusieurs jours), mais elles sont alors très abondantes.

**poids** : le premier mois :

au moins 20g par jour

au moins 150g par semaine

au moins 500g par mois

**Certains enfants prennent moins de poids**, il faut toujours évaluer aussi les autres critères d'allaitement que nous venons de détailler. Il faut savoir que les courbes de croissance du carnet de santé ont été élaborées à partir d'enfants nourris au lait artificiel, et qu'il existe des différences avec les enfants nourris exclusivement au sein. (Cf. fiche « croissance du bébé allaité »)

## ***FICHE « SELLES DU NOURRISSON ALLAITE »***

La surveillance des urines et des selles du bébé est un élément essentiel de suivi du bon déroulement de l'allaitement pendant les premières semaines.

### **1. Particularités des selles au cours de l'allaitement**

- chez un nourrisson allaité :

Les selles **fréquentes et liquides (voir plus loin)** sont souvent prises à tort pour des selles diarrhéiques, alors qu'elles sont parfaitement physiologiques.

- chez les bébés allaités plus âgés (après 1 mois à 6 semaines) :

Certains sont traités pour constipation devant des **selles très espacées** (1 selle tous les 3-10 jours), alors que ce rythme est physiologique. Les selles restent molles, leur exonération ne sera pas douloureuse pour l'enfant, il n'y a pas de risque de fécalome chez un bébé allaité exclusivement. Il n'y a aucun ballonnement abdominal associé, ni aucune gêne pour le bébé.

### **2. Chronologie de l'aspect des selles:**

- J1- J2 : méconium 1 à 2 fois par jour.

- J3 : selles mélangées jaune-vert grumeleuses (grains de moutarde).

- À partir de J4/J5 (à la « montée de lait ») : selles liquides jaune d'or 3 à 4 fois par jour (au moins 2 fois, et parfois plus de 6 fois).

**Si l'enfant émet toujours du méconium ou des selles méconiales à J4-J5, il ne reçoit probablement pas suffisamment de lait, la lactogénèse de type II ne s'est pas installée, ou le bébé n'a pas de tétées efficaces. La conduite de l'allaitement est à réévaluer.**

- Après 4 à 6 semaines : parfois selles beaucoup moins fréquentes, mais toujours abondantes et molles. Plusieurs selles par jour, associées à des urines abondantes et claires (au moins 2 couches de selles de lait de mère et au moins 4-6 couches d'urines par jour) sont un signe que le bébé reçoit suffisamment de graisses et de calories, et un volume de lait suffisant.

**Si les selles s'espacent, vérifier cependant toujours si le bébé reçoit assez de lait :**

- Apprécier l'état d'hydratation du bébé à partir des urines (urines normalement pâles, mouille 4 à 6 couches par 24h).
- Vérifier la mise au sein (suction efficace, tétées complètes, accès aux seins libre).
- Vérifier la prise de poids (*Cf. fiche « croissance du bébé allaité »*).

**Attention si moins de 8 tétées par jour ou suppression des tétées nocturnes chez un bébé de moins de 3 mois, ayant espacé ses selles, diminué ses urines, et présentant une courbe de poids qui fléchit : optimiser l'allaitement, en prenant un avis spécialisé si nécessaire.**

### **3. Autres aspects parfois rencontrés**

L'aspect des selles du bébé allaité varie de façon physiologique avec l'alimentation maternelle.

- Selles vertes, liquides et mousseuses : (*Cf. fiche « coliques », si pleurs associés*) Cela peut correspondre à un excès de lactose par surproduction de lait ou conduite non adaptée de l'allaitement

- Selles vertes isolées : C'est le fait d'un aliment ou d'un médicament absorbé par le bébé ou par la mère.

- Selles sanglantes, rectorragies : Eliminer une allergie aux protéines de lait de vache. Rechercher une fissure anale, en cas de stimulations rectales (cela se produit parfois si la maman s'inquiète lorsque les selles s'espacent chez le bébé qui grandit).

- Selles très liquides, peu grumeleuses, abondantes, persistantes: gastro-entérite aiguë possible, surtout si fièvre associée. Ne pas arrêter l'allaitement, proposer le sein très fréquemment, compléter avec des solutés de réhydratation orale si le bébé perd du poids malgré des tétées efficaces fréquentes.

#### **4. Introduction de biberons de lait artificiel :**

L'aspect des selles se modifie avec l'introduction de biberons de lait artificiel. Elles deviennent plus foncées, plus consistantes, plus odorantes, en fonction de la quantité de lait artificiel donné.

---

## ***FICHE « COLIQUES »***

### **1. Définition des coliques**

*« Les coliques sont un des mystères de la nature. Personne ne sait vraiment ce qu'elles sont, mais chacun a sa petite idée à leur sujet. »* (Fiches techniques Information Pour l'Allaitement, révisés en 1998, d'après Jack Newman).

Par le terme « coliques », les parents englobent presque tous les **pleurs d'un bébé**, quelle qu'en soit la cause : il y a parfois confusion entre les pleurs physiologiques et des pleurs de cause organique.

Les pleurs physiologiques débutent en général quand le bébé a 2 ou 3 semaines, surviennent souvent en fin de journée et en soirée, et prennent fin spontanément vers l'âge de 3 mois.

Les coliques sont décrites classiquement comme des pleurs souvent soutenus, survenant dès la fin de la tétée ou dans les minutes qui suivent, avec un bébé qui « devient tout rouge et qui replie ses jambes sur le ventre ». Le bébé paraît inconsolable, la durée des pleurs est variable (quelques minutes à plusieurs heures). Parfois les pleurs sont soulagés par l'émission de selles ou de gaz.

### **2. Trois causes courantes de coliques chez le bébé allaité**

#### **- Excès de lactose :**

En cas de limitation de l'accès aux seins, il est possible que le bébé ne reçoive que du lait relativement pauvre en matières grasses, et riche en lactose (lait de début de tétée). Ceci conduit à des douleurs abdominales, avec des selles mousseuses, peu granuleuses, vertes et en jet, accompagnés d'émissions de gaz importantes. Parfois il y a une courbe de poids insuffisante, alors que les tétées sont fréquentes. Ce phénomène est fréquent chez les mamans ayant une production de lait surabondante (*Cf. fiche « surproduction de lait »*).

#### **Conduite à tenir en pratique:**

- Ne pas minuter les tétées.
- Offrir le premier sein aussi longtemps que le bébé tète et avale, attendre qu'il le lâche spontanément.
- Proposer le second sein ensuite : si le bébé ne le prend pas, ne pas insister : c'est que le bébé a assez. On pourra commencer par ce sein pour la tétée suivante.

**S'il n'y a pas d'amélioration en quelques jours malgré une conduite normale de l'allaitement, demander un avis spécialisé.**

- Réflexe d'éjection puissant (Cf. fiche correspondante)
- Protéines étrangères dans le lait maternel :

La plus connue est celle du lait de vache. Evoquer cette possibilité en particulier sur un terrain atopique ou des antécédents familiaux d'allergie alimentaire. Dans de rares cas, une allergie aux protéines de lait de vache du bébé s'exprimera par des rectorragies associées.

Conduite à tenir en cas de suspicion d'intolérance aux PLV :

En cas de suspicion d'allergie aux protéines de lait de vache chez le bébé allaité, on conseille à la maman de ne pas consommer de produits laitiers pendant une semaine à dix jours, et de voir l'évolution pendant la durée de l'éviction.

**Prendre un avis spécialisé.**

---

## ***FICHE « CROISSANCE NORMALE DU BEBE ALLAITE »***

Il existe des différences de croissance pondérale, staturale et de périmètre crânien entre les bébés allaités et les bébés non-allaités. Les courbes des carnets de santé sont basées sur la croissance de bébés en grande majorité non allaités. La norme de croissance du bébé allaité, donc la norme de croissance biologique du bébé humain, est en cours d'étude. Les courbes élaborées à partir des études préliminaires de l'OMS en 1994 sur 226 nourrissons allaités sont reportées ci-dessous.

### **A. Croissance pondérale : voir courbes**

#### 1. Période néonatale :

- Une perte de poids les 3 premiers jours est physiologique dans tous les cas, avec parfois perte de poids très faible en cas d'allaitement exclusif bien conduit. Reprise du poids de naissance avant J5 pour environ 60% des nouveau-nés allaités exclusivement ;
- Pour les autres, il faut que le poids de naissance soit repris au plus tard à la 3<sup>ème</sup> semaine de vie ;
- S'inquiéter par contre en cas de faible prise de poids lorsque la lactogénèse de type II est établie et vérifier le déroulement normal de l'allaitement si la courbe de poids n'est pas ascendante de façon franche.

#### 2. Les 3 premiers mois :

- Prise de poids de 20-30g/jour, voire plus, correspondant à des prises de poids physiologiques de 500g à 1kg voire 1,5 kg par mois.

**Il n'y pas de suralimentation au sein ! Il n'y a pas de nécessité à espacer les tétées en cas de prise de poids importante !**

- Si prise de poids moins de 700g/mois, bien évaluer le déroulement de cet allaitement
- S'inquiéter si la prise de poids (à calculer à partir du poids le plus bas de la maternité +++ ) est inférieure à 15g/jour ; **danger** si moins de 10g par jour.

### 3. Entre 3 et 6 mois :

- Infléchissement de la courbe de façon physiologique, avec prise de poids de 300-600 g par mois. Le bébé prend parfois plus, mais la prise de poids sera toujours inférieure à celle des 3 premiers mois. *Ce n'est pas un manque de lait, c'est physiologique*+++

- La croissance normale du bébé allaité est une croissance sigmoïde : les courbes de croissance des carnets de santé sont des courbes d'une population d'enfants largement non-allaités.

### 4. Après 6 mois :

Début de la diversification, poursuite de l'allaitement maternel, les courbes rejoignent progressivement celles des carnets de santé entre 1 et 2 ans.

## **B. Croissance staturale et du périmètre crânien : voir courbes**

---

### ***FICHE « SURPRODUCTION DE LAIT, REFLEXE D'EJECTION FORT »***

Il peut arriver dans le déroulement de l'allaitement que les seins de la mère produisent bien plus de lait que le bébé n'en demande, ou que le débit de lait ne soit trop fort pour le bébé.

La surproduction de lait est en général transitoire, ou secondaire à une surstimulation involontaire, que l'on peut corriger.

Le réflexe d'éjection trop puissant peut également être transitoire, et le bébé en grandissant va apprendre à gérer les flots de lait au fil du temps.

On peut cependant adapter la pratique de l'allaitement maternel à ces situations.

#### **1. Clinique**

##### - Chez le bébé

On peut rencontrer l'un ou l'autre ou la combinaison de plusieurs des signes suivants :

- fausses routes avec accès de toux pendant la tétée
- tétées interrompues, bébé lâche le sein, laisse couler du lait pendant la tétée
- pleurs en début et en cours de tétée avec un bébé qui se rejette en arrière
- bruits hydro-aériques abdominaux, associés à des éructations, des pleurs, des selles mousseuses liquides peu grumeleuses
- douleurs abdominales, avec émission de gaz fréquents (« coliques » du bébé au sein, *cf. fiche correspondante*)
- refus du sein

##### - Chez la mère

- « fontaine de lait », des seins qui coulent en permanence
- « giclées » de lait à 2 mètres lorsque le bébé lâche le sein en cours de tétée
- engorgements fréquents, en particulier dès qu'il y a le moindre espacement des tétées
- risque augmenté de douleurs, lymphangites et d'abcès

## 2. Etiologie

### - Causes possibles d'une surproduction secondaire:

Il peut s'agir de toute stimulation excessive des seins :

- frottements par des vêtements trop serrés,
- port permanent de coques de recueil de lait,
- soutien-gorge mal adapté, trop serré,
- utilisation du tire-lait de façon trop systématique, ou avec extraction de volumes trop importants, alors que le bébé va au sein et fait des tétées efficaces à la demande,
- inadaptation de la production après une relactation (*Cf. fiche « relactation »*)

### - Causes possibles d'un réflexe d'éjection trop puissant :

Pression sur les seins au moment de la tétée : soutien-gorge trop petit, position mal adaptée, pose d'un doigt ou de la main sur le sein...

## 3. Conduite à tenir

### - Dans tous les cas :

Rechercher une stimulation excessive des seins, ***et corriger la cause***

### - En cas de surproduction de lait :

Le signal le plus fort pour le sein le conduisant à augmenter sa production de lait est le degré de vidange à chaque tétée, ou la quantité de lait qui en est extrait. A l'inverse, lorsque l'on laisse le sein se remplir, et qu'on ne le vide jamais complètement, il freine sa production de lait (*Cf. fiche « physiologie de la lactation »*)

En pratique : Proposer le même sein plusieurs fois de suite (2-3 fois), et ne tirer de l'autre côté que la quantité nécessaire pour ne pas avoir de douleurs ou de gêne (*Cf. fiche « extraction du lait »*)

### - En cas de réflexe d'éjection fort :

- Proposer à la mère de tirer manuellement ou au tire-lait 10-20 g de lait, ou plus, avant de mettre le bébé au sein pour éviter le premier flux d'éjection, trop puissant ;
- Eviter toute source de pression sur le sein ;
- Préférer les positions en léger décubitus dorsal pour la mère ;
- Proposer la position en ballon de rugby (*Cf. fiche « position »*) ;
- Proposer la position verticale pour l'enfant, « à cheval » (*Cf. fiche « position »*) ;
- Ne pas attendre trop entre deux tétées, vérifier que l'accès au sein est libre ;
- Eventuellement proposer le tire-lait (juste la quantité nécessaire pour soulager) entre deux tétées espacées, lorsque le mère sent les seins devenir trop tendus.

## ANNEXE 13

### QUAND LES FEMMES PARLENT DE LEUR MEDECIN... (SUITE)

#### TEMOIGNAGES RECUS SUITE A LA PUBLICATION D'UNE ANNONCE DANS UN MAGAZINE PARENTAL : EXTRAITS CONCERNANT LE MEDECIN GENERALISTE.

1. J'avais prévu de sevrer mon bébé à la reprise du travail, mais j'ai fait une crise de colique néphrétique : le traitement étant incompatible avec l'allaitement le médecin m'a dit d'arrêter les mises au sein et de passer au biberon. J'ai été très frustrée et très affectée par ce sevrage brutal.  
Pour mon deuxième enfant, il m'a demandé si tout allait bien, mais je n'avais pas de questions. *Catherine.*
2. J'ai fait une lymphangite avec fièvre à 40 : le médecin de garde m'a conseillé de prendre de la catalgine pour faire baisser la fièvre. Je n'ai pas suivi son conseil. *Florence.*
3. Mon médecin généraliste a toujours écouté avec attention mes intentions d'allaiter et mes questions pendant l'allaitement, mais je sentais une certaine retenue de sa part, comme si un engagement clair de sa part avait été comme une entrave à la liberté des patientes. *Brigitte.*
4. Afin que je puisse continuer pleinement l'allaitement, mon médecin m'a mise en arrêt maladie pendant un mois. *Amélie.*
5. Ma fille ne prenait pas entièrement l'aréole, mais seulement le bout du sein, ce qui me provoqua des crevasses au bout de 2 semaines. Cela devenait de plus en plus douloureux, j'avais la hantise de l'allaiter, et j'en pleurais à n'en plus finir. J'ai expliqué mon cas au docteur qui mis cela sur le compte de la fatigue. *Lisa.*
6. Mes 2 fils sont suivis par un pédiatre qui m'a donné quelques petites informations et conseils. Pour le premier, j'ai arrêté l'allaitement du jour au lendemain (avec médicaments) car il a eu une gastro qui durait, conseil donné par le médecin de garde. Il avait alors 11 mois. *Valentine.*
7. En ce qui concerne mon généraliste, il n'a eu aucune place dans ma démarche d'allaitement, il ne s'est pas impliqué du tout, et je me demande même s'il m'a demandé si j'allaitais... *Carla.*
8. Mon médecin traitant qui est homéopathe m'a prolongé mon congé de 7 semaines parce que j'allaitais. Je m'étais bien renseignée sur l'allaitement, et tout se passait bien quand je faisais comme je le sentais, donc je n'ai pas eu trop besoin de lui demander conseil. *Delphine.*
9. Je n'ai jamais consulté mon médecin généraliste pendant l'allaitement car j'allais régulièrement à la PMI pour les consultations nourrissons. Les puéricultrices m'ont beaucoup aidée ; la pédiatre n'a fait que poser le diagnostic de RGO sur les problèmes digestifs de mon fils. *Claire.*
10. Mon fils était suivi par une pédiatre, mais pour ce qui concerne l'allaitement, je me suis bien logiquement tournée vers ma maman (auxiliaire de puériculture, formée à la LLF et par Marie THIRION) Sans elle, je crois que j'aurais sollicité les conseils de ma gynéco ou d'une sage-femme. Notre médecin traitant étant un homme d'une cinquantaine d'années, je ne pense pas qu'il aurait été le mieux placé. *Agnès.*
11. Je pense que mon médecin généraliste (un homme d'une petite cinquantaine d'années) m'aurait soutenue si seulement j'avais pensé à lui demander de l'aide. *Frédérique.*
12. PS : mon médecin généraliste ne m'a été d'aucun secours ! *Françoise.*
13. J'ai fait un super baby-blues, je n'arrivais pas à m'alimenter, et mon fils buvait toutes les heures jour et nuit...J'ai attendu 15 jours, puis 1 mois, et rien n'a changé, j'étais trop fatiguée, j'ai donc décidé d'aller voir mon médecin traitant car le pédiatre ne voulait rien comprendre : j'attendais une écoute et des conseils, il m'a dit de continuer sans se préoccuper de ma fatigue ; « Reposez-vous » m'a-t-il dit... Comment on fait quand le bébé pleure ? Mon médecin m'a donc conseillé de faire l'allaitement mixte : quand je lui donnais le biberon ,il tenait 3 heures, et quand je lui redonnais le sein, il réclamait une heure après. Donc une heure après les biberons, mes seins attendaient, attendaient, et j'avais trop mal. Alors nouvelle visite chez mon médecin qui m'a prescrit du PARLODEL. J'ai très mal vécu cet allaitement, même si ça me paraissait utile pour qu'il démarre bien dans la vie... *Aurore.*
14. Les premières visites chez le pédiatre : chef du service de pédiatrie du centre hospitalier, je l'ai choisi parce qu'il s'occupait de moi il y a 30 ans... Aucune écoute, des visites qui durent moins de 10 minutes pour des heures d'attente, aucun respect pour l'enfant, aucune écoute de la maman. Sous prétexte que les autres y sont arrivées avant nous, nous ne devons pas nous poser de questions... Au 3<sup>e</sup> mois, mon médecin a pris le relais : il me connaît bien, il me soigne

depuis 15 ans , il est jeune, papa de jumelles, nous habitons le même village, toutes les conditions sont réunies pour que j'aie confiance en lui, et alors tout fonctionne comme sur des roulettes ! Attentif, disponible, gentil avec ma fille, ; en bref , tout ce dont une jeune maman fatiguée a besoin. *Arlette*.

15. J'ai eu des problèmes intestinaux qui ont nécessité des médicaments que la notice signalait incompatibles avec l'allaitement. J'ai donc appelé une animatrice de LLL qui s'est renseignée. *Catherine*.
16. Lorsque j'ai dû reprendre mon emploi (factrice), mon chef a refusé en bloc le fait que j'allaite, il n'a pas voulu concilier mes horaires et me donner un travail adapté. Mon médecin généraliste est intervenue en ma faveur, elle était bien consciente que mon métier et l'allaitement étaient 2 choses qui ne pouvaient pas se concilier. Elle a également toujours répondu aux questions que je me posais à ce sujet. Je souhaite allaiter ma fille jusqu'à ses 1 an ; beaucoup de personnes me disent que c'est ridicule à l'heure d'aujourd'hui. Heureusement que mon médecin généraliste et mon pédiatre me soutiennent. *Laurence*.
17. « L'allaitement, c'est pour le tiers monde », paroles entendues de la bouche d'une ophtalmologue. Je n'ai pas eu de contact avec mon généraliste depuis mon accouchement. *Pascale*.
18. Le médecin généraliste a été charmant, elle m'a écouté, mais elle n'y connaît absolument rien en allaitement. *Sylvie*.
19. A 5 mois et 2 jours, visite chez le pédiatre : mon fils a maigri, je n'ai plus assez de lait. C'était comme un coup de poignard. On lui a donc donné des biberons, et le sein seulement quand je sentais qu'il était bien rempli. Il ne prenait plus que 2 fois par jour, ce qui me déprimait car je me suis sentie vraiment nulle de ne pas avoir vu qu'il maigrissait. Et il ne réclamait pas. Non seulement j'étais triste d'arrêter l'allaitement, mais surtout de ne pas avoir su que mon fils avait faim. Et je me suis rendu compte dès le 1<sup>er</sup> biberon qu'il n'était pas au mieux de sa forme avant. Il souriait et gazouillait de moins en moins. Dès le 1<sup>er</sup> biberon tout cela est revenu. Mais c'est un sentiment vraiment violent, dont je me remets difficilement. J'ai l'impression d'avoir maltraité mon bébé, l'impression que j'étais en train de le laisser mourir, et c'est un sentiment insupportable pour une maman. *Emilie*.
20. Mon gynéco et mon médecin traitant m'ont juste demandé si je souhaitais allaiter ou pas, point. Rien d'autre. J'ai appris par hasard que certaines mamans bénéficiaient d'un arrêt maladie de 28 jours supplémentaires pour allaitement puisque le « congé pour allaitement » n'existe pas officiellement en France. J'ai donc moi aussi osé le demander à mon médecin qui va me l'accorder. *Valérie*.
21. J'ai dû sevrer ma fille pour subir une coelioscopie (elle avait 10 mois et 15 jours) ; mon généraliste ne s'est pas senti concerné, même quand je lui demandais des conseils pour m'aider à continuer. Je trouve dommage qu'aucun des médecins que j'ai vus pour préparer mon opération n'ait essayé de discuter de mon allaitement pour m'aider. Au contraire, j'étais regardée comme une extraterrestre quand j'expliquais que je souhaitais aller jusqu'aux 18 ou 24 mois de ma fille. *Stéphanie*.
22. Le jour de notre 1<sup>ère</sup> visite chez la pédiatre, elle nous a annoncé après la pesée que l'allaitement n'était pas satisfaisant, parce que notre fille ne grossissait pas assez vite. Je contenais mes larmes car je ne me sentais pas le droit de dire à un médecin que je n'étais pas d'accord, que je pensais plutôt que tout allait bien... Nous avons eu 2 jours de sursis, pendant lesquels nous devions la mettre au sein plus souvent, et la réveiller la nuit si elle dormait trop pour la faire téter. 2 jours de stress, et à la pesée elle avait perdu du poids. Nous n'y comprenions rien et nous n'avons donc pas su refuser de donner des biberons de complément (soit 30ml après chaque tétée, soit une tétée remplacée entièrement par un biberon de 90ml, j'avais le choix). Elle m'a aussi demandé de tirer mon lait pour voir combien j'avais à lui donner. Après 2 jours de compléments, elle avait déjà repris du poids, quant à moi je n'arrivais à rien avec le tire-lait (20ml maximum). Verdict du médecin : vous n'avez effectivement pas assez de lait, votre fille ne peut pas grossir suffisamment grâce à votre lait, donc vous devez continuer au biberon et sevrer petit à petit. J'étais désespérée, je ressentais que tout cela n'était pas vrai, mais je ne me sentais pas autorisée à aller contre l'avis d'un médecin... Nous devions lui donner du lait hypoallergénique car son papa et moi souffrons d'allergie... Comme si mon propre lait n'était pas l'aliment le moins allergisant pour mon bébé... L'allaitement a été fini alors qu'elle avait 1 mois et 2 jours. *Frédérique*.
23. Mon généraliste, un homme d'une cinquantaine d'années environ, suit les enfants, c'est notre médecin de famille depuis X années. Il me dit depuis plusieurs mois que je peux commencer la diversification (au 1<sup>er</sup> mois, il m'a dit : jus de fruit, au 2<sup>e</sup> mois : fruits à peler, au 3<sup>e</sup> mois :

- pommes de terre, carottes, légumes verts) Je trouve que c'est un peu rapide, un peu « vieille école », et à 4 mois 1/2 je n'ai pas encore commencé la diversification. *Agnès.*
24. Le pédiatre à chaque visite me félicitait et me disait merci pour ce que je faisais pour mon bébé. *Nathalie.*
25. Mon médecin généraliste est homéopathe naturopathe. La 1<sup>ère</sup> fois que je l'ai vue, elle a noté sur le carnet de santé : « Examen clinique ce jour RAS, maman et enfant anxieux, allaitement à protéger ». Elle m'a vraiment aidée, me recommandant un complément alimentaire pour remplacer le GALACTOXYL, et prescrivant de l'homéopathie au bébé pour ses coliques. Elle m'a mise en maladie 40 jours pour continuer l'allaitement au maximum. *Mylène.*
26. Je n'ai pas eu recours à mon généraliste après l'accouchement : c'est un docteur de campagne vraiment formidable, qui rigole tout le temps et dédramatise tout. J'ai bien pensé un jour aller le voir pour lui parler de mes difficultés à allaiter, mais je me suis dit qu'après tout, ce n'était pas pathologique, donc qu'il ne m'aiderait peut-être pas trop, et qu'il n'aurait peut-être qu'une brochure ou un numéro de La Leche League à me donner ! De plus c'est un homme... Quoique justement, il aurait pu en parler avec plus de sérénité et de recul. Bref, le fait est que je ne suis pas allée le consulter et que je le regrette. *Alexandra.*
27. J'étais informée des bienfaits du lait maternel pour le bébé, et mon médecin généraliste qui m'a suivi en partie pendant ma grossesse m'a par contre informée de ses bienfaits pour la mère, que j'ignorais.  
Après la naissance, j'ai senti une ou deux fois des sensations comparables à celles des règles, ce qui confirmait ce que m'avait dit mon médecin sur la remise en place de l'utérus grâce à l'allaitement.  
Alors que Paul faisait ses nuits depuis peu, il a recommencé à réclamer la nuit. Je lui donnais, bien entendu, mais cela me fatiguait car j'avais repris le travail. Mon médecin m'a conseillé de lui proposer un biberon au lieu du sein... La 1<sup>ère</sup> nuit, il l'a bu, la 2<sup>ème</sup> très peu, et la 3<sup>ème</sup> il ne s'est pas réveillé ! *Nathalie.*
28. A la fin de mon congé de maternité, je suis allé voir mon généraliste qui est très en faveur de l'allaitement et m'a d'abord accordé 3 semaines de congés pathologiques jusqu'aux 4 mois d'Emilie. Il m'a dit de revenir le voir à la fin de cette période pour voir si j'avais toujours du lait et prolonger mon arrêt d'1 mois. A la 1<sup>ère</sup> visite il m'a demandé si j'avais un tire-lait chez moi, si mes seins étaient douloureux, et m'a dit de ne pas hésiter à les vider si c'était le cas, pour éviter un engorgement.  
J'ai eu la chance de trouver un médecin généraliste qui accepte de prolonger mon arrêt ; je crois qu'il faut du temps pour la mise en route, et le congé légal de maternité est bien trop court : dès que ça fonctionne bien, il faut supprimer des tétées... *Marion.*
29. Vers les 3 semaines d'Axel, j'ai eu de la fièvre. Mon généraliste a pris cela pour une grippe, en réalité c'était un début d'infection d'un canal lacté. Cette infection s'est finie par l'opération de mon sein gauche pour un abcès, 1 mois 1/2 après l'accouchement. Durant les 3 semaines avant l'opération, j'avais de plus en plus mal lors des tétées sur ce sein gauche, je voyais toutes les semaines mon généraliste qui me donnait traitement sur traitement. En réalité elle n'était pas assez formée aux problèmes de l'allaitement, même si elle avait allaité ses 2 enfants sans incident. Après l'intervention et de multiples batailles avec le corps médical, j'ai pu allaiter Axel uniquement du sein droit. J'aurais pu réallaiter des 2 seins si le chirurgien n'avait pas ouvert sur le contour du mamelon... *Anne-Marie.*
30. A chaque fois que j'allais voir mon généraliste pour Léa, il me disait qu'il était temps d'arrêter l'allaitement... Je ne l'ai jamais écouté !! *Claudie.*
31. Mon médecin n'était pas contre l'allaitement, mais il n'est pas assez informé : pendant ces 7 mois d'allaitement, j'ai eu une gastro-entérite et j'ai été très enrhumée. Il m'a conseillé d'arrêter l'allaitement, mais comme je n'en avais pas envie, j'ai cherché des conseils auprès de la puéricultrice qui suit une formation à LLL, et j'ai pu continuer à allaiter. *Blandine.*
32. Concernant mon médecin généraliste, il était tout à fait à l'écoute, disponible quant aux questions éventuelles, et satisfait de la courbe de poids d'Esteban ! *Caroline.*
33. Je n'ai presque pas évoqué l'allaitement avec mon généraliste, sauf pour les inévitables crevasses.
34. Le seul point négatif de mon allaitement, ça a été le sevrage : mon médecin m'a conseillé de me bander les seins... Je trouve qu'on est pas trop aidées de ce côté là... *Stéphanie.*
35. Les médecins généralistes que j'ai pu consulter ont plutôt été des alliés car ils m'ont prolongé mon congé maternité d'1 mois 1/2 pour permettre de poursuivre mon allaitement sereinement. Sinon, j'ai eu comme question lors d'une visite, à propos de l'alimentation : « Combien prend-il ? » Ma réponse : « Il tète matin et soir... » « oui, mais quelle QUANTITE ? 250ml ? » La vision des médecins semble calquée sur les fameux bibs... Un autre médecin (dermato)

s'étonnait : « Quoi ? Vous allaitez encore à 11 mois ? C'est absolument sans bénéfices pour votre enfant sur le plan immunologique ! » Lors d'une hospitalisation, une interne s'adressant à ses collègues : « Vous vous rendez compte, elle allaite encore à 8 mois... Si seulement ça pouvait m'arriver !... » Dans l'ensemble, j'ai eu autant d'expériences négatives que positives... *Odile.*

36. Le médecin traitant généraliste n'a pas été présent. La pédiatre s'est renseignée sur le mode d'alimentation, et voyant que Loïc se portait bien, elle n'a pas insisté. Je pense que sur le long terme, j'aurais apprécié quelques soutiens et conseils sur le sujet : en tant que mère, sur le sevrage ou la conservation du lait par exemple, en tant que femme sur le devenir de ma poitrine, entre autres. *Claude.*
37. Mon généraliste, orientation homéopathie, est une femme, ayant eu des enfants qu'elle a allaités. Elle appartient à une association de promotion de l'allaitement maternel, elle a donc répondu à toutes mes questions, et m'a prescrit des stimulants naturels pour maintenir un allaitement, mais je l'ai vue trop tard : j'avais déjà perdu la bataille... Elle m'a aidé à faire le point, et m'a encouragé à ne pas rester sur cet échec. *Virginie.*
38. Lors de la 1<sup>ère</sup> visite chez la pédiatre, elle a été alarmante : Il ne prenait pas assez de poids. Elle m'a conseillé de tirer mon lait pour voir si la prise au biberon allait avoir des effets positifs (étant né avec 1 mois d'avance, il se fatiguait au sein...), et sinon d'arrêter l'allaitement. Mon généraliste n'a pas joué de rôle, car c'est mon obstétricien qui m'a donné 4 semaines d'arrêt supplémentaire pour allaiter un peu plus. *Marie-Andrée.*
39. Mon généraliste n'a pas eu de place dans mon allaitement, puisque je ne l'ai pas vu pendant toute cette période : je n'étais pas malade... En début de grossesse, il m'avait demandé si je désirais allaiter, et comme je lui répondais par l'affirmative, il m'a dit que c'était très bien, que j'allais donner le meilleur à mon enfant, et lui apporter de bonnes défenses immunitaires. *Axelle.*
40. Mon médecin, un homme, m'a félicitée d'allaiter. C'est tout. Le pédiatre de Pauline m'a conseillé d'arrêter l'allaitement car elle avait des coliques. J'ai plutôt suivi les conseils de la PMI et du lactarium pour continuer... *Marie.*
41. Charles a été pendant 2 longs mois perturbé par les angoisses du soir, qui m'ont parfois presque découragée, souvent sous la pression familiale. Mais le pédiatre qui le suivait m'a vraiment poussée à continuer vu le terrain allergique familial connu. J'ai parfois fait appel aux conseils de mon médecin généraliste ou à ceux du pédiatre, mais le plus souvent en cas de doutes je contactais l'association de soutien de ma région. *Géraldine.*
42. Mon médecin généraliste m'a redonné confiance car on a vite fait de se décourager, la fatigue aidant. Quand j'ai pensé ne pas avoir assez de lait car Valérian tétait toutes les 2 heures, mon médecin m'a rassurée et encouragée ; il m'a prescrit un lait en poudre pour combler sa faim et me permettre de souffler. *Myriam.*
43. Lors de mes 2 premières grossesses, la question de l'allaitement s'est posée, et ce fut un non catégorique du corps médical, à mon grand désespoir, car je suis un traitement antiépileptique. Pour la 3<sup>e</sup>, j'ai décidé de me battre pour assumer mon choix d'allaiter. J'ai mis ma santé en jeu, car il a fallu suspendre mon traitement si je m'obstinais à vouloir nourrir mon bébé. *Valérie.*
44. Mon allaitement s'est très bien passé, mon généraliste n'est pas intervenu, c'est plutôt ma gynéco (une femme), qui m'a donné quelques conseils. *Marie-Martine.*
45. Les 2 premiers mois, Flavie avait l'air de bien pousser, puis elle a fait ses nuits, et elle est passée d'un coup de 6 à 4 tétées. Elle ne prenait donc plus autant de poids. Mon médecin a cru que c'était mon lait qui n'était plus bon, et m'a conseillé de lui donner un biberon en complément le soir. Si j'avais su, je ne l'aurais jamais fait... Elle s'est habituée, et depuis je lui donne un peu à téter avant, mais elle n'en veut plus, c'est le bib ! *Virginie.*
46. Le médecin généraliste n'a eu aucune place dans mon allaitement, d'ailleurs j'y vais rarement, il y a trop de monde et je ne peux pas attendre 2h avec 2 enfants ! Quand j'ai un problème ou une question, je me rapproche d'associations d'allaitement. *Céline.*
47. J'ai été très soutenue par mon médecin généraliste pour l'allaitement de mes 3 garçons, c'est un militant pour l'allaitement maternel. *Maryse.*
48. J'ai effectué le sevrage entre 5 et 6 mois avec l'aide de mon généraliste qui m'a été d'une grande aide : si j'avais su, je n'aurais consulté que lui ! *Julie.*
49. Pour mon premier enfant, j'ai dû reprendre le travail après mon congé de maternité. Je n'ai pas voulu tirer mon lait, mais je conservais quelques tétées : je n'avais jamais les seins engorgés, donc 1 jour je ne donnais pas le sein, le lendemain je donnais deux fois, etc..., sans aucun problème pour Nathan qui alternait très bien biberons et tétées. Mais un jour, mon médecin généraliste m'a dit que ce n'était pas bien, que mon lait allait tourner, et j'ai stoppé

l'allaitement sur ses « conseils ». Pour mon deuxième enfant, j'allaitais à la demande, sans problème particulier, jusqu'à ses 5 mois où j'ai eu très mal au dos, et où j'ai consulté le médecin de garde. Son discours était très négatif : en allaitant ma fille à la demande j'allais la rendre boulimique. Il m'a donné l'exemple des pays d'Afrique où, d'après lui, les bébés sont effectivement allaités à la demande, mais ils ont sans cesse la diarrhée. Quand on est fatiguée et hésitante par manque de conseils et d'appui, ce genre de phrases pèsent lourd. J'ai quand même persévéré, mais je sentais bien que le médecin généraliste qui nous suivait n'était pas du tout pour l'allaitement non plus... Entre 4 et 6 mois j'ai essayé d'introduire le biberon, mais elle faisait la grimace, buvait très peu malgré l'essai de toutes sortes de marques de lait et de tétines. J'essayais de compenser par des laitages, le médecin nous disait d'insister, d'être patients, mais au quotidien les repas étaient de vraies batailles... A 6 mois, elle était sevrée, mais c'était toujours très difficile avec le biberon, et malgré les laitages que je lui donnais pour compenser, sa courbe de poids a dégringolé pendant les 6 mois suivants. Elle a enchaîné les bronchiolites et avait toujours la diarrhée. Mon médecin me disait d'attendre, le pédiatre que j'ai consulté a eu le même discours. Un jour nous l'avons emmenée aux urgences, car son état de santé m'inquiétait beaucoup : nous ne vivions qu'autours des séances de kiné, et on passait des heures à la faire manger. Il s'avère qu'elle était dénutrie, et quand je disais que ses problèmes avaient commencé à l'arrêt de l'allaitement, personne ne m'écoutait... J'ai même voulu recommencer, mais après 6 mois de sevrage, ça n'a pas du tout marché... Elle a eu des tas d'exams à l'hôpital, c'était toujours négatif. Entre temps je suis allé voir un homéopathe ; pour lui Coline était anorexique. J'ai alors repensé à la phrase du médecin qui m'avait dit que j'allais la rendre boulimique, et qui m'avait tellement marquée dans cette période de doute et de grande fatigue. Après un traitement homéopathique, elle a retrouvé l'appétit... Pour moi c'est le médecin traitant qui est la personne la mieux placée pour suivre les enfants, car il connaît la famille, il est là au quotidien. Mais je n'ai jamais pu avoir une vraie discussion avec lui, ni partager mes interrogations concernant l'arrêt de l'allaitement et la dégradation de son état de santé. Je lui reproche surtout de ne pas avoir pris en compte la psychologie de l'enfant, surtout lors de l'allaitement où il y a une grande part d'affectif. Je reste avec des tas de questions sur la relation mère-enfant, pendant l'allaitement, mais il est très dur de trouver un interlocuteur en la matière. Je suis d'une génération où les mères n'allaitaient pas, et elles ne peuvent pas nous transmettre leur expérience. Il me semble donc logique que ce soit le médecin généraliste qui fasse cet accompagnement, mais est-il suffisamment formé pour ça ? J'ai l'impression que l'allaitement est un peu à la mode en ce moment, mais les conseils restent superficiels, et dès qu'on rencontre des problèmes spécifiques, on manque de réponses concrètes... *Hélène*.

50. Je suis allée chez le médecin un vendredi parce que j'étais malade ; mon bébé avait alors 8 mois. C'était son remplaçant, qui m'a fait faire des analyses et m'a expliqué qu'il fallait que je revienne le lundi, une fois le résultat des analyses connu, et qu'il fallait que j'arrête l'allaitement à cause des médicaments qu'il faudrait sûrement me donner. Le sevrage a donc été fait en un WE. Quand je suis retournée chez le médecin (qui était de retour de congés), il m'a dit que je n'aurais pas eu besoin d'arrêter l'allaitement, que celui-ci était compatible avec le traitement, mais il était trop tard. Pour mon deuxième enfant, j'étais voir un pédiatre vers ses 9 mois pour arrêter l'allaitement de manière progressive, et on a réussi tranquillement sur une semaine. En fait, les médecins généralistes que j'ai vus pendant les périodes d'allaitement ne m'ont pas du tout aidée. Par contre, le numéro d'une association de soutien à l'allaitement m'a été donné à la maternité, et cela m'a bien aidé. *Catherine*.
51. Les conseils des médecins sur l'allaitement, je ne les ai que très peu suivis, parce qu'ils ne convenaient pas à ma situation (par exemple de compléter systématiquement le sein par un biberon, ça ne m'allait pas). *Nadia*.
52. Pour la première, j'ai allaité 10 mois ½ . Il m'a fallu une certaine organisation, surtout avec mon travail (je suis infirmière au bloc), mais j'avais une nourrice qui m'aidait pour que je puisse continuer l'allaitement, ce qui n'était pas le cas de mon médecin traitant : il me décourageait plus qu'il ne m'aidait. Il m'a obligée à donner l'alimentation solide à 3 mois ½ , ce que j'ai fait (le premier essuie les plâtres !). Pour Isalys, la troisième, j'ai un médecin généraliste super. Il m'encourage et m'aide beaucoup. Je souhaite allaiter 8 à 9 mois sans compléments, avec sa surveillance et son aide.
53. A la visite du 1<sup>er</sup> mois, j'ai demandé à mon médecin si c'était normal que je n'aie toujours pas eu mon retour de couches, et elle n'a pas su me répondre. J'ai reposé la question à mon gynécologue à la visite post natale, qui m'a rassurée puisque j'allaitais, et m'a également dit que si je voulais continuer au-delà du congé maternité, je pouvais demander un arrêt à mon médecin. J'ai obtenu 15 jours. Pour la deuxième, j'ai consulté vers ses 2 mois, parce qu'elle

s'était mise à hurler de 22h à 1h du matin, et rien n'y faisait, ni tétée, ni biberon de lait ou d'eau. J'en ai parlé à mon médecin qui n'a pas trouvé de solution... En désespoir de cause, j'ai décidé d'arrêter de l'allaiter, en me disant que c'était peut-être mon lait qui avait une incidence, tout en n'en étant pas trop convaincue (effectivement, ça n'a rien changé, et finalement, cela s'est arrêté comme c'était venu, du jour au lendemain...). Pour le troisième, tout allait bien jusqu'à la visite des 3 mois, où on a constaté qu'il n'avait pris que 150g en 1 mois. Le médecin m'a demandé de le repasser à 4 tétées par jour, et de revenir le faire peser 8 jours plus tard : +160g. Mais 3 semaines plus tard, pour les 4 mois, il n'avait pris que 200g : elle m'a demandé de le peser avant et après les tétées pour voir combien il prenait, et ne me parlait plus que de biberons... Elle me démoralisait. Du coup je me suis débrouillée toute seule, et j'ai allaité mon bébé jusqu'à 5 mois, car à cette période, il était plus intéressé par ce qui se passait autour de lui que par le sein ! Nous sommes donc passés au biberon en douceur, quand nous l'avons décidé. *Françoise.*

54. Mon généraliste constatait à chaque visite l'excellente santé et vitalité de ma fille et me félicitait, ce qui me confortait dans l'idée que l'allaitement était ce qu'il y avait de mieux. Quand j'ai dû reprendre le travail pour des raisons financières, j'ai revu mon généraliste, qui m'a établi une fiche de diversification alimentaire (elle avait 6 mois 1/2). Sa courbe de poids chutait, mais mon médecin m'a rassurée. Je considère que mon généraliste a toujours été très compétent, et m'a toujours laissé libre choix de continuer d'allaiter ou pas, en me faisant quand même comprendre que le lait maternel est ce qu'il y a de mieux pour l'enfant. Il a été respectueux des rythmes de l'introduction alimentaire, et j'ai beaucoup apprécié ses façons « à l'ancienne », naturelles, et ce bien que ce soit un homme. *Lucy.*
55. Mon seul regret est que mon pédiatre m'a fait introduire les biberons trop tôt à mon goût parce qu'il trouvait qu'il ne grossissait pas assez. Une fois totalement sevré, le pédiatre a constaté qu'il ne grossissait pas plus vite, et il en a conclu que mon fils était de constitution plutôt fine... J'en garde de l'amertume, car il m'a fait culpabiliser, pensant que mon lait n'était pas assez nourrissant. *Stéphanie.*
56. Au bout de 3 semaines, ma fille faisait ses nuits, mais j'étais morte de fatigue : après 6 ou 7 tétées par jour, tous les jours, cumulées à la fatigue, les tétées de fin de journée étaient devenues contraignantes, comme une « corvée ». A ce moment j'en ai parlé à mon médecin traitant. Elle m'a expliqué que s'il y avait contrainte, Lou-Anne le ressentirait, et qu'il valait mieux arrêter progressivement sans culpabiliser. Elle m'a prescrit du Parlodel. *Caroline.*
57. Le jour de ma sortie de la maternité, j'ai eu une forte poussée de fièvre à 40°, avec frissons et courbatures. J'avais un sein énorme et très douloureux. Le médecin de garde n'a pas pu venir faute de temps. Nous sommes donc partis aux urgences, le samedi soir à 23h, le personnel était débordé, une sage-femme m'a bousculée en me disant qu'avec de la fièvre il fallait impérativement arrêter l'allaitement. Un gynéco m'a mise sous antibio. J'étais effondrée à l'idée d'arrêter d'allaiter, et j'ai pris contact avec une association de soutien à l'allaitement, qui m'a expliqué que concernant l'allaitement, les avis des médecins étaient souvent divergents. J'ai tenu bon le dimanche et j'ai vu mon gynéco le lundi, qui m'a aussitôt rassurée : il fallait continuer d'allaiter, faire téter bébé le plus souvent possible, me reposer et finir le traitement commencé, même si pour une lymphangite les antibiotiques sont normalement inutiles. Au bout de 3 jours, tout allait bien, et le WE suivant, rebelote : 40 de fièvre, etc... Nous retournons aux urgences où un gynéco me dit que j'ai une endométrite, et il voulait de nouveau me mettre sous antibio. J'ai décidé d'aller voir une généraliste (très sympa), qui m'a dit que j'avais un abcès du sein, que je devais faire une écho le plus tôt possible, et que je pouvais soit arrêter d'allaiter, soit tirer mon lait si je voulais continuer après... J'étais effondrée, j'ai repris contact avec l'association, et j'ai appliqué les conseils de mon gynéco : repos, aspirine, massages, et tétées fréquentes... Au bout de 3 jours, tout était rentré dans l'ordre, et voilà maintenant 12 mois que j'allaite... Globalement, j'ai eu l'impression que les médecins que j'ai rencontrés étaient globalement assez contre l'allaitement (mis à part mon gynéco), et surtout ne cherchaient pas à essayer de résoudre le problème. Pour eux, la solution était de me faire arrêter d'urgence. *Caroline.*
58. Mon médecin traitant a été l'appui sur lequel je me suis reposée pendant 8 mois. En sortant de l'hôpital, on vous laisse dans la nature. Plus de professionnels pour vous épauler, vous rassurer, vous apprendre... Comme j'étais fatiguée, il m'a prescrit du fer, et m'a conseillé de me reposer un maximum, d'oublier pour le moment les petits soucis du quotidien (ménage, papiers...) Je le consultais sans besoin réel, juste pour être rassurée par un professionnel. « Votre enfant prend bien du poids, votre tension est parfaite... » Il était très à l'écoute, me donnait des directives, des petits trucs pour être bien avec mon enfant... C'est un homme, mais il est très attentif et il a les paroles qu'il faut pour vous rassurer. *Delphine.*

59. Concernant mon médecin généraliste, il a été de bon conseil suite à une mastite que j'ai eue vers 4 mois. Un autre généraliste que j'avais vu m'avait interdit d'allaiter Axel avec le sein « malade ». En fin de journée je n'en pouvais plus, et j'ai téléphoné à mon généraliste qui m'a dit que je pouvais très bien lui donner les 2 seins. Comme quoi, chacun a son avis... J'ai également allaité ma fille, qui ne prenait pas beaucoup de poids au départ. Sa pédiatre m'a bien soutenu, et de toutes façons, je n'aurais pas arrêté d'allaiter même si le médecin m'avait conseillé de la passer au biberon ! *Sandra*.
60. Mon médecin généraliste ne m'a été d'aucune aide pour l'allaitement, mais je ne lui ai pas demandé d'aide non plus. Cela ne m'est pas venu à l'esprit d'autant plus que c'est un homme. *Catherine*.
61. Bien que mon bébé ne prenne pas beaucoup de poids, mon généraliste et une puéricultrice de PMI m'ont encouragé à continuer l'allaitement. Mais comme je continuais de saigner, j'étais voir mon gynéco, qui m'a dit qu'il restait un bout de placenta. Il a fallu que j'arrête d'allaiter car le gynéco m'a donné un traitement incompatible avec le sein. J'ai trouvé incroyable qu'un gynéco me demande ça ! S'en est suivi une dépression post-natale tardive, prise en charge par mon médecin traitant. Pour moi, le médecin traitant reste le « régulateur » entre la maman et le bébé. *Frédérique*.
62. Au bout de 15 jours, David n'avait toujours pas repris son poids de naissance. Ma généraliste le trouvait tonique, il avait bien grandi, donc elle ne s'inquiétait pas. J'ai quand même décidé de me rendre à l'hôpital d'enfants, et on a découvert qu'il faisait une infection urinaire, et un tératome sacro-coccygien que nous avons fait opérer quelques semaines plus tard. Pendant toutes ces semaines passées à l'hôpital 24h/24 au chevet de mon bébé, j'ai tenu le choc, et j'ai du me battre avec le corps médical pour poursuivre mon allaitement, et pour que mon fils ne reçoive pas de biberon. *F*.
63. Je suis tombée malade un WE du mois d'août, le médecin de garde m'a prescrit du Feldène. Je lui ai alors expliqué que j'allaitais, alors il m'a dit sèchement que je devais arrêter immédiatement. Les raisons ? La prise d'anti-inflammatoires. N'existe-t-il pas d'anti-inflammatoires compatibles avec l'allaitement ? Non. Il était hors de question que j'arrête l'allaitement du jour au lendemain, je préférais ne pas suivre le traitement. J'ai contacté une association de soutien à l'allaitement, qui m'a expliqué, documents à l'appui, que le Feldène était compatible avec l'allaitement. J'ai été surprise de constater au cours de mes 15 mois d'allaitement que même les médecins ne semblent pas maîtriser parfaitement le sujet. Lorsqu'Isaure avait 2 mois, un pédiatre m'a dit que le lait ne suffisait pas, qu'il fallait aussi lui donner de l'eau. *Isabelle*.
64. Lorsque mon fils avait environ 3 mois, j'ai fait une inflammation à un sein. C'est ma généraliste que j'ai consulté (d'abord parce que pour moi, les symptômes étaient simplement ceux d'une grippe ou autre maladie courante). Elle a donc établi un bon diagnostic, s'est rapprochée des services hospitaliers qui m'avaient accouchée, et m'a permis de continuer mon allaitement avec un traitement adapté. Elle a voulu me revoir quelques jours après pour un contrôle, et en 3 jours tout était rentré dans l'ordre sans même un antibiotique. J'ai pu continuer d'allaiter après avoir repris mon activité professionnelle, car je travaille dans une banque qui a une super convention collective puisqu'elle prévoit un congé d'allaitement sur présentation d'un certificat médical (qui m'a été établi par ma généraliste). Mais j'ai quand même été surprise de constater que globalement le personnel médical semble très peu formé pour tout ce qui est allaitement... *Carole*.
65. J'avais allaité mon fils pendant plus de 5 mois, mais j'étais fatiguée, TA à 8/5, des problèmes de thyroïde qui revenaient au galop, les nerfs à fleur de peau, et je trouvais que notre relation devenait trop fusionnelle (Tom angoissait dès que je n'étais plus dans son champ de vision). Peut-être était-il temps d'arrêter ? C'est alors que j'ai demandé conseil à mon médecin traitant, qui semblait pour l'arrêt de l'allaitement. Il m'a proposé d'introduire un biberon dans la journée, puis d'augmenter la fréquence. Mais au final personne ne s'y retrouvait. Il m'a alors conseillé de stopper en une fois, et m'a prescrit un coupe-lait pour m'aider. *Emilie*.
66. Pour Hadrien, j'ai introduit les aliments solides un peu plus tôt que pour l'aîné car il prenait moins en poids. Cette décision fut prise avec l'homéopathe qui suit mes enfants. Mais pour ce qui est de l'allaitement en soi, c'est plutôt une amie sage-femme qui m'a conseillée. *Magali*.
67. Pour ce qui est de mon généraliste, j'ai eu quelques soucis lorsqu'il a du me prescrire la pilule, car il tenait absolument à ce que je reprenne l'ancienne, mais je lui soutenais que je ne pouvais pas puisque j'allaitais, mais qu'il y en avait une autre, dont le nom m'échappait, qui était compatible. Il a cherché dans son Vidal, mais à chaque fois, aucune ne convenait... Il s'est alors décidé à appeler un confrère gynéco qui lui a donné « le bon tuyau », mais ça a été laborieux ! Sinon, je trouve désolant que d'après les médecins il n'y ait aucun médicament allopathique

compatible avec l'allaitement. Heureusement je suis devenue un vrai crack de l'homéopathie !  
*Sandrine.*

68. Quinze jours après mon retour à la maison : poussée de fièvre, seins tendus et très douloureux, ganglions. Je vais voir mon médecin généraliste qui me dit que je fais un abcès à la poitrine et me conseille d'arrêter l'allaitement. Ma fibre maternelle étant plus forte, je ne l'écoute pas et me précipite chez la sage-femme de l'HAD qui me console et me dit que c'est juste un engorgement. Durant mes trois allaitements, je n'ai reçu aucun encouragement de mon généraliste ni de mon pédiatre. Les seuls qui m'ont réellement soutenue sont les personnels de PMI. Mes 3 enfants souffrant d'un reflux, j'ai souvent entendu les médecins me dire que ce serait plus facile si je n'allaitais pas, ce qui m'a beaucoup culpabilisée. *Johanna.*
69. Pour mon premier enfant, je n'ai pu l'allaiter que 6 semaines, car il y a eu un mauvais départ. Pour le deuxième, je me suis bien renseignée et préparée. A mon retour à la maison j'ai tenu mon médecin au courant, qui m'a encouragé tout au long de mes 10 mois d'allaitement. *Delphine.*
70. J'ai eu suffisamment de lait pendant un mois, et puis j'ai du enchaîner 2 déménagements, j'étais épuisée, et mon lait a donc peu à peu diminué. Ce sont les pleurs de ma petite fille affamée qui me l'ont fait remarquer. La doctoresse qui me suivait (médecin généraliste merveilleusement douce et attentionnée avec nous, et très professionnelle de bébé) m'a conseillé de recourir au tire-lait électrique pour quantifier mon lait. Cette expérience m'a rassurée, mais la source s'est quand même tarie très vite (l'avion pris pour vivre à 10 000 km et la chaleur équatoriale ont été fatales...) *Maité.*
71. Pour ma fille, contrairement aux aînés, je me suis rapprochée d'une PMI au lieu du médecin généraliste qui lors des 2 allaitements précédents, quand j'arrivais légèrement démoralisée, avec l'envie d'arrêter, avait comme seule réponse : « Il faudrait au moins continuer jusqu'à 2 mois », sans plus de renseignements.
72. Je dois signaler que mon médecin traitant m'a soutenue durant mes allaitements, et a su me conseiller sur les petits maux de l'allaitement (crevasses), ce qui n'est pas le cas du gynécologue-obstétricien qui m'a suivie pendant mes grossesses et ne s'est jamais préoccupé de l'allaitement. *Isabelle.*
73. Pour mon 4<sup>e</sup> enfant, j'ai accouché à la maison (bébé était trop pressé), et le médecin du SAMU m'a dit qu'il fallait essayer l'allaitement, que même si ça n'avait pas marché pour les aînés, cette fois-ci ça pouvait quand même marcher. Et ça à marché ! Par contre, mon médecin généraliste qui est une femme ne m'a pas aidée du tout : à chaque visite, elle me demandait si j'allaitais toujours, combien de fois, et me conseillait de passer au biberon. Elle n'est pas pour l'allaitement, et j'ai le sentiment qu'elle n'y connaît rien . Du coup, je n'ai pas eu de conseils et ça m'a manqué. *Annie.*
74. Mon médecin généraliste est une femme, très impliquée dans l'allaitement car elle-même est une maman ayant allaité. *Martine.*
75. J'ai été très étonnée qu'en France (je suis originaire des Pays Bas) on puisse obtenir des médicaments « coupe-lait », sans plus, il n'y a personne qui essaye d'expliquer les choses à la maman... *Marijn.*

---

**RESUME DE LA THESE :**

L'allaitement maternel est désormais reconnu par les plus hautes instances comme un problème de santé public majeur, justifiant de travailler à sa promotion.

En premier lieu, nous rappelons les principaux textes qui régissent sa pratique, et les principaux organismes qui l'encadrent, au niveau national et international.

La deuxième partie de ce travail propose une base de réflexion pour informer les patient(e)s sur l'allaitement : physiologie de la lactation et composition du lait, prescription chez la femme qui allaite, recommandations en terme de durée d'allaitement. Les bénéfices de l'allaitement ainsi que les freins à sa mise en œuvre et à sa poursuite dans notre société occidentale industrialisée sont étudiés également.

Dans un troisième temps, nous présentons notre enquête, mettant en parallèle deux questionnaires étudiant la prise en charge de l'allaitement maternel en médecine générale, l'un proposé à des médecins de Moselle et l'autre à des mères ayant une expérience d'allaitement.

Cette enquête met en évidence, d'une part les attentes des mères vis à vis de leur médecin pour l'accompagnement de leur allaitement, et d'autre part la nécessité d'une prise de conscience du côté des médecins, qui les amènerait à compléter leur formation pour une meilleure prise en charge des patientes allaitantes en pratique courante.

Nous proposons à cet effet un outil d'aide à la consultation en présence d'un allaitement destiné aux médecins généralistes, réalisé dans le cadre d'un groupe local de promotion de l'allaitement maternel.

---

**TITRE EN ANGLAIS :**

Role of the general practitioner in supporting breastfeeding patient.

---

**THESE:** MEDECINE GENERALE-ANNEE 2006

---

**MOTS CLEFS :**

Allaitement au sein / Médecin famille / Relation médecin-malade / Accès à information / Communication / Formation continue.

---

**INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :**

**Faculté de Médecine de Nancy**  
9 , Avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex