

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE



ANNEE 2003

THESE N° 138/1

SCD UNIV.LIMOGES



D 035 112113 1

**L'ALLAITEMENT MATERNEL DANS L'EXERCICE DE LA
MEDECINE GENERALE**

ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE LA HAUTE-VIENNE

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 16 juin 2003

PAR

Patricia SEGUE BAILLEUX

Née le 4 mars 1973 à Limoges

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur AUBARD

Mme. le Professeur LIENHARDT-ROUSSIE

M. le Professeur VANDROUX

M. le Docteur BUISSON

-Président

-Juge

-Juge

-Juge

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

ASSESSEURS :
Monsieur le Professeur LASKAR Marc
Monsieur le Professeur VALLEIX Denis
Monsieur le Professeur COGNE Michel

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES
ADMINISTRATIFS :

ROCHE Doriane

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

* C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Jean-Luc	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise(C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BARTHE Dominique	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BEDANE Christophe (C.S)	DERMATOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOUTROS-TONI Fernand	BIOSTATISTIQUE ET INFORMATIQUE MEDICALE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (C.S)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
COGNE Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE
DESCOTTES Bernard (C.S)	ANATOMIE
DUDOGNON Pierre (C.S)	REEDUCATION FONCTIONNELLE
	UROLOGIE

DUMAS Jean-Philippe
DUMAS Michel (SUR)
DUMONT Daniel (C.S)
DUPUY Jean-Paul (SUR)
FEISS Pierre (C.S)
FEUILLARD Jean (C.S)
GAINANT Alain (C.S)
GAROUX Roger (C.S)
GASTINNE Hervé (C.S)
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile
LABROUSSE François (C.S)
LASKAR Marc (C.S)
LEGER Jean-Marie (SUR)
LEROUX-ROBERT Claude (SUR)
LIENHARDT-ROUSSIE Anne
MABIT Christian
MARQUET Pierre
MAUBON Antoine (C.S)
MELLONI Boris
MENIER Robert (SUR)
MERLE Louis
MOREAU Jean-Jacques (C.S)
MOULIES Dominique (C.S)
NATHAN-DENIZOT Nathalie
PARAF François
PILLEGAND Bernard (C.S)
PIVA Claude (C.S)
PREUX Pierre-Marie
RIGAUD Michel (C.S)
SALLE Jean-Yves
SAUTEREAU Denis
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)
STURTZ Franck
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre
TREVES Richard (C.S)
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
VALLAT Jean-Michel (C.S)
VALLEIX Denis
VANDROUX Jean-Claude (C.S)
VERGNENEGRE Alain (C.S)
VIDAL Elisabeth (C.S)
VIGNON Philippe
VIROT Patrice (C.S)
WEINBRECK Pierre (C.S)

NEUROLOGIE
MEDECINE DU TRAVAIL
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
HEMATOLOGIE
CHIRURGIE DIGESTIVE
PEDOPSYCHIATRIE
REANIMATION MEDICALE
IMMUNOLOGIE
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
PSYCHIATRIE D'ADULTES
NEPHROLOGIE
PEDIATRIE
ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
TRAUMATOLOGIQUE
PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE
RADIOLOGIE
PNEUMOLOGIE
PHYSIOLOGIE
PHARMACOLOGIE
NEUROCHIRURGIE
CHIRURGIE INFANTILE
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
ANATOMIE PATHOLOGIQUE
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
MEDECINE LEGALE
INFORMATION MEDICALE ET EVALUATION
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES
METABOLIQUES
RHUMATOLOGIE
CANCEROLOGIE
NEUROLOGIE
ANATOMIE
BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION
MEDECINE INTERNE
REANIMATION MEDICALE
CARDIOLOGIE
MALADIES INFECTIEUSES

PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS :

BUCHON Daniel

MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE :

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

ALAIN Sophie	Bactériologie - virologie - hygiène hospitalière
ANTONINI Marie-Thérèse	Explorations Fonctionnelles Physiologiques
BOUTEILLE Bernard	Parasitologie - mycologie
CHABLE Hélène	Biochimie et génétique moléculaire, chimie des Explorations fonctionnelles
DURAND-FONTANIER Sylvaine	Anatomie
ESCLAIRE Françoise	Laboratoire d'histologie-cytologie, cytogénétique et de Biologie cellulaire et de la reproduction
JULIA Annie	Laboratoire d'hématologie
LAPLAUD Paul	Biochimie et génétique moléculaire, chimie des Explorations fonctionnelles
MOUNIER Marcelle	Bactériologie - virologie - hygiène hospitalière
PETIT Barbara	Anatomie et cytologie pathologiques
PLOY Marie-Cécile	Bactériologie - virologie - hygiène hospitalière
RONDELAUD Daniel	Laboratoire d'histologie-cytologie, cytogénétique et de Biologie cellulaire et de la reproduction
VERGNE-SALLE Pascale	Rhumatologie
YARDIN Catherine	Laboratoire d'histologie-cytologie, cytogénétique et de Biologie cellulaire et de la reproduction

A Monsieur le Professeur AUBARD Yves
Professeur des Universités de Gynécologie Obstétrique
Chirurgien des Hôpitaux
Chef de service

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Soyez assuré de notre profond respect.

A Madame le Professeur LIENHART-ROUSSIE Anne
Professeur des Universités de Pédiatrie
Pédiatre des Hôpitaux

Qui nous a fait l'honneur de participer à notre jury de soutenance de thèse.

Hommages respectueux.

A Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude
Professeur des Universités de Biophysique et de Traitement de l'Image
Biologiste des Hôpitaux
Chef de service
Doyen de la Faculté de Médecine

Qui a bien voulu considérer nos études et notre travail avec bienveillance.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur BUISSON Jean-Gabriel
Maître de conférence associé de Médecine Générale

Qui nous a fait la gentillesse de diriger ce travail et d'y apporter sa
collaboration, son aide et ses conseils.

Que cette thèse soit le témoignage de nos sincères remerciements.

A Mesdames Françoise VILLEYAUD et Annick LAPIERRE
respectivement Cadre Sage-femme et Conseillère en lactation
du Service de Gynéco-obstétrique du CHRU de Limoges
pour leur collaboration et leur aide à l'initiation de ce travail.

Au delà du cadre de cette thèse, notre reconnaissance s'adresse aussi aux
Dr Faucher, Dr Issoulié, Dr Boutet, Dr Bégaud pour tout ce qu'ils m'ont appris et
la confiance qu'ils m'ont témoignée.

Qu'ils en soient très chaleureusement remerciés.

A ma petite famille

Oliver

Grégoire, Gauthier...

Qui seront toujours ma priorité.

A ma famille

Ma mère

Pour son amour.

Mon père

Qui a su nous inculquer des valeurs saines.

A qui je dois d'être devenue ce que je suis.

Virginie, Sébastien

J'ai tout de même fini mes études avant vous.

Mes grands-parents

A ma grande famille

Françoise

Papy Geo et Mamy Guette

Qui m'ont réservé un accueil chaleureux au sein de leur famille

En témoignage de mon respect et de mon affection

Nico et Claire

Serge et Sonanda

Constance, Fleur et les autres

A Caroline

A Franck

Les thésards de l'an 2003.

A Delphine

Mon amie de toujours

Aux autres amis, ils se reconnaîtront

A mon comité de lecture et de correction

Amicalement Marie-Claude

Et tous ceux et celles que je ne nomme pas et qui me sont chers

L'ALLAITEMENT MATERNEL DANS L'EXERCICE

DE LA MEDECINE GENERALE

ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE LA

HAUTE-VIENNE

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	12
MATERIEL ET METHODE	15
I. Détermination de la population d'enquête	16
II. Détermination de l'échantillon	16
III. Questionnaire	17
A. Elaboration	17
B. Pré-test	18
C. Présentation du questionnaire	18
1. Type des questions	18
a. Questions fermées	18
b. Questions ouvertes	19
2. Coordonnées facultatives	19
3. Renseignements généraux personnels, clientèle	19
4. L'allaitement est-il un sujet abordé ?	20
5. Evaluation de l'allaitement artificiel ou maternel	20
6. Connaissances des structures gérant les difficultés	21
7. Formation Médicale Continue	21
8. Ouverture vers les propositions	22
D. Technique d'enquête	22
1. Type d'étude	22

2. Courrier	22
E. Codage	22
F. Méthodes statistiques	23
RESULTATS	24
I. Caractéristiques de la population	25
A. Répartition des sexes	25
1. Population médicale de la Haute-Vienne	25
2. Population réponse	25
3. Commentaires	25
B. Répartition des âges	26
II. Caractéristiques du cabinet médical	26
A. Lieux d'exercice	26
1. Des envois	26
2. Des réponses	27
B. Clientèle	27
III. Données personnelles	27
A. Lieux d'étude	27
B. Enfants	28
C. Allaitement maternel	28
D. Durée	28
E. Vécu hors métropole	29
IV. Taux d'acceptation	29
A. Retour	29

B. Anonymat	29
V. Temps moyen de l'étude	29
ANALYSES THEMATIQUES DES RESULTATS	30
THEME I : REPRESENTATION DU LAIT ET DE L'ALLAITEMENT MATERNEL	31
I. Valeurs attribuées au lait et à l'allaitement maternel	31
A. Evaluation dans les réponses des avantages	31
1. Transcription des données	31
2. Tableau des résultats relevés en fonction de l'ordre des réponses données	33
3. Commentaires	33
B. Evaluation dans les réponses des inconvénients	34
1. Transcription des données	34
2. Tableau des résultats relevés en fonction de l'ordre des réponses données	35
3. Commentaires	35
II. Valeurs attribuées à l'allaitement artificiel	35
A. Transcription des données	36
B. Tableau des résultats relevés en fonction de l'ordre des réponses données	38
C. Commentaires	38

III. Raisons des échecs de l'allaitement maternel	39
A. Transcription des données	39
B. Tableau des résultats relevés en fonction de l'ordre des réponses données	41
C. Commentaires	41
THEME II : INFORMATIONS, CHOIX, SOUTIEN	42
I. Aborder le sujet de l'allaitement	43
II. Quand	45
III. Conseils	45
IV. Groupes de soutien et documentations	46
A. Connaissance	46
B. Documentations	47
THEME III DUREE, SEVRAGE, ASPECTS PRATIQUES	48
I. Données personnelles	48
II. Circonstances motivant l'arrêt de l'allaitement maternel	49
A. Transcription des données	49
B. Tableau	51
C. Commentaires	52
III. Pratique en cas d'hypogalactie	53
A. Transcription des données	53

B. Tableau	54
C. Commentaires	54
ALLAITEMENT ET LACTATION : DE LA PHYSIOLOGIE	56
A LA PRATIQUE	
I. Physiologie	57
A. Les seins	57
B. La lactogénèse	58
C. L'enfant	60
II. Bénéfices de l'allaitement maternel	62
A. Bénéfices pour la mère	63
1. Variations pondérales	63
2. Suites de couches facilitées	63
3. Espacement des naissances	64
4. Ostéoporose	64
5. Cancers du sein	65
6. Cancers de l'endomètre	65
7. Cancers de l'ovaire	65
8. Diabète	65
9. Economie d'énergie	66
10. Effets psycho- affectifs	67
B. Bénéfices socio-économiques	68
C. Bénéfices pour l'enfant	70
1. Les avantages de la composition du lait maternel	70
a. Le colostrum	70
b. Le lait mature	71

2. Effets sur la santé de l'enfant	73
a. Les infections	74
b. Le développement neurosensoriel et cognitif	75
c. Les allergies	75
d. Le RGO	76
e. La prévention de l'obésité	77
f. La prévention de la mort subite du nourrisson	77
g. La protection vis-à-vis de maladies à ambiance dysimmunitaire	78
h. Autres bénéfiques	79
D. En conclusion	79
III. Fausses légendes	81
A. L'allaitement abîme les seins : FAUX	81
B. L'allaitement fatigue : FAUX	81
C. Les seins sont trop petits : FAUX	82
D. Les femmes de la famille n'ont pas réussi à allaiter	82
E. Le lait n'est pas assez nourrissant : FAUX	82
F. Le biberon, cela va plus vite : VRAI et FAUX	82
G. Les mamelons n'ont pas la bonne forme ou longueur : FAUX	83
H. Il faut préparer ses seins pendant la grossesse : FAUX	83
I. L'allaitement sera court, cela ne vaut pas la peine de commencer : FAUX	84
J. Il faut rester cloîtrée chez soi pendant toute le durée de l'allaitement : FAUX	84
K. La femme qui allaite ne peut pas faire l'amour : FAUX	85
L. Le lait devient mauvais au moment du retour de couches : FAUX	85

M. La femme qui allaite reste grosse : FAUX	85
N. Il faut boire beaucoup pendant l'allaitement : FAUX	85
O. Le lait humain peut être dangereux : VRAI et FAUX	86
1. Dangers nutritionnels	86
2. Dangers métaboliques	86
3. Dangers toxiques	87
4. Dangers infectieux	88
IV. Attitudes pratiques et gestes à acquérir	89
A. Accueil du nouveau-né en salle de naissance	89
B. Cohabitation du nouveau-né avec sa mère	89
C. Préparation à la tétée	90
1. Les positions d'allaitement	91
2. Technique de mise au sein	91
3. Les critères de position correcte et de succion efficace	93
D. Contrôle de l'alimentation et du développement	93
ALLAITEMENT ET COMPLICATIONS	98
I. Complications loco-régionales	99
A. Mamelon douloureux sans lésions apparentes	99
B. Les crevasses	100
C. L'engorgement	102
D. La mastite	105
E. La galactophorite	107
F. L'abcès du sein	108

II. Reprise du travail	109
ALLAITEMENT, MÉDICAMENTS ET CONTRACEPTION	113
I. Prescription de médicaments	114
A. Avant la prescription	114
B. Où chercher l'information ?	115
C. Que décider ?	115
II. Contraception	117
A. La « Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée » ou « Lactation Amenorrhea Method »	117
B. Les méthodes dites naturelles	118
C. Les moyens locaux	118
D. Le Dispositif Intra- Utérin	119
E. Les méthodes de contraception hormonale	119
1. Les oestro-progestatifs	119
2. Les progestatifs	120
DISCUSSION	121
I. Analyse des compétences	122
A. SAVOIR	122
1. Evaluation des bénéfices, inconvénients	123
2. Connaître les 10 conditions de l'OMS	125
3. Connaître les associations de soutien	126
4. Les visites médicales	127

5. Formation Médicale Continue	128
B. SAVOIR-FAIRE	129
1. Quelles attitudes adopter si baisse de lait et comment éviter les causes d'échecs de l'allaitement ?	129
2. Arrêter l'allaitement, oui mais pourquoi ?	133
3. Adresser les mères aux associations de soutien	134
4. Avoir de la documentation	135
C. SAVOIR-ETRE	136
1. Aborder le sujet	136
2. Quand	137
3. Quel conseil est donné	137
4. Se sentir à l'aise avec les interrogations des mères	138
II. Propositions	140
A. Propositions des médecins	140
1. Informations	140
2. Formations	141
3. Rubrique Maternité	142
4. Propositions	142
B. Hypothèses de travail	144
1. Remettre à la mode	144
2. Moyens de communication	145
a. Auprès du public	145
b. Auprès des personnels de santé	147
c. Amoindrir la toute puissance du biberon	149
3. Chronologie d'intervention des messages	149
a. L'enfance, l'adolescence, les petits et grands frères et sœurs	149

b. La femme et le couple	150
c. L'établissement de maternité	150
d. Le post-partum	150
e. La reprise du travail	151
f. Ne pas se bloquer sur un échec	151
g. Ne faudrait-il pas prévoir une éducation des grands-parents ?	151

CONCLUSION	152
-------------------	------------

BIBLIOGRAPHIE	155
----------------------	------------

ANNEXES	168
----------------	------------

ANNEXE 1 : Questionnaire	169
--------------------------	-----

ANNEXE 2 : Courrier	173
---------------------	-----

ANNEXE 3 : Recommandations OMS-UNICEF	174
---------------------------------------	-----

ANNEXE 4 : Résumé du Code de Santé Publique	175
---	-----

ANNEXE 5 : Adresses de structures de soutien aux mères	176
--	-----

ANNEXE 6 : Raisons médicales pour donner un complément	179
--	-----

ANNEXE 7 : Données de l'examen et du comportement du bébé allaité	181
--	-----

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'allaitement maternel est une pratique naturelle où l'enfant reçoit le plus simplement du monde les éléments adaptés à sa croissance et durant laquelle il poursuit la relation déjà établie pendant la grossesse avec sa mère.

Comme de nombreuses données internationales le suggèrent, l'allaitement est une conduite favorisant la santé de la mère et de l'enfant. Considéré depuis deux générations comme une pratique démodée, l'allaitement a perdu sa juste place dans la vie des nouveaux-nés.

En France, le taux d'allaitement à la naissance était de 52,3% en 2000 (1).

Ces chiffres ont été calculés par le Ministère de la Santé d'après les certificats de santé du huitième jour. La France est en retard par rapport à d'autres pays européens : au sortir de la maternité, les enfants allaités représentent 95% en Finlande et en Norvège, plus de 90% en Suède, en Suisse et au Danemark, 85% en Allemagne, 75% au Luxembourg et Italie, 70% au Royaume Uni (2). En France, à 1 mois, seulement un enfant sur dix est nourri au sein. A 2 mois, 50% des bébés sont sevrés et 95% à 4 mois.

Loin d'être inné, le bon déroulement de l'allaitement est lié à des savoirs et des savoir-faire spécifiques qui ne sont pas nécessairement acquis par la mère et le nouveau-né.

Nous avons émis l'hypothèse que le médecin généraliste pourrait ne pas connaître un certain nombre de ces savoirs qu'il n'aurait pas appris lors de ses études ou lors de l'apprentissage social.

Nous avons souhaité examiner le rôle joué par le généraliste dans l'allaitement maternel en Haute-Vienne.

Pour tester cette hypothèse, nous avons voulu déterminer si les médecins généralistes étaient en mesure de soutenir l'allaitement. Nous avons mené une enquête auprès d'eux. Puis nous avons tâché d'analyser par thème les réponses des médecins et de proposer un modèle explicatif de l'allaitement maternel. Nous avons parcouru les compétences de ceux-ci afin d'aboutir à des propositions visant à améliorer le taux d'allaitement maternel.

MATERIEL ET METHODE

MATERIEL ET METHODE

I. Détermination de la population d'enquête :

Notre travail a été inspiré par un article de la Revue du Praticien d' octobre 2000 intitulé : « Les généralistes favorisent-ils l'allaitement maternel ? » des docteurs Marchand- Lucas L. et Marchand E (3).

Cet article était issu d'un travail de thèse de ces mêmes auteurs intitulé : « Le généraliste face aux déterminants de la conduite de l'allaitement » qui avaient travaillé à l'aide d'un questionnaire auprès des généralistes (4).

Le sujet nous paraissait intéressant et reproductible sur notre zone géographique.

Le département de la Haute-Vienne, lieu de naissance, d'habitation et d'étude, est choisi pour des raisons pratiques.

Il nous semblait nécessaire d'effectuer cette enquête sur la totalité des Médecins Généralistes de la Haute-Vienne.

L'enquête a été réalisée sur une population de 403 médecins généralistes de la Haute-Vienne, en activité, recensés sur la liste du Conseil de l'Ordre des Médecins de ce département qui en comptait 439 à la date du 29 octobre 2002.

II. Détermination de l'échantillon :

La liste fournie par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins comptait 439 médecins inscrits en activité libérale le 29 octobre 2002. Ont été éliminés d'office ceux déclarés exerçant uniquement dans les catégories :

- Acupuncture
- Homéopathie
- SOS médecins
- Médecine du sport
- Echographie
- Nutrition
- Santé Service Limousin
- Sexologie
- Tabacologie

Pour ne garder que ceux inscrits en médecine générale, omnipraticien. L'échantillon définitif était alors de 403.

III. Questionnaire :

A. Elaboration :

Le questionnaire a été élaboré sur l'idée de celui des auteurs sus-cités, en conservant certaines questions et en en faisant évoluer d'autres, étant donné la différence de technique et d'échantillon.

Certaines questions ont fait référence à une enquête (5) réalisée dans le cadre d'un mémoire auprès de Gynécologues de ville.

La formulation syntaxique des questions ouvertes et fermées une fois approuvée, la finalisation a été effectuée par l'élaboration du courrier accompagnant.

B. Pré-test :

Avant la rédaction définitive du questionnaire, un pré-test est réalisé grâce à la coopération d'un médecin généraliste de ville installé, et d'un médecin remplaçant, désignés volontaires.

Cela nous a permis d'estimer à 10 minutes, le temps nécessaire pour y répondre.

Grâce à ce pré-test et en tenant compte des remarques exprimées, nous avons effectué quelques modifications quant à la présentation (lisibilité, clarté visuelle, mise en page par logiciel informatique) et quant à la formulation.

Tout ceci était fait essentiellement dans le but de simplifier au maximum les intitulés des questions, les tournures de phrases afin qu'elles soient les moins équivoques et confuses possible.

C. Présentation du questionnaire :

Le questionnaire comprenait 4 pages présentées recto verso, accompagnées d'un courrier (Annexe 1 et 2).

1. Type des questions :

a. Questions fermées :

La personne interrogée, en l'occurrence le médecin, répond à la question en choisissant parmi des réponses prédéterminées.

Les questions fermées ont l'avantage d'être plus facile à traiter, mais l'inconvénient de limiter les réponses, voire de les influencer.

Il y avait des questions fermées à réponse unique sans explication supplémentaire et d'autres avec informations à compléter et parfois justifications à apporter.

b. Questions ouvertes :

La personne interrogée répond librement à la question sans avoir à choisir parmi des réponses prédéterminées.

L'avantage est qu'il n'y a pas de restriction dans les réponses, permettant ainsi d'avoir des réponses ou des commentaires insoupçonnés.

L'inconvénient est que les réponses sont plus difficiles à traiter, l'interprétation pouvant générer un biais.

2. Coordonnées facultatives :

Le choix est laissé au médecin d'identifier ses réponses à l'aide d'un coup de tampon, comme suggéré dans le courrier, pour éviter une éventuelle relance et surtout pour pouvoir comptabiliser les retours de façon nominative.

3. Renseignements généraux personnels, clientèle :

Sont demandés le sexe, l'âge par tranches de 9 ans, puis l'université d'étude, la notion de vie hors métropole.

Ensuite, la situation familiale a été étudiée selon la présence d'enfants, allaités ou non au sein, et combien de temps.

C'est après que viennent les questions sur la zone d'activité et le type de clientèle.

Ces questions avaient pour but de déterminer si des facteurs personnels pouvaient influencer les connaissances et les pratiques en matière d'allaitement maternel des médecins répondants.

4. L'allaitement est-il un sujet abordé ?

En entrant dans le vif du sujet, nous cherchions à savoir si l'allaitement était présent à l'esprit de la personne interrogée, et si elle se sentait concernée, à quel moment, elle le faisait ; et enfin à savoir si elle apportait des conseils, équivalent à un jugement de valeur.

5. Evaluation de l'allaitement artificiel et maternel :

Les questions sur les raisons du choix d'un allaitement artificiel, et sur le mauvais déroulement d'un allaitement maternel, ont été élaborées pour voir quelles interprétations les médecins faisaient de la conduite des femmes.

L'interrogation sur les avantages et les inconvénients de l'allaitement maternel résumait les connaissances, et les représentations mentales de l'allaitement maternel, et pouvaient mettre l'accent sur l'existence ou pas de fausses idées, fausses croyances ou idées reçues.

Ensuite, les questions sur le mauvais déroulement d'un allaitement maternel, sur la baisse de lait, sur les circonstances d'arrêt voulaient prendre un aspect pratique et évaluer les bases techniques de l'allaitement maternel, indispensables à son bon déroulement.

La question sur les recommandations conjointes OMS UNICEF (Annexe 3) voulait replacer l'allaitement dans son universalité. Cette déclaration de 1989 destinée à faire comprendre le rôle déterminant des services de santé, traite des interventions concrètes à mettre en œuvre pour encourager et faciliter l'adoption et la poursuite de l'allaitement maternel.

Enfin la question sur le fait de se sentir à l'aise avec les interrogations des mères pouvait être ambiguë, mal interprétée, et réveiller quelques susceptibilités.

6. Connaissances des structures gérant les difficultés :

Cette partie concernait les questions sur les associations de soutien des mères allaitantes, leur connaissance et les relations des médecins interrogés avec elles.

7. Formation Médicale Continue (FMC) :

Savoir si l'allaitement maternel avait été traité au cours des trois dernières années dans les FMC, était un moyen de se rendre compte si la « société médicale » y accordait une importance suffisante pour y consacrer articles, discussions, Enseignement Post Universitaire (EPU), formations, congrès ou autres.

Cette question recouvrait celle sur les visites médicales de laboratoire de substituts de lait. En effet, l'industrie pharmaceutique « sponsorise » parfois les divers moyens de FMC. Il faut rappeler qu'une réglementation existe. En effet, le code de santé internationale de commercialisation des substituts du lait

maternel a été adopté en 1981 (Annexe 4). Ce code concerne la promotion des substituts. Jusqu'à la mise en application de la loi du 3/6/94, il n'était pas respecté. Aujourd'hui il est mal appliqué, même si la France l'a ratifié, et ce code n'est qu' « une exigence minimale ».

8. Ouverture vers les propositions :

La dernière question visait à faire exprimer par les médecins ce qu'ils changeraient pour améliorer le taux d'allaitement maternel en Haute-Vienne.

D. Technique d'enquête :

1. Type d'étude :

Il doit s'agir d'une enquête transversale descriptive

2. Courrier :

L'enquête a été postée avec un courrier de présentation, d'explications, et de remerciements. Elle était à retourner dans une enveloppe pré adressée fournie et non affranchie.

E. Codage :

Pour les questions fermées à réponse unique, des pourcentages de répartition en groupe ont été faits.

Pour les questions à complément d'information et les questions ouvertes, un codage a été mis en place.

Avec la lecture des questionnaires retournés, nous avons fait un relevé de tous les items proposés dans les réponses des médecins. De ceux-ci, nous avons dégagés des thèmes, des chapitres et des sous-chapitres afin d'effectuer des relevés informatiques et pouvoir établir des données chiffrées.

Il est certain que des biais se sont introduits.

Déjà, nous partons du principe que la Poste a distribué tous les questionnaires.

Le médecin, au moment de répondre était seul face au questionnaire ; nous n'avons pas moyen de savoir s'il a pris des informations pour répondre.

L'enveloppe fournie pour le retour n'était pas affranchie, pour des raisons de budget, ce qui a certainement freiné les réponses de certains.

Ensuite, lors du codage et de la mise en groupe des items, un biais d'interprétation des écrits peut intervenir. Et le principe du codage entraîne une réduction de la diversité des réponses même si nous avons tâché de la respecter.

Mais le passage par l'informatique est nécessaire aux traitements des données.

De plus, il reste toutes les non-réponses qui nous échappent et dont la justification est difficile à appréhender.

F. Méthodes informatiques :

C'est par l'intermédiaire de tableaux croisés dynamiques que nous avons pu réaliser les analyses des réponses fournies par les médecins répondants. Nous avons sorti des valeurs absolues et des pourcentages.

RESULTATS

RESULTATS

I. Caractéristiques de la population :

A. Répartition des sexes :

1. Population médicale de la Haute-Vienne :

La population des médecins généralistes de la Haute-Vienne se composait au moment de l'élaboration de l'enquête de :

- 106 femmes soit 26,30 %
- 297 hommes soit 76,70 %.

2. Population réponse :

- 54 femmes soit 33%
- 111 hommes soit 67%.

3. Commentaires :

Il semble qu'il y ait proportionnellement plus de femmes qui ont retourné le questionnaire. Sont-elles plus sensibles au sujet ?

B. Répartition des âges :

Sur la liste fournie par le Conseil de l'Ordre ne figuraient pas les dates de naissances des médecins généralistes.

Dans la population réponse, les âges se répartissent tels que suivent.

Age :	Nb	%
31-40	41	25%
41-50	68	42%
51-60	49	30%
61-70	5	3%
<i>Total</i>	<i>163</i>	<i>100%</i>

Tableau n°1 : Répartition des âges.

II. Caractéristiques du cabinet médical :

A. Lieux d'exercice :

1. Des envois :

Nous avons pu différencier les envois en différentes catégories selon les codes postaux.

Il est parti 101 courriers avec le code postal - 87000 - correspondant à la zone urbaine de Limoges.

Ensuite, 49 + 9 sont déposés pour les -87100 - et - 87280 - correspondant à la zone périphérique de Limoges.

Enfin, 244 questionnaires sont répartis dans le reste du département.

2. Des réponses :

Les médecins répondants (161 à cette question) ont identifié leur activité principale en zone :

- urbaine pour 56 d'entre eux, soit 34%
- semi urbaine pour 45, soit 27%
- rurale pour 63 soit 38%.

B. La clientèle :

Les médecins ont qualifié leur clientèle de :

- aisée pour 9 d'entre eux soient 6% des réponses exprimées,
- classe moyenne pour 130 soit 81%,
- défavorisée pour 22 soit 14%.

III. Données personnelles :

A. Lieux d'étude :

Lieux d'étude :	Nb	%
Autre	14	9%
Limoges	130	81%
Périmétrique	17	11%
<i>Total</i>	<i>161</i>	<i>100%</i>

Tableau n°2 : Lieux d'étude.

B. Enfants :

Enfants :	Nb	%
NON	10	6%
OUI	154	94%
<i>Total</i>	<i>164</i>	<i>100%</i>

Tableau n°3 : Enfants.

C. Allaitement maternel :

Allaitement des enfants :	Nb	%
NON	36	24%
OUI	117	76%
<i>Total</i>	<i>153</i>	<i>100%</i>

Tableau n°4 : Allaitement maternel.

D. Durée :

Durée allaitement (en mois) :	Nb
1	35
2	22
3	29
4	10
5	2
6	6
8	1
9	3
10	2
11	1
12	1
24	1
<i>Moyenne (en mois) = 3,13</i>	
<i>Ecart type (en mois) = 3,06</i>	

Tableau n°5 : Durée d'allaitement.

E. Vécu hors métropole :

Sur 164 réponses, il y a 18 personnes qui ont vécu hors de la métropole.

IV. Taux d'acceptation :

A. Retour :

Il y a eu 165 questionnaires retournés. Le taux d'acceptation globale est donc de 40,95 %. Le taux de non réponses est de 59,05 %.

B. Anonymat :

135 médecins ont tamponné ou identifié de façon manuscrite leur questionnaire, soit un taux de 81,82 %. En revanche, 35 questionnaires sont restés anonymes, soit 18,18 %.

V. Temps moyen de l'étude :

Il a été décidé de façon arbitraire que l'étude durerait un mois. Au bout de 10 jours, il y avait 31 % de réponses. A 15 jours de l'envoi, il y avait 37,25 % des retours. Le reste s'est égrainé au fil des jours, pour atteindre finalement le 165^{ème} retour avant la latence d'un mois.

ANALYSES THEMATIQUES DES RESULTATS

THEME I : REPRESENTATIONS DU LAIT ET DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Une représentation est une idée ou une construction mentale que l'on se fait d'un objet, d'un phénomène, d'une action, d'un contexte, d'une personne. En psychologie cognitive, une représentation précède une intention comportementale. La conduite, constituée par un ensemble de comportements, termine le processus. Ainsi penser que l'allaitement maternel est bon constitue une représentation positive de l'allaitement maternel. La transmission de représentations positives influencera et encouragera l'allaitement maternel. Un médecin convaincu est un médecin convaincant.

I. Valeurs attribuées au lait et à l'allaitement maternel :

A travers la question : *quels sont à votre avis, les avantages de l'allaitement maternel et les inconvénients ?* , nous avons voulu explorer ce que les médecins pensaient de ce mode d'alimentation.

A. Evaluation dans les réponses des avantages :

1. Transcription des données :

Afin de permettre l'analyse des données, nous avons restitué les trois premières réponses citées par les médecins. De tous les items, nous avons dégagé comme chapitres et sous-chapitres :

- Eviter les problèmes de l'allaitement artificiel, qui englobent
 - l'entretien, le nettoyage, la stérilisation des biberons, et le volume lors des déplacements.
 - l'obésité
 - le risque septique ou industriel.
- Financier : c'est-à-dire le coût de l'allaitement artificiel.
- Les avantages médicaux pour le bébé qui ont été cités sont :
 - protection des allergies
 - bactériologique
 - favorable à la croissance
 - bénéfiques immunitaires
 - prévention des infections ORL ou pulmonaires
 - tolérance digestive
 - valeur nutritionnelle.
- Les avantages médicaux pour la mère qui regroupent :
 - diminution de l'anémie
 - diminution de la dépression du post partum
 - meilleure involution utérine
 - l'aspect économie d'énergie, moins fatigant
 - perte de poids optimisée
 - protection du cancer du sein
- Normal signifie naturel, physiologique, sain.
- La poursuite du lien psycho affectif vaut pour le développement et l'équilibre psychologique de la mère, de l'enfant, de leur relation, la notion de plaisir.
- Pratique veut dire adapté, toujours prêt, bien dosé, à température voulue et souplesse de l'acte.
- Tous pour les médecins qui n'ont inscrit que ce mot.

- Valorisation de la mère passe par beauté du tableau, désir du bébé respecté.

2. Tableau des résultats relevés en fonction de l'ordre des réponses données :

Avantages de l'allaitement maternel :		1 ^{ère} réponse	2 ^{ème} réponse	3 ^{ème} réponse	Total	%
Sans réponse		5	33	74	112	23%
Eviter pb AA	Entretien biberons		2	2	4	1%
	Obésité	1		2	3	1%
	Septique		3	1	4	1%
Total		1	5	5	11	2%
Financier		1	5	13	19	4%
Médicaux bébé	Allergie	6	6	3	15	3%
	Bactério	1	2	1	4	1%
	Croissance	3	4	4	11	2%
	Immunitaire	33	28	13	74	15%
	Prévention des infections	4	7	2	13	3%
	Tolérance digestive	8	8	3	19	4%
	Valeur nutritionnelle	8	10	6	24	5%
Total		63	65	32	160	32%
Médicaux mère	Diminution de l'anémie		1		1	0%
	Diminution dépression post partum			1	1	0%
	Involution utérine		2		2	0%
	Moins fatigant			1	1	0%
	Perte de poids		3		3	1%
	Protection cancer du sein	2	2	2	6	1%
Total		2	8	4	14	3%
Normal		40	11	6	57	12%
Poursuite lien psychoaffectif		27	26	20	73	15%
Pratique		13	7	9	29	6%
Tous		12	2		14	3%
Valorisation de la mère		1	3	2	6	1%
Total		165	165	165	495	100%

Tableau n°6 : Avantages de l'allaitement maternel.

3. Commentaires :

La lecture des réponses montre que les médecins mettent en avant les avantages médicaux pour la santé du bébé que ce soit en 1^{er}, 2nd ou 3^{ème} réponse,

avec une grande proportion de citation des avantages immunitaires, puis l'importance de la valeur nutritionnelle, puis la tolérance digestive.

Ensuite en première réponse, ils trouvent cela normal, puis vient la poursuite du lien psycho affectif et le coté pratique.

En 3^{ème} réponse, nous observons que le bénéfice financier apparaît en proportion plus évidente.

B. Evaluation dans les réponses des inconvénients :

1. Transcription des données :

Les inconvénients de l'allaitement maternel vus par les généralistes se distribuent de la façon suivante :

- Anxiété c'est-à-dire stress, peur de ne pas fournir, culpabilité de la mère.
- Aucun pour les médecins qui n'ont inscrit que ce mot.
- Complications locales.
- Contrôle veut dire difficultés à contrôler les prises, à gérer la quantité, la qualité, à établir un rythme.
- Disponibilité regroupe dépendance, contraintes de temps, de lieux, de soins.
- Image dévalorisante de la femme vue comme une « vache à lait ».
- Inconfort local englobe douleur, fatigue, obligation d'hygiène de la mère (tabac, alcool, médicaments).
- Père vaut autant pour tranquillité du père, que mise à l'écart.
- Travail signifie difficultés de gestion lors de la reprise, sevrage.

2. Tableau des résultats relevés en fonction de l'ordre des réponses données :

Inconvénients de l'allaitement maternel :	1 ^{ère} réponse	2 ^{ème} réponse	3 ^{ème} réponse	Total	%
Anxiété	8	5	3	16	3%
Aucun	44	10	2	56	11%
Complications	10	7	3	20	4%
Contrôle	6	7	2	15	3%
Disponibilité	57	2	1	60	12%
Image dévalorisante	1	3		4	1%
Inconfort local	12	6		18	4%
Père	13	8	4	25	5%
Travail	3	10		13	3%
Sans réponse	11	107	150	268	54%
Total	165	165	165	495	100%

Tableau n°7 : Inconvénients de l'allaitement maternel.

3. Commentaires :

En 1^{ère} réponse, l'inconvénient majeur est la disponibilité nécessaire de la mère. Vient ensuite le fait qu'il n'y ait aucun inconvénient. En égale proportion, suivent les problèmes d'inconfort local et le père.

En 2^{ème} réponse, les items aucun et travail sont les plus souvent énoncés, puis la relation au père.

Juste derrière les complications et le contrôle semblent être source de soucis. L'image dévalorisante exprimé par les médecins est certes anecdotique mais tout de même présente à l'idée de certains.

II. Valeurs attribuées à l'allaitement artificiel :

La question qui étaye ce développement est : *A votre avis, pour quelles raisons est fait le choix d'un allaitement artificiel ?*

Nous voulons par les réponses des médecins voir quelles sont leurs interprétations du choix des femmes et par la même évaluer leurs visions du lait artificiel.

A. Transcription des données :

Les raisons du choix de l'allaitement artificiel sont d'après les médecins généralistes de la Haute-Vienne :

- Anxiété c'est-à-dire peur dans son ensemble que ce soit :
 - de ne pas savoir faire,
 - crainte de l'échec,
 - appréhension des complications,
 - facilité de contrôle des tétées,
 - antécédents d'échec personnel ou familial,
 - pudeur.

- Commodité regroupe confort, facilité, simplicité, souplesse, disponibilité.

- Le terme Culturel est employé pour :
 - préjugés,
 - a priori,
 - ancrage des idées,
 - mode,
 - impression de progrès,
 - pression médiatique.

- Les facteurs psychologiques réunissent :
 - absence de désir,

- désinvestissement après la libération de l'accouchement,
 - égoïsme maternel,
 - esthétique tant dans l'image corporelle de la femme avec l'opposition féminité-séduction/nourrice, que les seins gros et déformés, et la crainte des seins qui tombent par la suite.
 - Rôle dégradant, dévalorisant, image rétrograde de l'allaitement.
- Intervention familiale dans le sens où le père, les grands-mères peuvent se substituer à la mère.
 - Manque de conseils à la maternité.
 - Manque de soutien, d'accompagnement.
 - Manque d'exemples dans les générations passées ou dans les fréquentations.
 - Manque d'informations sur le déroulement d'un allaitement, sur les bénéfices, sur les différences lait maternel/lait artificiel.
 - Motifs médicaux englobent :
 - absence de montée laiteuse,
 - incapacité anatomique,
 - antécédents infectieux chez la mère : HIV, hépatites,
 - prématurité, séparation précoce mère-enfant,
 - prise médicamenteuse quotidienne par la mère.
 - Reprise du travail, gardiennage.

B. Tableau des résultats relevés en fonction de l'ordre des réponses données :

Raisons du choix d'un allaitement artificiel :		1 ^{ère} réponse	2 ^{ème} réponse	3 ^{ème} réponse	Total	%
Sans réponse		7	36	86	129	26%
Anxiété		22	22	10	54	11%
Commodité		63	12	8	83	17%
Culturel		8	15	5	28	6%
Facteurs Psychologiques	Absence de désir	4	3	3	10	2%
	Désinvestissement	2	3	5	10	2%
	Egoïsme	1	1		2	0%
	Esthétique	13	23	8	44	9%
	Rôle dégradant		5	3	8	2%
Total		20	35	19	74	15%
Intervention famille		8	10	7	25	5%
Manque de conseils à la maternité		4	3	2	9	2%
Manque de soutien		3	2	4	9	2%
Manque d'exemples		3	4		7	1%
Manque d'info		10	4	7	21	4%
Motifs Médicaux	Absence de montée laiteuse	4	1		5	1%
	Anatomiques	2	3	1	6	1%
	Infection chez la mère		1	1	2	0%
	Prématurité - séparation	1			1	0%
	Prise de ttt	1	1	1	3	1%
Total		8	6	3	17	3%
Reprise du travail / Gardiennage		9	16	14	39	8%
Total		165	165	165	495	100%

Tableau n°8 : Raisons du choix d'un allaitement artificiel.

C. Commentaires :

Au 1^{er} rang des 1ères réponses citées vient la solution de commodité, à raison de 63 sur 158 réponses exprimées et reste globalement en premier dans les 3 premières réponses.

Les réponses suivantes sont l'anxiété, et les facteurs psychologiques en choix et en valeur absolue. Il faut noter que dans ce domaine, c'est l'esthétique qui prime.

La reprise du travail, avec le gardiennage et la possible intervention de personnes extérieures, est un facteur déterminant dans le choix de l'allaitement.

Le manque d'informations des mères arrive en 4^{ème} position du 1^{er} choix.

L'ancrage culturel revient régulièrement (en 4^{ème} position de la 2^{ème} réponse).

III. Raisons des échecs de l'allaitement maternel :

Après avoir évoqué le choix de l'allaitement artificiel, par l'intermédiaire de la question : *Lorsqu'un allaitement maternel ne se passe pas bien, à votre avis, quelles en sont les raisons ?* nous voulons comprendre les raisons qu'ont les mères d'abandonner l'allaitement maternel afin de déterminer quel peut être le champs d'action et d'intervention du généraliste.

A. Transcription des données :

Les causes d'échecs de l'allaitement maternel se partagent entre :

- Causes psychologiques que l'on décompose en :
 - absence de conviction, manque de motivation, choix imposé, découragement,
 - anxiété, dramatisation,
 - baisse et manque de confiance,
 - isolement familial, social,
 - problème d'organisation, de gestion du temps.

- Dus au lait, que ce soit :
 - l'excès,
 - l'hypogalactie,
 - l'absence de montée laiteuse,
 - le problème de contrôle,
 - la qualité.

- Les problèmes médicaux évoqués sont :
 - anatomie sous entendu mamelon non adapté,
 - courbe de poids du bébé non satisfaisante,
 - hygiène de vie de la mère c'est-à-dire par rapport au tabac, à l'alcool, la drogue, les excitants notamment,
 - inconfort, douleur, fatigue,
 - problèmes cutanés locaux,
 - syndrome dépressif du post partum,
 - troubles digestifs de l'enfant.

- Les problèmes d'aide ont pu être individualisés sous forme de :
 - manque de préparation pendant la grossesse,
 - défaut d'information, d'explications, ou de compréhension de celles-ci,
 - difficultés de démarrage à la maternité,
 - nécessités d'aide en post partum, au point de vue médical
 - problème d'encadrement, de soutien familial.

B. Tableau des résultats relevés en fonction de l'ordre des réponses données :

Causes d'échecs d'un allaitement maternel :		1 ^{ère} réponse	2 ^{ème} réponse	3 ^{ème} réponse	Total	%
Sans réponse		16	49	91	156	32%
Causes psychologiques	Absence de conviction	35	5	7	47	9%
	Anxiété	25	15	4	44	9%
	Baisse de confiance	7	7	2	16	3%
	Isolement	4	4	3	11	2%
	Pb d'organisation	3	7	4	14	3%
Total		74	38	20	132	27%
Dus au lait	Excès	1		1	2	0%
	Hypogalactie	18	9	4	31	6%
	Pas de montée	1			1	0%
	Pb de contrôle	4	3	1	8	2%
	Qualité	1	2	2	5	1%
Total		25	14	8	47	9%
Médicaux	Anatomie		4	1	5	1%
	Courbe du bébé		2	1	3	1%
	Hygiène de vie		2	2	4	1%
	Inconfort	3	6	5	14	3%
	Pb cutanés locaux	13	14	11	38	8%
	Sd dépressif	2	2	3	7	1%
	Troubles digestifs	1			1	0%
Total		19	30	23	72	15%
Pb d'aide	Démarrage	7	12	2	21	4%
	Encadrement	5	8	6	19	4%
	pas d'info	6	4	7	17	3%
	Post partum	2	7	8	17	3%
	Préparation pdt la grossesse	11	3		14	3%
Total		31	34	23	88	18%
Total		165	165	165	495	100%

Tableau n°9 : Causes d'échecs de l'allaitement maternel.

C. Commentaires :

Les causes psychologiques se démarquent nettement devant les autres réponses que ce soit dans la hiérarchie des réponses que dans le nombre global.

A l'intérieur de ce chapitre, on se rend compte que l'absence de conviction ou le manque de motivation prime avec l'anxiété, vient ensuite la perte de confiance en soi.

En totalisant les nombres des trois premières réponses, ce sont les problèmes d'aide qui surgissent, avec en 1^{er} lieu, la préparation pendant la grossesse, puis l'accompagnement en maternité, et le post partum.

L'impression d'hypogalactie vient après, avec le manque de contrôle et l'angoisse que cela crée.

Les problèmes médicaux sont perçus à différents échelons : ils sont 4^{èmes} dans les 1^{ères} réponses, 3^{èmes} dans les 2^{èmes} réponses et 1^{ers} dans les 3^{èmes} réponses ; cependant à chaque fois, les problèmes cutanés locaux prévalent.

THEME II : INFORMATIONS, CHOIX, SOUTIEN

Nous avons souhaité en individualisant ce thème connaître le discours du médecin au sujet de l'alimentation du nouveau-né. Pour savoir quand et comment le sujet de l'allaitement était abordé dans le cadre de la consultation au cabinet du généraliste, les informations ont été piochées et recoupées dans les questions : *Abordez-vous, vous-même, le sujet de l'allaitement ? Si non, attendez-vous que les femmes abordent le sujet pour en parler ? Si oui, quel moment vous semble le plus approprié ? Si vous n'abordez pas le sujet, pourquoi ? Que conseillez-vous ?*

Ensuite nous voulons savoir si le médecin gère seul l'allaitement, ou s'il se sert des outils tels que de la documentation ou les associations de soutien aux mères allaitantes aux travers des questions : *Avez-vous à votre disposition de la documentation à remettre à vos patientes sur l'allaitement maternel ? Connaissez-vous des associations de soutien aux mères allaitantes ? Si oui, y adressez-vous vos mères ?*

I. Aborder le sujet de l'allaitement :

Sujet de l'allaitement abordé :	Nb	%
NON	25	15%
OUI	138	85%
Total	163	100%

Tableau n°10 : Le sujet de l'allaitement est-il abordé ?

138 médecins sur 163 répondants soit 85 % abordent le sujet de l'allaitement du futur bébé. Sur les 15 % restants, 60 % attendent que les femmes initient la conversation. Cependant, il reste 16 % qui n'en parlent pas du tout. A l'inverse, 30% de ce qui en parlent disent ne pas attendre les interrogations des femmes mais les devancer.

Attente que les femmes abordent le sujet de l'allaitement :	Si le sujet de l'allaitement n'est pas abordé :		Si le sujet de l'allaitement est abordé :		Ensemble des médecins :	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
NON	4	16%	41	30%	45	28%
OUI	15	60%	0	0%	15	9%
Sans réponse :	6	24%	97	70%	103	63%
<i>Total</i>	<i>25</i>	<i>100%</i>	<i>138</i>	<i>100%</i>	<i>163</i>	<i>100%</i>

Tableau n°11 : Attendre que les femmes abordent le sujet de l'allaitement.

Quand le sujet de l'allaitement n'est pas abordé par les 25 médecins restants, 32% ne donnent pas d'explications, 28% n'ont pas de suivi de grossesse, 20% n'ont pas d'interrogation des parents.

Raisons pour lesquelles le sujet n'est pas abordé	Nb	%
Pas de suivi de grossesse	7	28%
Pas d'interrogation des parents	5	20%
Autres	5	20%
Sans réponse :	8	32%
<i>Total</i>	<i>25</i>	<i>100%</i>

Tableau n°12 : Raisons pour lesquelles le sujet n'est pas abordé.

Dans la case *Autres*, les commentaires sont divers et variés. Ils vont de « nous sommes remplacés par les gynéco obstétriciens », « pas de suivi de fin de grossesse », « prise en charge par les spécialistes de Limoges depuis bien longtemps », « liberté de choix des patientes », « je n'y pense pas souvent ».

II. Quand :

Moment le plus approprié pour aborder le sujet de l'allaitement :	Si le sujet de l'allaitement n'est pas abordé :		Si le sujet de l'allaitement est abordé :		Ensemble des médecins :	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
1er trimestre	0	0%	10	7%	10	6%
2eme trimestre	0	0%	8	6%	8	5%
3eme trimestre	5	20%	38	28%	43	26%
Annonce	0	0%	18	13%	18	11%
Courant grossesse	6	24%	39	28%	45	28%
Désir d'enfant	0	0%	3	2%	3	2%
Tout moment	1	4%	8	6%	9	6%
Sans réponse :	13	52%	14	10%	27	17%
<i>Total</i>	<i>25</i>	<i>100%</i>	<i>138</i>	<i>100%</i>	<i>163</i>	<i>100%</i>

Tableau n°13 : Moment le plus approprié pour aborder le sujet de l'allaitement selon qu'il le soit ou pas.

En grande majorité les médecins parlent de l'allaitement au cours de la grossesse (28%), ou au troisième trimestre (26%). Par ordre décroissant, vient le moment de l'annonce (11%). En parler à tout moment (6%) ou au désir d'enfant (2%) demeure marginal.

III. Conseils :

Tableau n°14 : Quel allaitement est conseillé ?

Allaitement conseillé :	Nb	%
Artificiel	4	3%
Maternel	132	84%
Mixte d'emblée	5	3%
Pas de conseil	17	11%
<i>Total</i>	<i>158</i>	<i>100%</i>

(Sans réponse: 7)

L'allaitement maternel semble être prioritaire dans le conseil du médecin. Certains le conseillent en conditionnant le succès avec le désir profond et la motivation de la mère qu'ils veulent respecter et surtout ne pas culpabiliser. D'autres articulent leurs avis selon le profil psychologique de la mère.

3% conseillent le lait artificiel d'emblée tout de même et 3 autres % un allaitement mixte d'emblée.

Il faut noter que 11% ne donnent pas de conseil. Leurs propos relatent qu'ils veulent laisser le libre arbitre à la mère. Certains ont exprimé qu'ils donnaient des explications sur les 2 méthodes avec les éléments positifs et négatifs mais ne veulent pas apporter de jugement de valeur, restent informatifs.

IV. Groupes de soutien et documentations :

A. Connaissance :

Tableau n°15 : Connaissance des associations de soutien aux mères allaitantes.

Connaissance d'associations de soutien aux mères allaitantes :	Nb	%
NON	115	71%
OUI	47	29%
<i>Total</i>	<i>162</i>	<i>100%</i>

(Sans réponse: 3)

Plus de 70% des médecins interrogés ne connaissent pas l'existence d'associations d'aide aux mères. Quant à ceux qui les connaissent, 40% y ont recours (Tableau n°16)

Tableau n°16 : Orientation des mères aux associations.

Adresse ses patientes aux associations de soutien aux mères allaitantes :	Nb	%
NON	27	60%
OUI	18	40%
<i>Total</i>	<i>45</i>	<i>100%</i>

(Sans réponse : 2)

B. Documentations :

Tableau n°17 : Avoir de la documentation à remettre.

Documentations à remettre aux mères sur l'allaitement maternel :	Nb	%
NON	129	80%
OUI	33	20%
<i>Total</i>	<i>162</i>	<i>100%</i>

(Sans réponse : 3)

Nous voyons que 80% des médecins ne possèdent pas de documentation sur l'allaitement maternel à mettre à la disposition des personnes intéressées.

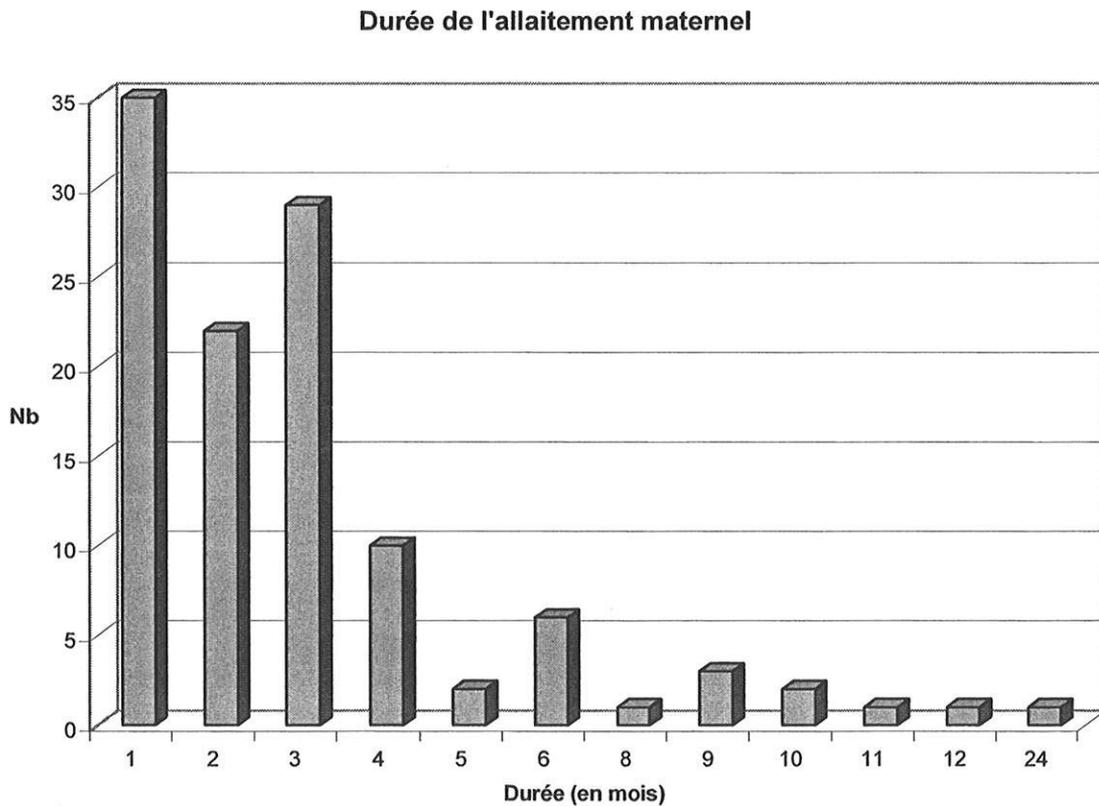
THEME III DUREE, SEVRAGE, ASPECTS PRATIQUES

I. Données personnelles :

Dans la population médicale qui a renvoyé le questionnaire, 94% d'entre eux ont eu au moins un enfant. Sur ces parents, 76% ont pratiqué un allaitement maternel (Cf. Tableau n°4 page 28).

La durée de l'allaitement se répartit entre 1 et 24 mois, avec un maximum pour la durée de 4 semaines puis de celle de 12 semaines. La moyenne est de 3,13 mois (Cf. Tableau n°5 page 28).

Graphique n°1 : Durée de l'allaitement maternel des enfants des médecins répondants.



Lors de la visite médicale obligatoire du 9^{ème} mois de l'enfant, le médecin remplit depuis 1998 une case où doit normalement être inscrit la durée de l'allaitement. Ces certificats restent difficiles à exploiter au niveau national car de nombreuses non-réponses rendent le traitement des résultats délicats.

A titre de comparaison, une enquête menée par la CoFAM(Coordination Française pour l'Allaitement Maternel) en 2000 auprès des services de PMI a permis de mettre en évidence un déclin rapide des taux d'allaitement puisqu'en 10 semaines, 1 bébé sur 2 environ est sevré. Une autre enquête de l'INSERM viennent confirmer ces tendances : à 8 semaines, 50% des bébés allaités sont sevrés ; à 12 semaines, 70% le sont.

II. Circonstances motivant l'arrêt de l'allaitement maternel :

*C'est à partir de la question **Dans quelles circonstances êtes-vous amené à recommander d'arrêter l'allaitement ? Et pourquoi ?** que nous avons élaboré cet exposé.*

A. Transcription des données :

C'est toujours à partir des mots employés par les médecins que nous avons relevés différents items classés en sous-chapitres et chapitres.

Les causes d'arrêt d'allaitement sont pour eux :

- Les causes psychologiques réparties dans :
 - culpabilisation de ne pas y parvenir suffisamment bien,
 - facteurs esthétiques,
 - mauvais vécu,
 - perte de motivation,

- stress généré par l'allaitement.
- La prise de médicaments que ce soit un traitement trop long pour être « by-passé » par le tirage (entretien du flux par tirage sans le donner au bébé) ou contre-indiqué formellement avec l'allaitement.
- Les problèmes liés au lait comprennent :
 - l'hypogalactie,
 - la qualité nutritionnelle remise en cause,
 - quand l'allaitement est perçu comme une demande affective plus qu'un besoin nutritionnel,
 - et le fait qu'au 5^{ème} mois, il faille passer au lait de suite.
- Les problèmes locorégionaux évoqués par
 - les abcès,
 - les crevasses,
 - la lymphangite,
 - les douleurs.
- Les problèmes médicaux de la mère tels que :
 - anémie,
 - asthénie,
 - découverte d'un foyer infectieux intercurrent,
 - maladie chronique,
 - difficulté ou impossibilité d'avoir une vie correcte,
 - syndrome dépressif,
 - tumeur à prolactine.
- Les problèmes médicaux présentés par le bébé invoqués sont :
 - une courbe de poids non satisfaisante,
 - la gémellité,
 - l'ictère,
 - l'idée pleurs = faim,

- le refus du sein,
- les troubles digestifs.

B. Tableau:

Tableau n°18 : Circonstances motivant l'arrêt de l'allaitement maternel.

Circonstances amenant à recommander d'arrêter l'allaitement :		1 ^{ère} réponse	2 ^{ème} réponse	3 ^{ème} réponse	Total	%
Sans réponse		17	53	101	171	35%
Causes psychologiques	Culpabilisation	2	5	1	8	2%
	Esthétique	1			1	0%
	Mauvais vécu	11	4	7	22	4%
	Perte de motivation	7	1	2	10	2%
	Stress	4	4	3	11	2%
Total		25	14	13	52	11%
Médicaments	CI	8	13	6	27	5%
	ttt trop long	1	1	1	3	1%
Total		9	14	7	30	6%
Pb liés au lait	5 ^{ème} mois			1	1	0%
	Hypogalactie	12	9	4	25	5%
	Plus qu'une demande affective			1	1	0%
	Qualité	1	2	2	5	1%
Total		13	11	8	32	6%
Pb locaux	Abcès	27	5	9	41	8%
	Crevasse	10	13	3	26	5%
	Douleur	3	4	2	9	2%
	Lymphangite	6	2	1	9	2%
Total		46	24	15	85	17%
Pb médicaux de la mère	Anémie		1	1	2	0%
	Asthénie	8	8	3	19	4%
	Foyer infectieux	24	7	3	34	7%
	Maladie chronique	5	1		6	1%
	Mauvaise hygiène		2		2	0%
	Sd dépressif	2	4		6	1%
	Tumeur prolactine		1	2	3	1%
Total		39	24	9	72	15%
Pb médicaux du bébé	Courbe de poids	11	9	4	24	5%
	Gémellité			1	1	0%
	Ictère		1		1	0%
	Pleurs=faim		5	2	7	1%
	Refus du sein	1	1	2	4	1%
	Tbles digestifs	1	1	1	3	1%
Total		13	17	10	40	8%
Travail		3	8	2	13	3%
Total		165	165	165	495	100%

C. Commentaires :

En 1^{ère} réponse viennent les problèmes locaux (46 sur 148 réponses exploitables), avec un très grand nombre d'abcès (27 sur 46), puis de crevasses.

Arrivent ultérieurement les problèmes médicaux chez la mère où la concomitance d'un foyer infectieux font stopper l'allaitement.

Les causes psychologiques suivent avec une grande part de vécu difficile puis de perte de motivation.

Le sentiment d'hypogalactie est exprimé en même proportion qu'une courbe de poids inquiétante.

L'arrêt pour cause de traitement contre-indiqué n'est qu'en 5^{ème} position.

En 2^{ème} réponse exprimée, les causes locales (crevasses) et les pathologies de la mère (asthénie, foyer infectieux) priment.

Les problèmes du bébé sont les suivants avec la courbe de poids et la notion que les pleurs de l'enfant sont synonymes de faim.

Sur l'ensemble des réponses une autre lecture montre que les causes les plus fréquentes qui font recommander aux médecins l'arrêt de l'allaitement sont :

- les abcès,
- un foyer infectieux chez la mère,
- un traitement contre-indiqué avec la poursuite de l'allaitement,
- les crevasses,
- l'hypogalactie,
- la courbe de poids non satisfaisante,
- le mauvais vécu.

III. Pratique en cas d'hypogalactie :

Nous avons tâché de savoir par les questions *Si vous soupçonnez une baisse de lait, quelle est votre attitude pratique ?* comment les médecins qui ont renvoyé le questionnaire géraient l'impression d'hypogalactie.

A. Transcription des données :

Les réponses ont pu être distribuées en différentes interventions sur :

- La conduite à tenir :
 - compléter d'office,
 - ne pas compléter immédiatement,
 - sevrage.
- Les conseils à la mère :
 - de modification de son alimentation,
 - d'augmentation des apports hydriques,
 - de prescription de galactologues,
 - d'ordonnance de repos.
- La technique :
 - le changement de technique de tétées,
 - la surveillance de la courbe de poids,
 - l'évaluation du déroulement des tétées,
 - revoir la durée des tétées,
 - la pesée avant et après les tétées,
 - intervenir sur le rythme des tétées.
- L'incitation à la poursuite.

- L'approfondissement psychologique par l'intermédiaire de :
 - chercher pourquoi,
 - rassurer.

B. Tableau :

Attitudes pratiques si une baisse de lait est soupçonnée :		1 ^{ère} réponse	2 ^{ème} réponse	3 ^{ème} réponse	Total	%
Sans réponse		9	62	106	177	36%
CAT	Compléter d'office	41	1	1	43	9%
	Pas compléter immédiatement	4	18	19	41	8%
	Sevrage	6	6	2	14	3%
Total		51	25	22	98	20%
Conseils à la mère	Alimentation	3	4	1	8	2%
	Boisson	18	14	5	37	7%
	Galactologue	3	4	2	9	2%
	Repos	8	9	5	22	4%
Total		32	31	13	76	15%
Intervention technique	Changement technique	3	4	1	8	2%
	Courbe	11	7	2	20	4%
	Déroulement des tétés	6	6	1	13	3%
	Durée des tétés	2	2	1	5	1%
	Pesée bébé avant/après	5	1		6	1%
	Rythme Tétés	5	6	3	14	3%
Total		32	26	8	66	13%
Poursuite		21	7	4	32	6%
Psychologie	Chercher pourquoi	11	6	5	22	4%
	Rassurer	9	8	7	24	5%
Total		20	14	12	46	9%
Total		165	165	165	495	100%

Tableau n°19 : Attitudes pratiques si baisse de lait.

C. Commentaires :

A chacune des 3 réponses données, la poursuite de l'allaitement arrive à la fin des statistiques.

Pour la plupart, c'est l'abord psychologique qui est pris en charge en dernier.

C'est ainsi que la 1^{ère} idée de 51 médecins en cas de suspicion de baisse de lait est la prise de compléments d'office pour 41 d'entre eux et le sevrage pour 6 autres.

En 1^{ères} réponses, les conseils à la mère et l'aspect technique se talonnent. Les conseils à la mère sont l'augmentation des boissons, puis le repos. Les interventions techniques se font essentiellement sur le poids de l'enfant que ce soit la surveillance de la courbe ou la pesée avant après.

Ensuite le déroulement et le rythme des tétées intéressent certains mais beaucoup moins le changement de technique.

ALLAITEMENT ET LACTATION :
DE LA PHYSIOLOGIE A LA PRATIQUE

LA LACTATION

A la suite de l'exposé des résultats des questionnaires, nous avons rassemblé quelques données plus théoriques, bibliographiques sur le lait et l'allaitement maternel afin de constituer quelques références pour la discussion ultérieure.

I. Physiologie :

A. Les seins :

Le sein est un organe pair placé à la hauteur de la 3^{ème} à la 7^{ème} côte, entre le sternum et le creux axillaire (6). Des tractus fibreux unissent la peau du sein au fascia superficialis (qui recouvre le muscle grand pectoral) et forment des loges. Le sein est un organe compact, sans réserve ni citerne. Il est fait de tissu glandulaire, de tissu conjonctif de soutien et de graisse.

Le mamelon a une forme cylindrique ou conique relié à l'aréole par sa base. C'est à l'extrémité de celui-ci que s'ouvrent les pores galactophores (au nombre de 10 à 20) qui sont les orifices des canaux galactophores. La pigmentation de la peau de cette zone varie et est plus soutenue. Le mamelon et l'aréole contiennent des fibres musculaires circulaires et radiées (6). L'aréole est richement innervée.

Le développement de la glande mammaire -la mammogénèse- est en rapport avec la croissance des autres organes pendant l'enfance. A la puberté, la graisse du sein, les tissus canaux et lobulaires de la glande de la jeune fille se

développent sous l'influence des stéroïdes ovariens, des corticoïdes, de l'hormone de croissance et de la prolactine (7, 8).

Pendant la grossesse, la peau du sein est plus fine et la consistance plus souple. Il croît en poids. Un sein dont la taille s'est modifiée pendant la grossesse contient généralement du tissu mammaire fonctionnel (9).

L'aréole devient plus foncée et son diamètre croît. Ce pourrait être un stimulus visuel pour le nouveau-né (10). La capacité de l'aréole et du mamelon à s'étirer augmente au cours de la grossesse et permet ainsi à l'enfant de téter efficacement en plaçant une bonne partie du tissu aréolaire entre la langue et le palais pour que le mamelon se trouve au niveau de la jonction palais osseux-voile palatin (11).

Les tubercules de Montgomery grossissent et contiennent des glandes sébacées, sorte de messager olfactif pour le bébé (12), voire pour certains un effet lubrifiant et protecteur de l'aréole et du mamelon (13).

La vascularisation mammaire augmente au cours de la grossesse ; artérielle par les artères mammaires internes et externes et veineux par un réseau superficiel. Les canaux lymphatiques sont les satellites des canaux galactophores et se drainent dans les ganglions voisins (creux sous claviculaires, mammaires internes, sus claviculaires et étage sous diaphragmatique).

L'innervation du sein vient des fibres sensibles et sympathiques des nerfs des 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} espaces intercostaux et concerne principalement les vaisseaux, les muscles lisses de l'aréole et le complexe aréole-mamelon (14).

B. La lactogénèse (synthèse du lait) :

La lactation est l'aboutissement physiologique du processus reproductif de la femme. La glande mammaire proprement dite arrive à maturité au cours de la

grossesse, sous l'influence des oestrogènes, de la progestérone, de la prolactine et de l'hormone placentaire lactogène. La lactogénèse survient au cours de la mammogénèse durant la grossesse. Une substance colostrale est prête dès le 4^{ème} mois de grossesse.

Anatomiquement, l'unité glandulaire est constituée de cellules sécrétrices sur une couche organisées en acini à l'extrémité interne des structures canalaire. Le lait, sécrété sous l'influence de la prolactine, est déversé dans la lumière de l'acinus. Des cellules myoépithéliales entourant l'acinus exercent, en se contractant sous l'influence de l'ocytocine, une pression aboutissant à l'éjection du lait contenu dans la lumière de l'acinus (l'ocytocine agissant aussi en augmentant le flux de la circulation dans l'arbre vasculaire). Celui-ci est évacué dans les canalicules qui se déversent dans des canaux galactophores de plus en plus grands aboutissant aux pores cutanés. Les largages de prolactine par l'antéhypophyse, et d'ocytocine par la posthypophyse, sont induits par la stimulation des fibres nerveuses sensibles ou des récepteurs tactiles de l'aréole (15).

Le colostrum est présent depuis le 4^{ème} mois de grossesse mais le taux élevé de progestérone placentaire empêche le démarrage de la lactogénèse (16).

Le premier stade de la lactogénèse ou lactogénèse stade I selon Hartmann (17) commence environ 12 semaines avant l'accouchement. Il s'exerce une modification des quantités relatives du lactose, des protéines, des immunoglobulines, du sodium et du chlore.

Grâce à l'expulsion du placenta, la chute des oestrogènes et de la progestérone, environ 2 jours après l'accouchement, va aboutir au démasquage de l'activité galactogène de la prolactine et à l'arrivée de lait en plus grande

quantité avec apparition du flux d'éjection, ou lactogénèse II, appelée en France « montée laiteuse ».

On passe du colostrum au lait de transition (enrichi en lactose) et au lait définitif ou mature en une dizaine de jours. Ce stade d'entretien de la sécrétion lactée par la pratique de tétées régulières, qui fait suite à la montée laiteuse, est la lactogénèse III.

Dès que l'aréole est stimulée, la commande hypothalamique ordonne le largage par l'hypophyse de l'ocytocine, qui entraîne : - le passage d'un important volume de sérum sanguin maternel à travers les cellules glandulaires qui constitue la partie « liquide » du lait ; - une dilution instantanée des matériaux « poudre » du lait présents dans la cellule productrice (lactocyte). L'ocytocine est par ailleurs impliquée dans les contractions du myomètre utérin. L'alcool et le stress physique ou psychique ont un effet inhibiteur sur l'ocytocine. La prolactine, larguée au même moment, exerce un effet à la surface des cellules excrétrices, et stimule la fabrication des sucres, protéines (notamment la caséine, la lactalbumine) (18), graisses spécifiques qui seront prêts pour la tétée suivante. Le lait est déversé dans la lumière de l'acinus sur le mode mérocrine (par exocytose) pour les protéines et sur le mode apocrine (le pôle apical se détachant) pour les lipides (19). Le tabac (15 cigarettes par jour) abaisserait les concentrations basales de prolactine (20).

C. L'enfant :

Archavsky a décrit qu'à la naissance et pendant les 6 premières heures, le nouveau-né sait téter et trouve tout seul le mamelon (21). Après la 6^{ème} heure, ce réflexe diminue progressivement pour ne réapparaître vraiment efficace qu'après la 48^{ème} heure. Entre les deux, les mises aux seins sont souvent plus

difficiles et éprouvantes. C'est d'emblée à la naissance que le nouveau-né est le plus apte à réussir car il est en phase d'éveil calme dû à l'inondation de son sang par les catécholamines de l'accouchement.

Le colostrum est la 1^{ère} production du sein. Le liquide est naturellement épais, orangé. Le stade II de la lactogénèse est retardé de 30 à 72 heures en post-partum. Ce retard est cohérent avec les besoins du nouveau-né puisque sa muqueuse intestinale encore immature à la naissance a davantage besoin d'une protection immunitaire que lui assure le colostrum.

Cependant pour fonctionner, les seins doivent être stimulés et c'est la tétée « efficace » du bébé qui lance la « machine ».

Le bébé place sa langue loin en avant, dépassant la gencive inférieure, et l'enroule en gouttière sous le bout de sein. Le mamelon s'allonge dans le tube formé par le palais membraneux au dessus et la langue en dessous (22). Pour déclencher le réflexe de succion, le mamelon doit atteindre le « point de succion », situé à la jonction du palais osseux (dur) et du palais membraneux (mou).

La langue effectue un mouvement de va-et-vient, horizontal et ondulant, réalisant des vagues sur l'aréole et permettant la progression du lait vers le pharynx. Le mamelon s'allonge, mais ne bouge pas dans la bouche de l'enfant s'il est positionné correctement.

Le bébé doit prendre l'aréole et le mamelon en bouche et les soumettent à une stimulation forte, prolongée et répétitive. Cela peut entraîner une hypersensibilité locale désagréable mais transitoire. Plus la portion d'aréole prise en bouche est large, plus les efforts mécaniques se répartissent sur une large surface, plus la tétée est confortable, et moins le bout de sein risque d'être étiré, déchiré, crevassé.

Téter, c'est aussi une déglutition dite « infantile » coordonnée au rythme de la langue qui permet au bébé à la fois de téter, d'avaler et de respirer sans lâcher le sein (22). Cette déglutition évolue vers une déglutition de type adulte avec l'introduction des aliments solides.

Par ailleurs, les mouvements aux biberons sont très différents : il « suce » la tétine en la pinçant entre ses deux gencives pour ouvrir les trous ; il laisse sa langue à l'intérieur de sa bouche pour ne pas se mordre et avale en remontant sa langue contre le palais, spécifique de la déglutition d'adulte.

C'est ce que l'on appelle la confusion sein-tétine. En effet, la présentation de tétine fait perdre sa technique au bébé qui devient inapte à déglutir les jets de lait maternel et prendra passivement un lait au biberon.

Pour réussir à téter, le bébé doit être en bonne position. Il doit être confortablement installé face au sein, visage dans l'axe du cou et du reste de son corps, face au sein, bouche dans l'axe des canaux donc du mamelon, menton et nez collés au sein, bouche grande ouverte, lèvres retroussées.

II. Bénéfices de l'allaitement maternel:

En dehors du fait que l'allaitement maternel peut être considéré comme normal, naturel et surtout physiologique, que le lait d'une femme est fait pour le petit de l'homme, il nous faut voir pourquoi.

Les bénéfices peuvent se retrouver chez la mère, chez l'enfant, et pour la société d'un point de vue économique.

A. Bénéfices pour la mère :

Quand le choix d'un allaitement maternel est fait c'est en général dans l'optique de la santé de l'enfant, cependant il ne faut pas minimiser ou négliger les bénéfices sur la santé maternelle.

1. Variations pondérales :

Marie THIRION explique que pendant les premiers mois de grossesse, l'hormone lactogène placentaire et la prolactine favorisent la multiplication des cellules, en particulier celles du tube digestif, et les performances du foie (23).

Lors de l'allaitement, le tube digestif « se sert plus largement » dans la ration proposée, il est inutile d'augmenter ses apports caloriques. L'allaitement de plusieurs mois consomme les réserves de graisse constituées spécialement pour l'enfant (24) et permet une perte de poids.

2. Suites de couches facilitées :

L'ocytocine sécrétée favorise l'expulsion du placenta et l'involution utérine, diminue le risque d'hémorragie, les pertes sanguines et les risques d'infection.

La réduction des pertes de fer est à rapprocher du retour de couches plus tardif et d'une meilleure absorption de celui-ci (25).

L'ocytocine comporte un effet relaxant et sédatif sur la mère.

Simultanément, d'autres hormones hypophysaires sont libérées : l'ACTH et la vasopressine (maintien de la tension artérielle), l'hormone de croissance (multiplication des cellules et cicatrisation), la cholécystokinine (équilibre digestif). Elles permettent une récupération plus rapide.

3. Espacement des naissances :

Dans des conditions strictes et difficiles à respecter en France, l'allaitement peut avoir un effet contraceptif. La méthode MAMA d'espacement des naissances est vue plus ultérieurement au chapitre Contraception. Cette méthode contraceptive peut avoir un intérêt surtout dans les pays ne disposant pas d'autres moyens de planification familiale car il a été montré qu'un intervalle d'au moins deux ans entre deux grossesses est suffisant pour améliorer la survie des enfants et diminuer la morbidité maternelle (26).

4. Ostéoporose :

La minéralisation osseuse s'abaisse pendant la grossesse et les premiers mois de lactation. L'allaitement doit durer plus de 3 mois pour que la déminéralisation se manifeste (27). Pendant les 3 à 6 premiers mois, la densité osseuse baisse de 3 à 5%.

La lactation semble être associée à des modifications du métabolisme du calcium avec mobilisation temporaire et restitution ultérieure des minéraux contenus dans l'os.

La densité osseuse revient à la normale lorsque l'allaitement se prolonge et après le sevrage, ceci pouvant être en rapport avec le retour de couches et la reprise des fonctions ovariennes (28). Ces modifications ne dépendent pas de l'augmentation de l'apport alimentaire du calcium.

Par ailleurs, les études sur l'ostéoporose effectuées sur des femmes âgées montrent que l'allaitement n'est pas en soi un facteur de risque : après correction par les facteurs confondants, il semblerait même que le fait d'avoir

allaité induise un net abaissement du risque de fracture du col du fémur (29, 30). Cependant les études sont contradictoires (26).

5. Cancers du sein :

M. LABBOCK (31), lors d'une étude, conclut qu'aucune protection vis-à-vis du cancer du sein post ménopausique n'a été démontrée mais le risque de cancer du sein pré ménopausique est inversement proportionnel à la durée de l'allaitement maternel.

Le risque de cancer du sein diminuerait en plus régulièrement avec le nombre de bébés allaités.

6. Cancers de l'endomètre :

Le risque de cancer endométrial augmente avec la durée d'exposition aux oestrogènes endo et exogènes surtout s'ils ne sont pas modulés par la présence de progestérone. En post partum, les taux sont au plus bas lorsque la femme allaite.

Il existe un effet protecteur proportionnel à la durée de l'allaitement persistant quelques années après l'arrêt de l'allaitement.

7. Cancers de l'ovaire :

Ils seraient la conséquence d'un excès de production de gonadotrophines, ou liés aux mécanismes de l'ovulation. On conçoit que l'allaitement pourrait intervenir dans chacune des deux théories.

Il existerait une réduction de 20% des cancers de l'ovaire chez les femmes ayant allaité au moins 2 mois (31).

8. Diabète :

L'allaitement serait bénéfique chez les mères souffrant de diabète insulino-dépendant et de diabète gestationnel. Pendant la grossesse et l'allaitement, une baisse significative des besoins insuliniques a été mise en évidence (26).

9. Economie d'énergie :

C'est un moyen de se simplifier la vie.

En effet, pas de biberon à préparer, à chauffer, à laver, à stériliser. Pas de poudre à acheter, pas de litres d'eau à transporter. Pas de coffre entier de voiture à remplir en cas de voyage.

Peut-être est-ce dans ce chapitre qu'il faut évoquer le rôle du père qui selon les points de vue se retrouve à l'écart ou tranquille ? Les pères qui se sentent exclus, ont le plus souvent un sentiment de jalousie, d'envie en face du couple mère/bébé. Le désir de donner le biberon pour participer au nourrissage du bébé n'est-il pas une forme de l'envie qu'éprouvent un certain nombre d'hommes face au privilège des femmes de porter l'enfant (32) ? Ou alors ne peut-on pas imaginer qu'il veuille évincer le bébé et reprendre le plus vite possible la place qu'il avait dans le couple, qu'il ne voit dans les seins que des objets sexuels et dans l'allaitement une forme d'exhibitionnisme ?

Mais ne serait-il pas temps de sortir le père du cadre traditionnel et désormais standardisé par le féminisme d'une époque, du père censé tout faire comme la mère et donnant le biberon à égalité avec elle (et le fameux de la nuit) ?

Cela l'oblige à chercher sa propre définition de la paternité, à trouver des instants privilégiés pour aller à la découverte de son enfant et l'appivoiser. Et il reste toutes les tâches ménagères à assumer et les soins au bébé permettent un contact charnel entre père et enfant.

Toujours est-il que l'attitude du compagnon envers l'allaitement est un facteur influant sur la décision de la mère quant au mode d'alimentation du bébé.

Dans une enquête de 1995 portant sur 115 mères britanniques, les $\frac{3}{4}$ des bébés dont les pères approuvaient l'allaitement, étaient exclusivement allaités. La proportion tombait à moins de un sur dix en cas d'opposition ou d'indifférence du père (32).

10. Effets psycho- affectifs :

L'allaitement maternel est la suite physiologique, naturelle, biologique de la grossesse.

Ainsi la naissance n'est plus une séparation mais le début d'une nouvelle organisation au cours de laquelle la relation privilégiée mère-enfant va se poursuivre, dans une certaine continuité mais de façon différente.

L'allaitement implique une relation charnelle, « peau à peau », à de nombreuses reprises dans la journée. Lors des tétées, les échanges sensoriels sont riches, tous les sens y participent. Les deux partenaires y trouvent leur compte : nourriture, affection, sécurité pour l'un, satisfaction voire plaisir, joie

de continuer à participer très concrètement et physiquement au développement de son enfant pour l'autre.

L'allaitement maternel est une réponse naturelle au besoin d'attachement. Il favorise l'harmonie et joue un rôle préventif dans la maltraitance (33). Dans un hôpital russe de Saint Petersburg, une expérience de mise au sein rapide a fait diminuer de 50% le taux d'abandon d'enfants à la naissance, en dépit de la détérioration de la situation locale économique et de l'augmentation du taux constaté dans les autres maternités de la ville (34).

Une étude en Nouvelle-Zélande cherchait l'impact de l'allaitement sur les résultats obtenus à un test d'ajustement psychosocial sur 999 enfants de 15 à 18 ans. Les enfants qui avaient été allaités au sein longtemps étaient plus nombreux à avoir des rapports de meilleure qualité avec leurs parents que ceux nourris artificiellement et à estimer que leur mère s'était mieux occupée d'eux, et avait été moins surprotectrice (35).

B. Bénéfices socio-économiques :

Le lait maternel est adapté, sans erreur diététique, et bon marché.

Cet aspect est loin d'être négligeable et revêt un caractère vital dans le tiers et le quart monde.

Pour les familles, nous pouvons imaginer des économies liées au coût du lait reconstitué, de l'équipement, des consommables (eau de lavage, électricité, produits de stérilisation) ; économie sur des soins médicaux par diminution des visites chez le médecin du fait de la diminution des infections, ou des hospitalisations, ou des achats de médicaments ; économies sur l'achat d'une

contraception maternelle ; sur la diminution de l'absentéisme au travail pour enfant malade.

Pour les employeurs, économies liées à la baisse de l'absentéisme maternel.

Pour la Sécurité Sociale et la société, économies de soins de santé par prévention de maladies aiguës et chroniques ; en devises pour l'achat et la distribution de substituts ; en évitant les dommages écologiques liés à la production, distribution, et vente des substituts et de leurs emballages (36).

P. BITOUN en 1994 arrivait à une estimation :

- économies par famille et par enfant : 12048 FF soit environ 1837 Euros, soit 21% du budget annuel d'un salarié au SMIC de l'époque,
- économies pour la Sécurité Sociale : 1,116 milliards de FF soit 0,202% du budget annuel de 1994. Pour une augmentation de 5% du nombre de bébés allaités, une économie de 17,6 millions de FF sur les dépenses de santé serait faite (37).

Une étude américaine (38) a calculé le surcoût estimé des soins liés au non allaitement concernant la fréquence des recours aux services de santé pour 3 pathologies (otites, pathologies respiratoires basses, et troubles gastro-intestinaux). Le surcoût est estimé entre 300 et 430 euros par année et par enfant. Sur cette base et en prenant le taux d'allaitement en France, nous arrivons à une dépense de 180 à 250 millions d'euros par an, pour ces seules pathologies.

Il convient d'insister sur le fait que l'abandon de l'allaitement maternel est un facteur important d'appauvrissement des familles. Ceci d'autant plus que des études montrent que ce sont les familles socio-culturellement favorisées qui ont le plus recours à l'allaitement maternel. Les familles à bas niveau scolaire et de revenus ont moins accès à la lecture et à l'information et sont encore leurrées

par le « modernisme » du biberon. Et ce sont les familles le plus touchées par la crise économique.

C. Bénéfices pour l'enfant :

1. Les avantages de la composition du lait maternel :

La variabilité et la multiplicité de la composition du lait humain explique sa spécificité et son adaptation aux besoins du nouveau-né. Le lait maternel est constamment adapté aux besoins physiologiques de l'enfant : il change de composition au cours de la tétée et aussi en fonction de l'âge de l'enfant et de son terme (39).

a. Le colostrum :

Le colostrum est un liquide épais de couleur jaunâtre, de forte densité et de faible volume. Il est prévu pour l'adaptation physiologique à la vie extra-utérine.

Il apporte les nutriments prêts à l'emploi avec des acides aminés libres, moins de graisses, de caséine, de lactose afin d'épargner les fonctions rénales et hépatiques encore immatures.

Il évite la déshydratation car cette gelée salée contient beaucoup plus de protéines et de sels minéraux que le lait mature. Son pouvoir osmotique permet un bon drainage du méconium.

Le facteur de croissance (Epidermal Growth Factor) qu'il contient favorise la maturation du tube digestif.

Il permet l'implantation d'une flore intestinale saprophyte et apporte une protection immunitaire et pariétale digestive.

Le colostrum véhicule IgA, macrophages, polynucléaires neutrophiles, lymphocytes et fait débiter les défenses du nouveau-né. Les stimulations antigéniques varient en fonction de l'environnement et de l'alimentation de la mère, et la réponse immunitaire fournit au bébé une protection adaptée au milieu dans lequel il est destiné à vivre.

b. Le lait mature :

Le lait est un produit complexe, fabriqué par les cellules glandulaires. Les mécanismes de fabrication comportent une filtration active du sang maternel avec apports de produits non transformés et permettent l'assemblage des constituants spécifiques qui n'existent pas encore.

LA COMPOSITION du lait (10) évolue au cours de la même tétée : en caricaturant, il y a d'abord la boisson (eau, sels minéraux) , les immunoglobulines, les enzymes et le lactose, puis les caséines et enfin les graisses, qui complètent l'apport calorique et surtout la sensation de satiété. C'est comme cela que l'on peut comprendre qu'une fois le flux provoqué, la tétée doit se poursuivre jusqu'à la « fin du sein » pour avoir le « repas complet ».

Il n'y a pas de complémentarité entre les deux seins, d'où le choix personnel de la mère de donner un ou deux seins à chaque tétée tout en lui faisant savoir la nécessité de « finir le premier sein ».

- L'EAU est l'élément de base. Le lait assure la ration d'eau quotidienne. Un bébé allaité n'a pas besoin de supplément d'eau quelque soit la chaleur ambiante. La faible osmolarité du lait (250 mOsm/l) épargne la fonction rénale immature du nouveau-né.
- L'ENERGIE est estimée à 680 kCal/ l.

- LES PROTEINES sont principalement représentées par les caséines qui confèrent au lait, outre une valeur nutritive, des fonctions immunitaires (40). Les apports adaptés en Acides Aminés (soit insuffisants, soit absents) pallient le système immature du bébé. Les protéines solubles du lactosérum telles que l'alpha lactalbumine entraînent moins de réactions atopiques que la fraction bêta du lait de vache allergisante (41). La lactoferrine fixe, transporte le fer, inhibe la prolifération de bactéries enteropathogènes et permet de couvrir les besoins en fer de l'enfant jusqu'à 6 mois d'allaitement exclusif. Les nucléotides développent les tissus lymphoïdes et favorise l'établissement du métabolisme hépatique (34). Les lysozymes sont bactéricides. Le rapport protéique établi dans le coagulum gastrique est tel qu'il est plus facile à digérer et à vidanger. Certains peptides opioïdes induisent le péristaltisme intestinal.
- LES LIPIDES sont principalement représentés par l'acide linoléique. Ils apparaissent sous la forme de globules gras. Ils sont infiniment mieux digérés et absorbés du fait de cette structure et de la présence dans le lait de lipases. Le C18 et les monoglycérides auraient un effet protecteur par l'altération de membranes virales ou bactériennes. Les Acides Gras Poly Insaturés (AGPI) interviennent dans le développement cérébral et sensoriel (rétine) (42).
- LES GLUCIDES sont composés principalement de lactose, dextrine, maltose, saccharose. La transformation du lactose intra luminale digestive dégage un pH bas, empêche la fermentation et inhibe le développement de bactéries (43). Les oligosaccharides favorisent la croissance de flore saprophyte comme le *Lactobacillus bifidus*. Ils inhibent l'adhésion bactérienne aux cellules épithéliales, en particulier de l'*E. coli*. L'alpha amylase est présente dans le lait et est utile dans l'hydrolyse des sucres.

- LES MINÉRAUX et OLIGOÉLÉMENTS (Ca, Ph, Na, K, Mg, Fe, Zn, Cu, Fluor, Cobalt, Iode, Sélénium) ont une meilleure bio disponibilité sans surcharge de capacités immatures.
- LES VITAMINES sont présentes.
- LES ÉLÉMENTS CELLULAIRES (lymphocytes B, T, macrophages) déjà nommés dans le colostrum se retrouvent dans le lait mature.
- LES FACTEURS TROPHIQUES sont représentés (44) par les hormones périphériques, centrales, les peptides régulateurs gastro-intestinaux, les facteurs de croissance et sont biologiquement actifs dans le lait humain. Le cortisol diminue les réactions inflammatoires et favorise la flore non pathogène. L'hormone de croissance, l'insuline, la prolactine notamment interfèrent directement avec le métabolisme du bébé en favorisant la croissance et la différenciation des organes et des tissus cibles. L'EGF aurait un rôle cytoprotecteur vis-à-vis des substances toxiques et particulièrement contre le développement de l'entérocolite ulcéronécrosante.

Pour terminer, une large étude de l'OMS sur la qualité et la quantité du lait maternel montre qu'en dehors de privations extrêmes, l'allaitement maternel est peu altéré par l'état nutritionnel de la mère, à l'exception de la teneur en vitamines.

Il faut donc préconiser une alimentation diversifiée sans supplémentation particulière chez la mère allaitante.

2. Effets sur la santé de l'enfant :

Depuis longtemps, l'impression clinique que l'enfant nourri au sein était moins malade que celui nourri artificiellement a été confirmée par différentes études (45).

En dépit des difficultés méthodologiques et après élimination de facteurs confondants (niveau socio-économique, mode de garde, importance de la fratrie, tabagisme...), les études (46) démontrent que la promotion de l'allaitement maternel, dans les pays industrialisés, s'accompagne d'une baisse sensible de la mortalité et de la morbidité. Dans les pays en voie de développement, les taux de mortalité et morbidité sont fortement corrélés à l'emploi de lait artificiel (les risques de mort par diarrhée y sont multipliés par 10) (47).

a. Les infections (48):

Le rôle protecteur de l'allaitement maternel, dans les pays industrialisés, est établi pour :

- les infections gastro-intestinales avec un risque de diarrhée en particulier à Rotavirus, diminué par 2 ou 3 (49) ;
- les infections ORL avec un risque d'otites diminué 2 à 4 fois (50) ;
- les infections à Haemophilus (51) ;
- les infections urinaires (49), les septicémies, les méningites ;
- les infections respiratoires notamment à VRS;
- la prévention des infections nosocomiales et de l'entérococolite ulcéronécrosante chez les prématurés par l'utilisation de lait féminin abaisse le taux de mortalité ou morbidité (49) ;
- les caries dues au Streptocoque mutans auraient une prévalence plus basse chez les enfants allaités car il semble exister un cycle entéro-mammaire qui induit la sécrétion par la glande mammaire de facteurs inhibant spécifiquement ce germe (52).

b. Le développement neurosensoriel et cognitif :

Le taux élevé en lactose et en AGPI du lait humain participe à la constitution du système nerveux central.

L'implication de l'allaitement maternel dans le développement cognitif de l'enfant fait l'objet de beaucoup d'intérêt actuellement et déchaîne les passions où se mêlent les concepts de bonne et mauvaise mère, de performances scolaires et de réussite sociale. Les facteurs nutritionnels sont importants mais les facteurs socio environnementaux entraînent des déviances, et la part respective de tous les facteurs reste difficile à évaluer.

En 1999, Anderson et al. (53) arrivaient au terme d'une méta analyse et après ajustement de biais à un avantage en moyenne d'environ 3 points de QI aux enfants allaités au sein. Les tests de développement cognitifs étaient d'autant meilleurs que l'enfant était prématuré et que la durée d'allaitement était longue. L'ANAES dans son compte-rendu n'aborde pas le sujet.

Le lait maternel n'a pas encore démontré sa supériorité, pour le développement neurosensoriel et cognitif, sur le lait artificiel, mais c'est peut-être le fait d'être allaité qui améliore les scores.

c. Les allergies :

Trois facteurs sont nécessaires pour qu'un enfant développe une allergie : une prédisposition personnelle (facteurs génétiques), l'exposition aux allergènes de façon répétée, et des contributifs comme un déficit immunitaire, une maladie digestive, des infections ou des irritants non spécifiques (tabac, pollution).

L'allaitement maternel n'a pas qu'une fonction nutritionnelle. Il participe à la maturation du tube digestif, diminue la fréquence de nombreuses affections (diarrhée). A ce titre, il a un effet protecteur. Cependant il semble que l'enfant puisse se sensibiliser in utero et via le lait maternel (le liquide amniotique et le lait maternel contiennent des quantités mesurables de particules allergisantes).

Pour mettre toutes les chances de son côté, pour un enfant à risque allergique, les recommandations sont (54) :

- pendant la grossesse, ne pas fumer, éviter le contact avec les animaux domestiques, procéder à un nettoyage anti-acariens de l'habitat, adopter un régime alimentaire pauvre en aliments les plus allergisants ;
- un allaitement exclusif long, sans biberon de complément ou alors au lait maternel sinon un hydrolysate de protéines. La mère doit surveiller son alimentation et procéder à certaines évictions avec l'aide d'un spécialiste et d'un suivi diététique pour éviter les carences ;
- une diversification alimentaire très progressive et à partir de 6 mois. Il faudra repérer si un aliment est mal toléré et provoque des troubles. Il faudra éviter les aliments reconnus allergisants et ne les introduire qu'après 1 an.

Un grand nombre de mères font le choix de se soumettre à un régime d'exclusion afin de pouvoir continuer à allaiter, pour tous les autres avantages à court et long terme qu'apporte l'allaitement.

d. Le RGO :

Les enfants allaités dans une étude (55) auraient un nombre moindre de reflux gastro-oesophagien et de durée plus courte.

On avance les explications que l'enfant au sein a des phases de sommeil profond et calme plus longue, période où le RGO est rare, et que la vidange gastrique est plus rapide.

e. La prévention de l'obésité :

Des arguments statistiques (56), à la suite d'études montrent que les enfants sont moins obèses quand ils ont été allaités au sein de façon exclusive ou dominante et ce d'autant que l'allaitement a été prolongé (57).

Ils auraient également, à poids équivalent, une moindre proportion de graisse, donc plus de muscles.

Les mécanismes ne sont pas tous élucidés mais les hypothèses de travail sont basées sur le déséquilibre protéines/ lipides de l'alimentation infantile. Les préparations pour nourrissons ont un taux plus élevé de protéines. Celles-ci augmentent les facteurs de croissance, qui participent à la multiplication cellulaire, y compris les précurseurs des adipocytes. Les composants du lait de vache sont moins bien absorbés que ceux du lait de mère, et surtout de façon moins « noble » : les protéines maternelles digérées et découpées en peptides voient leurs propriétés démultipliées.

En revanche, les lipides maternels mettent au repos la multiplication cellulaire. Or le lait maternel est très gras proportionnellement aux aliments diététiques de l'industrie agroalimentaire.

f. La prévention de la mort subite du nourrisson (MSN) :

Un certain nombre de facteurs délétères ont été isolés pouvant entraîner une MSN : âge inférieur à un an, position de sommeil en position ventrale, tabagisme

parental, isolement de l'enfant, literie inadaptée, infections virales ou bactériennes (en jouant un rôle soit par l'hyperthermie, soit par la gêne respiratoire, soit par l'affaiblissement général de l'organisme).

Même si l'allaitement maternel ne supprime pas le risque de MSN, il est hautement probable selon le Pr Messer (58) qu'il aide à le réduire.

Son faisceau d'arguments s'appuie sur :

- la proximité mère-enfant, due à l'allaitement à la demande, supprime le facteur d'isolement ;
- l'allaitement est un excellent moyen de prévention des infections ;
- l'allaitement maternel est souvent corrélé à des conditions socio-économiques favorables et des taux faibles de tabagisme maternel.

g. La protection vis-à-vis des maladies à ambiance dysimmunitaire :

Le diabète insulino-dépendant est cité. L'effet favorable de l'allaitement maternel serait rattaché à l'absence (ou l'introduction retardée) de protéines de lait de vache déclenchant des processus auto-immuns en particulier sur les cellules bêta des îlots de Langerhans, cependant chez des personnes génétiquement prédisposées (59).

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) ont une étiopathogénie mal connue. Le rôle protecteur serait lié là aussi à la diminution des épisodes infectieux périnataux et à l'action des composants du lait maternel sur la maturation du tractus digestif et du système immunitaire (49).

Dans la maladie coeliaque, l'introduction progressive du gluten sous protection de l'allaitement maternel joue un rôle positif.

h. Autres bénéfiques :

Voici quelques bénéfiques supposés de l'allaitement maternel que nous nous contenterons de citer : la Maladie de Hodgkin, l'appendicite, la sclérose en plaque, certaines leucémies, le risque de hernie inguinale, le risque d'arthrite chronique juvénile, des pathologies bucco-dentaires orthodontiques et d'autres semblant plus fantaisistes comme la prévention d'un alcoolisme ou une action sur la maturation sexuelle.

Malgré les incertitudes, il paraît clair qu'il convient de recommander l'allaitement maternel dans un projet de prévention générale d'un état de santé meilleur, pas seulement pour la survie mais pour une vie meilleure et ce dès la naissance.

D. EN CONCLUSION :

Il existe un consensus sur l'utilité de l'allaitement maternel exclusif pendant les premiers mois de la vie. Les bénéfiques de l'allaitement maternel sont admis à partir de données épidémiologiques hétérogènes, mais sont renforcés par des institutions et des experts internationaux (60).

L'allaitement maternel exclusif est le mode d'alimentation le plus approprié pour le nourrisson. Jusqu'à 6 mois, il lui assure une croissance et un développement optimaux.

L'effet protecteur de l'allaitement maternel dépend de sa durée et de son exclusivité.

La poursuite de l'allaitement exclusif pendant 6 mois présente un avantage pour la santé de l'enfant et aucun inconvénient sur son développement.

L'OMS (48) s'est appuyée sur une revue de la littérature commandée à la Cochrane Library (61) pour modifier ses recommandations concernant la durée optimale de l'allaitement exclusif.

L'OMS conseille, sur la base de cette revue systématique de la littérature et l'avis d'un groupe d'experts, 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.

De même, la Nursing Mothers Association of Australia recommande au moins 6 mois d'allaitement exclusif sans même donner de vitamines jusqu'au début du sevrage. Le sevrage commence au moment où l'enfant reçoit d'autres aliments que du lait maternel, qu'il s'agisse de lait, de boissons ou de substances telles que les vitamines.

La Leche League Internationale s'appuyant sur les recommandations de l'OMS (www.lalecheleague.org) 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.

L'American Academy of Pediatrics (62) et le ministère de la Santé du Québec (63) encouragent également l'allaitement exclusif pendant une période d'environ 6 mois.

En France, le Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie recommande un allaitement maternel exclusif de 6 mois (64).

III. Fausses légendes :

Fausses légendes et vraies croyances populaires (et médicales) sont les grandes pourvoyeuses de craintes et de refus de l'allaitement maternel.

A. L'allaitement abîme les seins : FAUX

C'est la grossesse du fait de la mammogénèse et de l'augmentation du tissu graisseux qui est responsable des altérations morphologiques et cutanées, indépendamment de l'allaitement. Le risque esthétique pendant l'allaitement vient des variations brusques de volume dues à d'éventuels engorgements ou à un arrêt brusque.

Si tout est bien conduit, le risque esthétique est faible et surtout moins important qu'en cas de blocage de la lactation à la naissance par des moyens artificiels et médicamenteux.

L'allaitement a une mauvaise image, ceci d'autant plus que les rares scènes d'allaitement diffusées par les médias sont souvent celles de mères africaines aux seins flasques et pendants, vivant dans des zones de famine. Ce qui, par la même occasion, associe l'allaitement à exotisme ou misère et qu'il pourrait être responsable de malnutrition.

B. L'allaitement fatigue : FAUX

C'est la fin de la grossesse et la maternité qui fatiguent tant au niveau physique que psychologique. Le taux élevé de prolactine après les tétées procure une sensation de détente et d'apaisement. Se rajoutent les économies d'énergie du matériel qu'il n'est pas nécessaire de laver, stériliser et autres...

Sans compter que le blocage de la lactation pour choisir l'allaitement artificiel casse brutalement le cycle d'évolution normale et peut être ressenti difficilement (nausée, oedèmes, fatigabilité).

C. Les seins sont trop petits : FAUX

La glande mammaire a le même volume chez toutes les femmes ; c'est la proportion du tissu conjonctivo-graisseux de soutien qui varie.

Donc les capacités à allaiter sont identiques chez toutes les femmes.

D. Les femmes de la famille n'ont pas réussi à allaiter :

La capacité d'allaiter n'est pas héréditaire mais des histoires d'échecs familiaux peuvent impressionner et entraîner des difficultés de confiance en son corps.

E. Le lait n'est pas assez nourrissant : FAUX

Comme nous l'avons déjà vu, le lait est parfaitement adapté aux besoins du bébé. Il n'y a aucune exception à cette donnée (65). Il évolue dans sa composition au cours de la tétée et au cours du temps pour s'adapter à la croissance seule. La quantité de lait varie chez une mère dénutrie mais pas la qualité (66, 67).

F. Le biberon, cela va plus vite : VRAI et FAUX

- VRAI dans le sens où le biberon coule tout seul, où le bébé ingurgite sans effort.

- FAUX dans le temps imparti, la tétée au sein est certes un peu plus longue mais si on chronométrait le temps passé à préparer les biberons, à laver, à stériliser, faire les achats, le rapport est inversé.

G. Les mamelons n'ont pas la bonne forme ou longueur : FAUX

Sous l'influence de l'ocytocine, les mamelons deviennent érectiles, ensuite la bouche du bébé forme le mamelon donc il faut veiller à la bonne position dès les premières mises au sein (66).

De même, un mamelon plat ou invaginé sera fonctionnel après stimulation. La Leche League conseille le port de coquilles (68), mais le Dr THIRION ne le préconise pas (69) et propose de découper un petit trou à la pointe de l'un des soutiens-gorge afin de laisser sortir juste le bout du mamelon.

Seuls ceux qui se rétractent, qui se creusent à la stimulation entraînent une plicature des canaux lactifères et empêchent l'écoulement du lait. Il faut sectionner chirurgicalement ces petites adhérences à prévoir au moins un mois avant l'accouchement (70).

H. Il faut préparer ses seins pendant la grossesse : FAUX

Il n'existe pas d'hyperkératinisation du revêtement cutané aréolaire donc pas de moyen pour « endurcir » les mamelons.

Il faut uniquement une hygiène corporelle quotidienne sans trop insister au savon qui assèche et décape la lubrification physiologique par les glandes de Montgomery. Si la peau est sèche, il peut y avoir un risque d'hypersensibilité et de fragilité : les conseils sont d'étirer le mamelon en appliquant un corps gras

(d'origine animale : Lanoline ®, Lansinoh ® ; végétale : huile amande douce ; Bépanthène ®) avant la naissance et d'enduire le mamelon avec l'expression des dernières gouttes de lait après la tétée (présence de lipides).

I. L'allaitement sera court, cela ne vaut pas la peine de commencer : FAUX

Ce qui importe au cours de l'allaitement, c'est la relation qui s'instaure entre la mère et son enfant, quelle qu'en soit la durée. Il est indéniable qu'un allaitement long est toujours plus profitable mais une expérience réussie est valorisante.

J. Il faut rester cloîtrée chez soi pendant toute la durée de l'allaitement : FAUX

Il ne faut pas nier que l'allaitement au sein suppose de la part de la mère plus de disponibilité à son bébé que le biberon. Les premières semaines, l'organisation est délicate, la mère a l'impression d'avoir son bébé continuellement aux seins.

Mais la majorité des jeunes parents n'est-elle pas complètement effarée par le temps et l'énergie que demande un bébé au sein ou au biberon ?

Certaines situations de solitude, d'angoisse, de doute peuvent être soulagées par la participation à des associations de soutien organisant parole, échange, rencontre.

Ensuite, certaines femmes ne s'imaginent pas allaiter en dehors de chez elles. Cet obstacle culturel vient du croisement entre la pudeur et l'érotisation

actuelle des seins. L'idéal serait que le geste d'allaiter redevienne naturel. En attendant, il faut montrer aux futures mères qu'on peut allaiter en public en toute discrétion, que l'on peut prévoir des vêtements conçus pour l'allaitement.

K. La femme qui allaite ne peut pas faire l'amour : FAUX

Survivance de médecine moyenâgeuse, où la sexualité apportait l'impureté chez la femme enceinte ou allaitante.

L. Le lait devient mauvais au moment du retour de couches : FAUX

Confusion entre « salissure du sang impur » et réalité biologique du lait.

M. La femme qui allaite reste grosse : FAUX

De nouveau, il y a confusion entre l'image populaire de la « bonne nourrice » au gros ventre et aux seins gigantesques et la réalité ; car comme nous avons vu, l'allaitement favorise l'involution utérine et la consommation des réserves énergétiques pour la fabrication du lait. Le retour à une silhouette convenable se fait alors plus facilement.

N. Il faut boire beaucoup pendant l'allaitement : FAUX

Boire abondamment est une légende populaire pour lutter contre l'hypogalactie (comme diminuer ses boissons pour prévenir l'engorgement). Il faut boire à sa soif sans se forcer.

La bière et le lait n'ont pas de vertus galactogènes. Aucune étude n'a trouvé d'effet galactogène du houblon chez la mère allaitante, au contraire le bébé tétait moins volontiers les 3 heures suivant l'absorption d'alcool.

O. Le lait humain peut être dangereux : VRAI et FAUX

1. Dangers nutritionnels :

La vitamine K1 est à taux faible dans le lait maternel et est inférieur aux besoins de l'enfant en période néo-natale. D'où l'adjonction de gouttes de vitamine K1 pendant le temps de l'allaitement maternel exclusif pour éviter un syndrome hémorragique. Les autres apports vitaminiques (D et Fluor) sont identiques entre bébé allaité au sein et bébé au biberon.

Le lait maternel est exceptionnellement riche en cholestérol. Cependant les taux sériques, entre un groupe d'enfants au sein et un groupe nourri au lait de substitution, ne sont différents que les premières semaines.

2. Dangers métaboliques :

La galactosémie congénitale est une contre-indication formelle à l'allaitement maternel. Les porteurs de cette maladie récessive extrêmement rare ne peuvent dégrader le galactose donc tout apport de lactose de n'importe quelle origine entraîne de dégâts irréversibles.

L'ictère « lié à l'allaitement maternel » est un ictère vu après 24 heures de vie, persistant environ les 2 premières semaines de vie du bébé nourri au sein (71). Il s'agit d'un ictère physiologique aggravé par l'allaitement maternel généralement mal conduit (mise au sein retardée, tétées inefficaces, utilisation

de compléments...) résultant de l'exagération du cycle entéro-hépatique de la bilirubine. Il est associé à une perte de poids importante et des selles peu fréquentes. En fait, l'enfant ne reçoit pas assez de lait de sa mère, manque de calories et cela amplifie l'ictère physiologique. Dans ce cas, il faut revoir l'ensemble de la conduite pratique de l'allaitement.

L'ictère « au lait maternel » est un ictère prolongé à bilirubine libre, chez un nouveau-né bien portant, prenant du poids (72). Les urines et les selles sont normales. Le lait contiendrait une substance qui freinerait l'activité hépatique de la glycuronyltransférase ou qui augmenterait l'absorption intestinale de la bilirubine non conjuguée. Passés les premiers jours où tout ictère est surveillé, les taux sanguins de bilirubine n'atteignent jamais un niveau pouvant poser problème. L'allaitement maternel doit être poursuivi.

3. Dangers toxiques :

Les risques causés par la prise de médicaments motivent la vigilance. Ceci sera vu au chapitre Médicaments.

Les risques liés à la prise de toxiques par la mère sont plus difficiles à gérer. Nous retrouvons l'alcool, les excitants, le tabac, la plupart des drogues qui passent dans le lait et ils ont leurs effets sur le bébé. L'allaitement maternel peut donner une motivation supplémentaire pour arrêter, ne serait-ce que diminuer.

Les risques liés à la pollution de notre société moderne ne sont pas négligeables. L'exposition chronique aux diverses dioxines est essentiellement alimentaire pour la mère. Lipophiles, ces composés s'accumulent dans les tissus graisseux et notamment dans le lait maternel. L'OMS après plusieurs expertises

a établi des recommandations en matière de consommation fortuite de produits toxiques.

L'OMS conseille toujours aux mères d'allaiter leur bébé (73). L'Institut de Veille Sanitaire français (74) dans le cadre de recherche pour l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (75) conclut que les effets bénéfiques de l'allaitement maternel dépassent largement ceux liés à la présence de dioxines.

4. Dangers infectieux :

Il faut distinguer les infections locales et générales.

Les infections du sein sont le plus souvent des lymphangites au cours desquelles le lait reste bactériologiquement stérile. Seuls les galactophorites et abcès vrais du sein nécessitent un arrêt temporaire de l'allaitement sur le sein concerné.

Les maladies infectieuses maternelles contre-indiquant l'allaitement sont (76):

- une tuberculose active non traitée (mais traitement possible par Isoniazide® ou Rifampicine® avec surveillance hépatique régulière)
- une lésion herpétique du sein
- une infection à Human T cell Leukemia Virus type I (HTLV I) et son homologue HTLV 2.
- l'hépatite B ou le portage chronique de l'antigène HBs n'est pas une contre-indication si le nouveau-né est serovacciné dès la naissance.
- l'hépatite C n'est pas une contre-indication même s'il n'existe pas de prévention à la naissance.
- une sérologie HIV 1 ou HIV 2 positive (sauf pasteurisation du lait).

Les recommandations sont différentes dans les pays où le niveau sanitaire est bas. L'OMS conseille de maintenir l'allaitement au sein, ce qui peut permettre la survie d'enfants par simple diminution des diarrhées.

IV. Attitudes pratiques et gestes à acquérir :

A. Accueil du nouveau-né en salle de naissance :

Tout le monde s'accorde à dire maintenant qu'il faut favoriser le contact précoce et prolongé mère-bébé peau à peau (77).

Si l'accouchement n'a pas été trop lourdement médicalisé, si le nouveau-né n'a pas de difficultés d'adaptation respiratoire, s'il a une bonne coloration, s'il n'est pas encombré, s'il est normalement réactif, après clampage du cordon, on peut le placer à plat ventre sur sa mère (78).

Comme vu précédemment, le bébé présente une phase d'éveil calme propice aux apprentissages et à leur mémorisation. Ainsi, il est capable de ramper et de téter de sa propre initiative. La mise au sein précoce facilite la mise en route de l'allaitement (79). D'ailleurs la quatrième condition de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé est d'aider les bébés à allaiter dans la demi-heure après la naissance (80).

B. Cohabitation du nouveau-né avec sa mère (septième condition de l'OMS) :

Elle doit être encouragée. La proximité favorise l'allaitement à la demande, facilite l'allaitement la nuit et limite les recours à un substitut de lait (81).

C. Préparation à la tétée :

Au démarrage, la mère doit bénéficier d'un soutien et de conseils « logistiques ». L'accompagnement n'est pas toujours transmis par l'entourage familial ; l'équipe soignante entre en jeu.

Un environnement calme et peu anxiogène est utile.

Il n'est utile de nettoyer les mamelons ni avant ni après la tétée avec quelque produit que se soit. La maman peut éventuellement étaler le lait « gras » de fin de tétée qui contient des facteurs de croissance favorable à la régénération cutanée (82).

1. Les positions d'allaitement :

Chaque mère a besoin qu'on lui montre comment s'installer correctement pour allaiter son bébé ou qu'on le lui rappelle. Tout le monde s'accorde à dire qu'une bonne position évite beaucoup de complications.

La mère est confortablement installée. Elle ne ressent aucune tension musculaire. Elle ne se penche pas sur le bébé. La mère ne doit pas hésiter à se servir de coussins, couvertures, bras de fauteuil, repose pieds pour soutenir tous les endroits du corps susceptibles de fatiguer. Sans support, les muscles du dos, du bras vont fatiguer.

Nous pouvons conseiller la position « *assise classique* ». Le dos de la mère est callé. L'enfant est sur un coussin pour l'amener à hauteur de la poitrine. La mère tient le bébé sur son bras, la tête de celui-ci au creux du coude soutenu

par un coussin à hauteur, l'avant bras soutenant le dos du bébé, la main sous les fesses. Le bébé est sur le côté, estomac contre estomac, ses genoux contre l'autre sein. Son oreille, son épaule et sa hanche sont sur une ligne droite.

Il existe la position « *ballon de rugby* ». Les coussins sont placés contre la hanche de la mère pour amener le bébé à hauteur des seins. Le visage du bébé fait face à celui de la mère, son corps passe sous le bras de la mère, ventre tourné vers le haut. La main de la mère soutient la nuque.

Nous pouvons citer la position « *allongée sur le côté* ». Le corps de la mère est allongé sur le côté, légèrement penché en arrière, dos soutenu. La tête du bébé repose au creux du bras de la mère, le corps est sur le côté face à sa mère, son dos reposant contre le bras de cette dernière. Pour maintenir le bébé, on peut lui placer un coussin dans le dos.

Cette liste n'est pas exhaustive (en tailleur, debout dans un sac kangourou...) mais il faut insister sur le confort et éviter les tétées en position instable ou pesante.

Quant au bébé, son menton doit être collé au sein, sa bouche dans le prolongement de l'axe de son corps et face au sein, juste au niveau de l'aréole.

2. Technique de mise au sein :

La mère doit apprendre comment placer son bébé suffisamment près du sein pour qu'il prenne correctement le mamelon et éviter le risque de souffrir de mamelons douloureux.

La mère soutient son sein avec sa main, pouce au dessus, les autres doigts en dessous, bien en retrait de l'aréole.

Il faut apprendre au bébé à ouvrir grand la bouche, comme un bâillement. Il est possible de lui chatouiller la lèvre inférieure avec le mamelon, d'abaisser doucement le menton avec le doigt, d'appuyer sur la gencive avec l'index de la main qui soutient le sein.

Quand la bouche est bien ouverte, la mère doit fermement et rapidement mettre le bébé au sein en rapprochant le bras qui le soutient, dit « mouvement rapide du bras » (83).

Il faut amener le bébé au sein et non se pencher vers l'enfant pour éviter dorsalgies, douleurs lancinantes des seins, des mamelons. Le sein doit être centré dans la bouche du bébé. Celui-ci attrape le dessus et le dessous de l'aréole. Si le mamelon est suffisamment au fond de la bouche, le bébé ne peut pas mâchouiller, et ne peut pas dodeliner de la tête.

Le réflexe de succion apparaît. Le bébé avale toutes les une à deux suctions. Le nez et le menton du bébé touche le sein pendant toute la durée de la tétée. Pour aider éventuellement l'enfant à respirer, on peut lui soulever les fesses car en abaissant la tête du bébé on dégage les narines. Idem en soulevant un peu le sein.

Il faut se méfier du geste de dégagement des narines par le pouce car il peut à la fois trop étirer le mamelon et s'opposer à un bon écoulement du lait et obstruer un canal conduisant à un engorgement.

Si le bébé a des difficultés à attraper un mamelon un peu plat, on peut exercer quelques tractions douces, ou tirer légèrement la peau du sein en arrière vers la cage thoracique au moment où le bébé attrape le sein, ou appliquer un linge humide et frais.

Par ailleurs à la fin de la tétée si l'enfant ne se décroche pas seul, il ne faut pas exercer une traction sur le sein et une inverse sur la tête du bébé mais préférer lui écarter les gencives en introduisant un doigt à la commissure des lèvres en se frayant un chemin jusqu'à l'articulation mandibulaire pour rompre la force exercée.

3. Les critères de position correcte et de succion efficace :

Pour une bonne position, la mère est à l'aise, bras et dos soutenus, sans se pencher pour pouvoir se détendre et somnoler. Le bébé est plaqué contre sa mère. L'axe du corps du bébé est respecté (oreille, épaule, hanche sur une ligne droite).

La bouche du bébé doit être grande ouverte pour prendre le sein le plus largement possible. Les lèvres du bébé sont retroussées et détendues. Le menton et le nez touchent le sein. La langue est en gouttière sous le sein (vérifiable en retroussant doucement la lèvre inférieure du bébé).

Il n'y a pas de creusement des joues car il n'y a pas d'aspiration comme au biberon. La tempe et l'oreille du bébé bougent au rythme de la succion. Le bébé avale toutes les une à deux suctions après le réflexe d'éjection du lait (déglutitions toutes les 4 à 5 suctions vers le fin de la tétée).

D. Contrôle de l'alimentation et du développement :

L'allaitement à la demande est la base d'un allaitement réussi. Il respecte la physiologie de la lactation et les besoins nutritionnels du nourrisson (84).

La « loi de l'offre et de la demande » (85) lie le comportement du bébé à la sécrétion lactée de la mère.

Après l'accouchement, il faudra plusieurs semaines au bébé pour faire la différence entre être réveillé et avoir faim, s'endormir et être rassasié (86), et à la mère pour distinguer les différents signaux et appels. C'est donc l'enfant qui fixe le nombre et les horaires des tétées en fonction de ses périodes de vigilance. La plupart des bébés ont besoin de téter fréquemment, y compris la nuit (souvent davantage que les 6 à 7 tétées préconisées habituellement). Il n'y a aucun avantage démontré à réduire le nombre et la durée des tétées, ni à fixer un intervalle minimum entre deux tétées (84).

Un autre facteur intervenant dans la qualité nutritionnelle du lait est la durée de la tétée. La plus grande quantité de lait est prise durant les premières minutes de la tétée (lait peu calorique, désaltérant), mais la composition du lait se modifiant au cours de la tétée, le lait riche en matières grasses est pris à la fin de la tétée produisant en partie la sensation de satiété. Interrompre trop tôt la tétée a pour conséquence de diminuer la ration calorique de l'enfant (87). L'enfant peut ne pas prendre suffisamment de poids malgré des tétées fréquentes et une quantité de lait apparemment suffisante. La durée du flux d'éjection est de maximum 30 minutes et correspond à trois ou quatre pics de sécrétion d'ocytocine. Pour entretenir la lactation, il faut que le bébé tète jusqu'à la fin du flux plusieurs fois par jour et certains ont besoin de 20 à 30 minutes au moins au début (88).

Aucune donnée ne permet de conseiller à la mère de proposer un sein ou les deux à chaque tétée. Il est cependant important de n'offrir l'autre sein que lorsque le bébé arrête de téter de lui-même (84) ; en commençant par l'autre

sein à la tétée suivante, il n'y aura pas de déséquilibre dans la production et pas de phénomène d'engorgement.

Par ailleurs, il existe des poussées de croissance ou « des jours de pointe » ; c'est-à-dire une période au cours de laquelle l'enfant augmente la fréquence des tétées afin d'augmenter la production de lait, non pas à cause d'une baisse de lait ou d'un tarissement comme couramment interprété mais plutôt comme des besoins accrus dus à sa croissance. Ces poussées se produisent souvent à l'âge de deux, trois semaines, de six semaines et à trois mois. Pour les mères, ce sont des périodes de doute et de perte de confiance où il faut intervenir.

Il existe des écarts interindividuels dans la fréquence, la durée et la régularité des tétées d'où la nécessité, certes de la proximité mère-enfant, mais surtout de la réassurance à exercer auprès de la mère qui ne doit pas s'inquiéter de ne pas avoir un bébé « typique ».

Une des craintes des mères est de ne pas pouvoir s'assurer que l'enfant est suffisamment nourri au sein par rapport à l'assurance froidement objective du biberon.

Dans l'allaitement au sein, il est inutile de chercher à savoir quelle quantité de lait le bébé prend ; il est inutile de le peser avant et après la tétée, il suffit de regarder l'enfant, d'examiner son comportement pour voir s'il est suffisamment nourri (89).

Il existe des indicateurs objectifs d'absorption suffisante de lait maternel pendant les premières semaines post-partum tels que :

- Perception du réflexe d'éjection dans les seins : sensation de chaleur, picotement, douleur dans les seins ; des effets distaux de contractions utérines ; des signes associés de mamelon controlatéral en érection et qui peut couler ; sensation de soif puis d'apaisement.
- Rythme de la tétée et des déglutitions audibles durant l'allaitement.
- Seins plus souples après la tétée.
- Comportement du nouveau-né : un enfant repu s'assoupit, détendu, les doigts étalés.
- Fréquence des urines : le bébé mouille 6 à 8 couches par jour. Les urines sont claires. En sens inverse, un bébé qui mouille peu ses couches économise l'eau donc, à priori, n'en reçoit pas suffisamment.
- Fréquence des selles : elles vont de 2 à 6 à 8 par jour. Elles sont jaune d'or, d'odeur aigrelette, granuleuses, assez liquides. On ne peut pas parler de diarrhée si la courbe de poids est normalement ascendante. A l'inverse, après évacuation du méconium, certains bébés au sein ont peu de selles parce qu'ils mangent juste ce qu'il leur faut. Ils poussent normalement et espacent leurs selles jusqu'à deux voire une selles par semaine. La constipation ne peut être évoquée qu'avec des signes accompagnateurs de selles dures difficiles à éliminer, d'abdomen ballonné, tendu, douloureux.
- Surveillance du poids par le médecin et non par la mère : seule compte l'allure générale de la courbe de poids au bout de 5 ou 6 jours donc la prise de poids moyenne ; si la pesée a été quotidienne et sur une même balance, à peu près à la même heure chaque jour.

En règle générale, le bébé doit avoir repris son poids de naissance à l'âge de dix jours indiquant que sa perte de poids néonatale est terminée. Ensuite

pendant la première quinzaine, il prend en moyenne 20 à 30 grammes par jour. Dans les 2, 3 premiers mois, le bébé au sein a une croissance pondérale rapide prenant du poids plus rapidement qu'un bébé au biberon. Puis le gain de poids se ralentit dans le quatrième mois pour être inférieur à celui d'un bébé au biberon entre six et douze mois.

Quant à la taille et au périmètre crânien, aucune différence n'a été relevée entre les enfants nourris au sein ou au biberon.

Par ailleurs, il faut savoir que les courbes de poids, type carnet de santé, ont été établies il y a de nombreuses années d'après celles des enfants nourris au lait de substitution.

ALLAITEMENT ET COMPLICATIONS

LES COMPLICATIONS

Françoise RAILHET (90) dans un article pour les publications de la LLL a tenté de décrire les « petits tracas » dus à l'allaitement. Non seulement elle se posait la question de savoir où s'arrêtent les petits tracas et où commencent les gros problèmes, quels sont ceux liés spécifiquement à l'allaitement et ceux liés aux soucis de parentage, et surtout elle espérait que la liste ne découragerait pas les parents.

Dans l'esprit des femmes traîne une angoisse à l'idée de possibles complications. Ces complications existent parfois mais pourraient être exceptionnelles. La plupart des difficultés de l'allaitement maternel peuvent être prévenues et ne doivent pas entraîner systématiquement l'arrêt de l'allaitement. L'ANAES a tenté de les définir pour évaluer leur prévention et leur traitement.

III. Complications loco-régionales :

A. Mamelon douloureux sans lésions apparentes :

Certaines études (91) font état d'une prévalence des problèmes de mamelon douloureux allant jusqu'à 96%. C'est banal les premiers jours, cela ne représente aucun risque si ce n'est la douleur vraie qui peut être prévenue par la prise d'un antalgique (ex : paracétamol) 1/2heure avant la tétée.

Elle peut s'expliquer par les grandes modifications hormonales du post-partum entraînant une hypersensibilité mamelonnaire et un contexte émotionnel

fragile. Il faut prévenir la jeune mère, dédramatiser, l'encourager à la patience mais ne pas minimiser pour autant.

En effet, il ne faut pas tomber dans le cercle vicieux décrit par C. SHELTRAETE (92) : Peur d'avoir mal → crispation pendant la tétée → baisse de la libération post-hypophysaire d'ocytocine → excrétion de lait devenant plus difficile → douleur.

L'utilisation de produits de préparation des seins, de pratiques supprimant la lubrification naturelle du mamelon sont à proscrire car sont des facteurs d'irritation.

B. Les crevasses :

La crevasse est une plaie traumatique, une rupture de la barrière cutanée qui provient d'un traumatisme externe.

Elle va de la gerçure (petite traînée rouge à la surface sensible aux frottements et douloureuses en début de tétée), à la crevasse vraie (profond sillon rouge très douloureux au moment de la succion et entre les tétées), à l'ulcération (atteinte du derme profond, revêtement cutané arraché, mamelon framboisé, douleur intolérable, plaie suintante et saignante).

Marie THIRION (93) identifie les facteurs favorisant les crevasses :

- mauvaise mécanique de succion : mauvaise position de l'enfant (lésions des parties inférieures ou supérieures du mamelon), mauvaise préhension en bouche (lésions au centre du mamelon ou à la jonction mamelon-aréole), doigt placé sur le sein qui étire l'aréole, retrait brutal en fin de tétée.

- macération ou dessèchement excessif du mamelon : vêtements ou compresses humides sur le mamelon en permanence, séchage air chaud, seins couverts par tissus synthétiques.
- mauvaise hygiène : par défaut de lavage des mains ou des seins, par excès par neutralisation de la substance lubrifiante et désinfectante sécrétée par les glandes sébacées et du lait qui est un très bon cosmétique et antiseptique local.

Le traitement préventif passe par l'apprentissage d'une bonne position de la mère et de l'enfant et de la bonne technique de prise en bouche, sur laquelle il convient d'insister. Les conseils sont de varier les positions pour changer les zones de frottements, d'éviter ce qui provoque la macération ou au contraire la déshydratation de la peau.

Le traitement curatif comprend le traitement des causes et l'immobilisation des berges ce qui signifie modifier radicalement la position du bébé, prendre largement l'aréole, supprimer la pression du doigt (94). Le tire-lait est à proscrire car il écarterait les berges. On peut calmer la douleur par des antalgiques, par application d'un glaçon enveloppé avant la mise au sein (effet anesthésiant du froid). La tétée peut commencer du côté le moins douloureux, on peut pratiquer un massage indolore en arrière de la zone crevassée, afin d'initier le réflexe d'éjection et calmer le bébé.

Localement, il faut éviter toute surinfection, améliorer l'hydratation par un corps gras sur plaie propre, inodore, non toxique, et non allergisant (tel que le Tulle Gras®, la pommade Bépanthène® tout en sachant qu'il faut nettoyer ces produits avant la tétée), favoriser la cicatrisation (pommade vitamine A ou E), (95).

Si cela ne suffit pas, le sein atteint peut être mis au repos le temps de la cicatrisation mais en poursuivant à la même fréquence que le bébé, l'expression du lait afin d'éviter l'engorgement.

D'autres problèmes cutanés chroniques de la mère peuvent être en cause : eczéma, psoriasis.

Il est nécessaire de garder à l'esprit que des crevasses à répétition ou tardives peuvent être dues à une candidose mammaire (96). La symptomatologie est une douleur intense, d'apparition rapide, continue pendant toute la tétée qui persiste entre, à type de brûlure, d'élançements rayonnants dans le sein, avec un aspect de mamelons rose vif lisses luisants. La prise en charge simultanée de la mère et de l'enfant est nécessaire par un traitement long (2 semaines au minimum). Il consiste en l'application locale d'un antifongique sur les seins et dans la bouche du bébé. Le traitement général n'est à envisager qu'en cas d'échec en local, ou si la candidose est sévère. Tout ceci s'accompagnant de mesures d'hygiène rigoureuse : se laver les mains et celles du bébé, jeter les coussinets d'allaitement, stériliser quotidiennement tout matériel en contact avec les seins (tire-lait) ou bouche du bébé (sucette, jouet), traitement des autres localisations mycosiques (vaginale, partenaire). Et l'allaitement est naturellement poursuivi.

C. L'engorgement :

La congestion mammaire survenant dans les premiers jours après la naissance est un engorgement physiologique qui se traduit par un œdème résultant de la stase capillaire et lymphatique (97).

L'engorgement vrai est une augmentation de volume, une tension des seins, une sensation de chaleur, accompagnées de fièvre, de frissons, de douleur et d'une gêne à l'écoulement du lait. Un sein engorgé n'est pas un sein plein de lait, mais un sein dont la structure glandulaire est écrasée par un tissu interstitiel oedémateux et inflammatoire. Le mamelon est souvent aplati, rendant la tétée difficile et inefficace pour le nourrisson.

Des mesures préventives peuvent éviter la progression inévitable de l'engorgement responsable de la douleur (et de son cercle vicieux), du gonflement brutal des seins (et des vergetures), des complications infectieuses (crevasse puis mastite).

La prévention de l'engorgement passe par des tétées précoces sans restriction de fréquence, de durée surtout les premiers jours. Il faut à nouveau permettre au bébé d'avoir une bonne technique de bouche, de limiter au maximum les expériences de bouche contradictoires lors d'utilisation inadéquate de biberons de compléments, de tétine à l'origine de la perte du réflexe de succion (98). La mère doit être dans un climat de confiance, la fatigue, le stress, l'anxiété peuvent inhiber le réflexe d'éjection.

Certains cas particuliers à haut risque d'engorgement sont à surveiller : la période de la 36^{ème} heure, les 2^{ème} et 3^{ème} nuits, les femmes aux antécédents d'oedèmes prémenstruels, les facteurs mécaniques bloquant l'écoulement (soutien gorge mal adapté notamment), sevrage trop précoce et rapide.

Le traitement curatif consiste à ne pas arrêter l'allaitement mais au contraire à augmenter la fréquence des flux d'éjection. La plupart du temps, le fait d'augmenter la fréquence des tétées et le repos au lit suffisent à régler le

problème rapidement. Ensuite si cela ne suffit pas, l'évaluation clinique du degré de gravité permet d'agir à différents niveaux pour obtenir des flux.

Il faut calmer la maman et créer un climat de détente et d'écoute. La vérification de la technique de prise du sein du bébé est toujours valable.

Pour agir sur la douleur, les conseils sont des douches chaudes pour faciliter l'excrétion juste avant la tétée, des massages pour drainage lymphatique pour évacuer l'œdème, la prise de paracétamol. Reste le facteur inflammatoire sur lequel nous pouvons effectuer des cataplasmes d'Osmogel®, d'antiphlogistine, d'argile, de feuilles de choux (99). Les traitements par voie générale sont envisageables comme l'homéopathie (exemple : Belladonna ® 5 CH 2 granules par tétées), comme l'aspirine en dehors de la première semaine, comme le Nifluril® couramment prescrit en maternité (préférer juste après la tétée).

Il faut faire fonctionner les seins, c'est-à-dire obtenir des flux. L'ANAES rappelle qu'aucun traitement n'a fait la preuve de son efficacité hormis l'expression du lait pour réduire le stase. Si la tétée est inefficace, la mère doit provoquer des flux par un autre moyen de stimulation aréolaire : extraction manuelle du lait (massage aréolaire d'après M. THIRION, massage par la technique de MARMET), tire-lait, coquilles ... La mère commence par le sein le plus engorgé, mais le « petit plus » est de faire les deux cotés en même temps et en position penchée en avant. Lors d'un engorgement, il est nécessaire d'allaiter plusieurs fois la nuit car la prolactine a un pic à 2 heures du matin.

L'ANAES ne recommande ni la restriction hydrique, ni le bandage des seins, ni les diurétiques qui sont des moyens inutiles et dangereux.

Le canal lactifère bouché est à rapprocher de l'engorgement. Il s'agit du « point blanc » sur le mamelon, ou du « spaghetti » qui sort lorsque l'on presse le sein pour faire sortir le lait (90). Du lait séché bouche la sortie d'un canal lactifère, ce qui cause la stase du lait drainé par ce canal, et peut entraîner une lymphangite.

F. RAILHET préconise un gant mouillé à l'eau chaude sur le mamelon avant d'essayer de tirer le lait, cela aide souvent à faire sortir le bouchon. Mettre le bébé au sein en faisant en sorte que le haut de la tête du bébé soit tourné vers le secteur bouché peut faciliter la sortie du bouchon. Certaines femmes ont ce problème fréquemment. Il semblerait que ce soit dû à un déséquilibre dans le métabolisme des graisses. Une cure d'huile riche en acides gras polyinsaturés (huile de germe de blé, huile d'onagre, huile de poisson ...) pourrait alors résoudre le problème.

Si les premières difficultés étaient traitées à temps, l'évolution vers les mastites devrait être exceptionnelle et surtout ne pas dégénérer en infections sévères du sein.

D. La mastite :

C'est l'inflammation superficielle du réseau lymphatique dermo-épidermique de la glande consécutive à une agression traumatique ou microbienne du système lymphatique. Le terme de lymphangite en France désigne plus précisément une inflammation des vaisseaux lymphatiques qui se manifeste cliniquement par une traînée rouge se prolongeant vers l'aisselle avec une adénopathie axillaire satellite.

Le terme de mastite recouvre 2 problèmes médicaux différents (100) :

- la mastite inflammatoire banale dans 95% des cas. La réaction est purement inflammatoire secondaire à l'œdème et la stase liquidienne. La cause est un blocage mécanique (soutien gorge trop serré, doigt déprimant le sein, tire-lait mal placé), un engorgement mal traité, un stress, une fatigue excessive.
- la mastite infectieuse (rare) est le premier stade vers l'infection du sein soit par effraction cutanée, soit par dissémination de germes d'un foyer infectieux maternel à distance (les germes sont captés par le système lymphatique du sein et à ce stade, il n'y a pas d'infection du lait).

La clinique regroupe des signes généraux, d'apparition brutale, d'une fièvre élevée d'emblée, d'un syndrome grippal. Localement, les signes sont le plus souvent unilatéraux, constitués d'un placard rouge, chaud, douloureux, plus ou moins étendu, purement cutané sans infiltration profonde d'où partent des traînées rouges se prolongeant vers l'aisselle avec parfois une adénopathie axillaire satellite douloureuse. Il n'y a pas de pus dans le lait : le tissu interstitiel n'étant pas infecté, il n'y a pas de contre-indications à faire téter le bébé.

Le traitement repose sur la suppression des facteurs déclenchants ou favorisants, sur la stimulation de la lactation bilatérale, en commençant par le côté atteint, à la demande et le plus souvent possible (101).

S'y associent toujours les mesures de repos au lit, de soutien psychologique, d'action sur la douleur, la fièvre, la diminution de l'inflammation locale ou générale.

L'évolution doit se faire favorablement en 24 à 48 heures sans quoi une antibiothérapie s'impose d'une durée de 10 jours minimum à visée antistaphylococcique à large spectre, compatible avec l'allaitement. Sont

disponibles : les pénicillines M (Bristopen[®], Orbénine[®]), ou l'association acide clavulanique+ amoxicilline (Augmentin [®], Ciblor[®]), ou un macrolide si allergie (Erythrocline[®]). L'antibiothérapie d'emblée se pratique chez un terrain immunitaire fragile ou sur des signes locaux bilatéraux.

E. La galactophorite :

L'infection est désormais intracanalair. Contrairement à la mastite où le lait est stérile, elle se caractérise par un lait qui contient des germes supérieurs à 10⁶ /ml.

Les signes généraux et locaux sont plus discrets que dans la mastite. La zone est un peu plus ferme sans pouvoir individualiser un noyau précis, le sein est tendu mais il n'y a pas d'adénopathies. On retrouve classiquement le signe de Budin : à l'expression du mamelon, le pus mêlé au lait laisse une tache jaune verdâtre sur la compresse qui le recueille (102). Un prélèvement de lait pour culture et antibiogramme est utile, éventuellement un prélèvement sanguin pour hémocultures.

Le traitement consiste en un traitement antibiotique à visée antistaphylococcique adapté et prolongé (15 jours minimum) secondairement adapté à l'antibiogramme, et des AINS. Le repos au lit est indispensable.

L'arrêt de l'allaitement du coté atteint est nécessaire mais il ne s'agit pas pour autant de bloquer la lactation. L'entretien des flux peut se faire par massage aréolaire, ou par tire-lait à l'heure des tétées mais en jetant le lait jusqu'à guérison.

L'allaitement du côté sain est possible dans la mesure où l'état général de la mère le permet, où l'antibiothérapie n'est pas toxique, où des précautions d'hygiène rigoureuses sont respectées.

F. L'abcès du sein :

L'abcès correspond à la phase collectée d'une infection. C'est la complication la plus sévère (100).

Les signes généraux associent une altération de l'état général, une fièvre élevée, un épuisement et une pâleur chez la mère. Le sein est tendu, oedématié. La douleur est très vive, lancinante, insomnante. A l'examen clinique, on perçoit un noyau dur, extrêmement douloureux.

La biologie retrouverait une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, une VS ou CRP élevée. Un prélèvement de lait, en éliminant les premiers jets, permet d'identifier le germe et d'obtenir un antibiogramme.

Le traitement associe une antibiothérapie à large spectre, non toxique, pendant au moins trois semaines, et un drainage chirurgical sous anesthésie générale.

La forme subaiguë ou chronique autrement nommée abcès froid se voit du fait d'une antibiothérapie inadaptée. La fièvre est moins importante, le noyau dur est sensible et mal limité. Le traitement est chirurgical.

L'allaitement du côté sain peut être poursuivi mais aux mêmes conditions que dans une galactophorite en insistant sur la vigilance à avoir sur les mesures d'hygiène.

Si l'allaitement souhaite être repris du coté atteint, c'est après 2 à 3 semaines de disparition des signes cliniques et cicatrisation parfaite, et après avoir eu au moins 2 prélèvements bactériologiques de lait stérile à 8 jours d'intervalle. Les flux d'éjection devront être entretenus jusque-là.

IV. Reprise du travail :

Pourquoi les jeunes mères françaises choisissent-elles le plus souvent le sevrage provoqué précoce ? Sevrer, c'est arrêter l'allaitement au sein pour le passage à l'allaitement artificiel. Il est considéré comme précoce quand il a lieu avant trois mois (103).

Il est indiscutable quand la mère le souhaite clairement. Quand pour des raisons personnelles aplanies, elle préfère effectuer un changement de nourriture.

Il est dommageable quand ce sont des raisons extérieures qui ne permettent pas le libre choix de la durée de l'allaitement. Les mères se croient obligées de sevrer leur bébé à la reprise du travail.

La Déclaration d'INNOCENTI (104) sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel contient des termes comme : « Il faut supprimer les obstacles à l'allaitement maternel au niveau des services de santé, du lieu de travail et de la collectivité ». Les participants à cette réunion OMS/UNICEF signataires de cette déclaration (dont la France) ont fixé des objectifs opérationnels dont l'un exprime que les gouvernements doivent « promulguer des lois novatrices protégeant le droit des femmes qui travaillent d'allaiter leur enfant et adopter des mesures pour assurer leur application ».

Claude DIDIERJEAN-JOUVEAU (105) annonce que « le vrai secret de la réussite c'est tout simplement de savoir que c'est possible ». Il a « deux petits secrets » pour mettre toutes les chances du côté de la mère.

Il préconise d'allaiter complètement jusqu'à la reprise effective du travail sans s'inquiéter de l'acceptation par le bébé du biberon ou de la cuiller, et après la reprise du travail de continuer à allaiter à la demande dès qu'on a l'enfant avec soi, sans se préoccuper de la différence de rythme entre la maison et le mode de gardiennage.

Plusieurs auteurs ont tenté de comprendre la manière dont le travail peut être compatible avec l'allaitement. Aux États-Unis, HILLS-BONCZYCK (106) au terme d'une étude arrive à la conclusion qu'il est possible de concilier travail et allaitement même si des difficultés peuvent se présenter : relation employeur, collègues, temps à trouver pour l'expression du lait au travail, les fuites, faire accepter le biberon par le bébé, la compétition entre allaitement et emploi (107), etc.

Ce sont les mères qui exercent un contrôle sur leur environnement de travail pour lesquelles c'est le plus facile.

Une politique de congé maternité modifiée, une souplesse des horaires, un soutien sur le lieu de travail, un soutien familial rendraient le choix de travailler et d'allaiter faisable.

L'étude de FEIN et ROE (108) conclut que pour aider les mères à concilier les deux, le travail à temps partiel est une stratégie efficace.

Que dit la loi, en France ?

Le Code du travail français prévoit différentes dispositions, anciennes pour la plupart, destinées à faciliter l'allaitement par les mères qui ont repris leur emploi à l'issue du congé de maternité.

La législation accorde des pauses d'allaitement. Le temps d'allaitement pendant le travail est prévu par le Code pour tout type d'entreprise et quel que soit l'effectif : « 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 » (art. L. 224-2), « 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 intéressées et leurs employeurs. A défaut d'accord, il est placé au milieu de chaque demi-journée de travail » (art. R. 224-1). L'article L. 224-3 du Code pose le principe général selon lequel « la mère peut toujours allaiter son enfant dans l'établissement » ; le local destiné à cet effet doit être séparé de tout local de travail, avoir un point d'eau à proximité, être propre, pourvu de sièges convenant à l'allaitement, et correctement chauffé. L'article 224-4 prévoit par ailleurs que les entreprises employant plus de cent femmes peuvent être mises en demeure d'installer des «chambres d'allaitement » ; pas moins de 20 articles du Code décrivent par le menu l'aménagement et l'équipement de ces chambres d'allaitement, qui ressembleraient davantage à des crèches d'entreprise (alors que dans le simple local, « les enfants ne peuvent séjourner que pendant le temps nécessaire à l'allaitement »).

En juin 2000, l'Organisation Internationale du Travail adoptait la nouvelle convention sur la protection de la maternité (convention n° 183). Son article 10 réaffirmait le droit aux pauses d'allaitement. Ces pauses ou la réduction journalière du temps de travail doivent être comptées comme temps de travail et rémunérées en conséquence. La convention s'accompagne de recommandations qui disent entre autres que « des structures pour l'allaitement des enfants (...) sur le lieu de travail ou à proximité » devraient pouvoir être créés.

La France a voté la convention et a dit qu'elle la ratifierait. Début septembre 2002, elle ne l'avait toujours pas fait (109).

Alors le sevrage pour cause de reprise de travail est-il une nécessité ou une coutume ?

Claude DIDIERJEAN-JOUVEAU dit que continuer à allaiter en travaillant n'est ni un exploit surhumain réservé à des super femmes, ni la bizarrerie de quelques marginales.

Le jour où cela sera entré dans les moeurs, on peut espérer que l'allaitement maternel prendra enfin son essor et dépassera pour une majorité de bébés les 2-3 mois fatidiques.

ALLAITEMENT, MEDICAMENTS ET

CONTRACEPTION

MEDICAMENTS ET CONTRACEPTION

I. Prescription de médicaments :

Beaucoup de mères allaitantes s'entendent dire d'arrêter l'allaitement pour prendre un médicament. L'expérience prouve que ces arrêts « temporaires » et intempestifs de l'allaitement sont le plus souvent définitifs et donc source d'échecs de l'allaitement maternel (110).

De nombreux médicaments peuvent être administrés sans risque à une femme qui allaite.

Avant de prescrire un traitement, il convient de se poser quelques questions pour aboutir au bon choix.

A. Avant la prescription (111) :

- Le symptôme ou la pathologie nécessite-t-il vraiment un traitement ?
- Le traitement envisagé est-il pertinent ?
- A efficacité égale, existe-t-il une alternative thérapeutique ?
- Le traitement présente-t-il un risque pour l'enfant allaité ?
- Le risque potentiel pour l'enfant est-il supérieur aux avantages de l'allaitement maternel ?

B. Où chercher l'information ?

L'ANAES dans ses recommandations propose en premier lieu le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) disponible dans le dictionnaire VIDAL®. Cependant celui-ci déconseille un grand nombre de médicaments du fait du manque d'informations et non à cause d'une toxicité prouvée.

Ainsi vaut-il mieux préférer les médicaments mis sur le marché il y a plusieurs années, et se montrer prudent vis-à-vis des nouvelles molécules. Cependant le VIDAL® est très utile dans la mesure où il apporte les données pharmacologiques.

Dans un deuxième temps, l'ANAES se soumet aux conclusions du groupe de travail de l'AFSSAPS (112).

Marie THIRION cite les documents publiés par le Centre National d'Information sur le Médicament Hospitalier (113) et par le Centre antipoison de Bruxelles (114).

Les 31 centres de pharmacovigilance peuvent aider les soignants dans le choix de la meilleure alternative possible.

Les 10 centres anti-poisons sont aussi disponibles (liste dans le VIDAL®).

C. Que décider ?

Si les RCP du médicament donnent une conduite à tenir explicite type « possible », « déconseillé », ou « contre-indiqué », il n' y a qu'à suivre les indications.

Si les RCP sont moins bien formulées, la décision se prend au cas par cas avec la mère informée des risques éventuels pouvant être transmis au bébé.

Il faut alors tenir compte :

1. de l'activité pharmacologique et du profil cinétique.

Il convient de préférer le médicament :

- qui est le plus fortement lié aux protéines plasmatiques (car c'est la fraction libre qui passe dans le lait),
- qui a le taux sérique thérapeutique le plus bas,
- qui a la biodisponibilité orale la plus basse,
- qui a la demi-vie la plus courte (à préférer à la forme retard ou à libération prolongée),
- qui n'a pas de métabolites actifs,
- et qui a le moins d'effets iatrogènes.

2. du profil des effets indésirables.

3. de la possibilité de surveillance et de suivi du bébé.

4. de la compréhension de la mère.

Par ailleurs, il faut garder à l'esprit qu'il est considéré que, pour la majorité des médicaments, l'enfant allaité recevra au maximum 1% de la dose maternelle totale (115).

Le médicament sera d'autant mieux toléré par l'enfant si celui-ci est également prescrit en pédiatrie.

Il sera possible d'aménager les heures de prise de médicaments : faire téter avant la prise de médicament ; pour une prise unique avec un enfant qui fait ses nuits, choisir après la tétée du soir.

Il existe en définitive peu de médicaments contre-indiqués pendant l'allaitement maternel et bon nombre d'allaitements écourtés pourraient être évités.

II. Contraception :

Le retour de la fertilité après la naissance et le désir d'espacer les naissances est un motif de consultation (en médecine générale). Même si la méthode de contraception est le plus souvent choisie avant la sortie de la maternité, il convient aux généralistes de connaître les méthodes de contraception possibles au cours de l'allaitement, leur efficacité respective, et leur interférence avec l'allaitement (116).

A. La « Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée » (MAMA) ou « Lactation Amenorrhea Method » (LAM) (117) :

L'effet contraceptif de l'aménorrhée lactationnelle est connu. Il existe un lien entre allaitement intensif et aménorrhée accompagnée d'une réduction de la fécondité.

Il faut cependant respecter des conditions strictes pour que théoriquement le risque encouru soit inférieur à 2% d'avoir une grossesse. Pendant les 6 premiers mois, la femme qui allaite doit ne pas avoir de saignement vaginal après le 56^{ème} jour post-partum, ne pas donner de supplément régulier à son bébé, avoir des tétées de plus de 4 minutes, ne pas dépasser 4 heures entre les tétées le jour et 6 heures la nuit.

Concernant les pays en voie de développement, la MAMA peut être proposée comme option de planification familiale. Dans les pays industrialisés, l'intégration de la MAMA dans la panoplie des méthodes de régulation est intéressante pour les couples qui souhaitent une méthode « écologique » respectueuse de la physiologie féminine. Le risque de conception augmente dès que l'un des paramètres n'est plus respecté et un autre moyen de contraception est alors à envisager.

B. Les méthodes dites naturelles :

Les méthodes type Ogino-Knaus, des températures ne sont pas valables car ne conviennent qu'aux cycles menstruels et demeurent contraignantes.

C. Les moyens locaux :

Les spermicides, tel que le chlorure de benzalkonium, sont autorisés et ne traversent pas la muqueuse vaginale. Les diaphragmes ne peuvent être utilisés que 6 à 8 semaines après l'accouchement du fait des modifications périnéales.

Les préservatifs sont toujours d'actualité dans la régulation des naissances (118).

En fait ce que rappelle l'ANAES, c'est que l'efficacité des contraceptifs locaux est directement liée à leur utilisation correcte, d'où la nécessité pour les médecins de s'intéresser à ce mode de contraception et de motiver les utilisateurs à en respecter scrupuleusement le mode d'emploi.

D. Le Dispositif Intra- Utérin (DIU) :

L'allaitement maternel n'est pas une contre-indication à la pose d'un DIU. Il n'augmente pas le taux d'expulsion, le nombre d'infection de perforation, de saignement mais la pose exige une bonne involution utérine.

Il ne peut donc être installé que 4 semaines après la délivrance. Sa présence n'a aucun effet sur le déroulement de la lactation (119).

E. Les méthodes de contraception hormonale :

1. Les oestro-progestatifs :

Ils sont incompatibles avec l'allaitement maternel.

En effet, les oestrogènes inhibent la lactation, induisent des sevrages précoces et peuvent entraîner des effets cliniques sur l'enfant allaité (gynécomastie chez le garçon, prolifération de l'épithélium vaginal et développement mammaire chez la petite fille) (120).

2. Les progestatifs :

L'intérêt des progestatifs pour la contraception du post-partum est basé sur 2 constatations :

- ils seraient moins responsables de thromboses veineuses ;
- ils ne modifient pas la sécrétion lactée.

Les recommandations internationales conseillent de ne prescrire, chez la femme qui allaite, une contraception microprogestative qu'à partir de la 6^e semaine du post-partum. Les prescriptions plus précoces, proposées pour se

prémunir d'une éventuelle ovulation précoce, sont inutiles en cas d'allaitement complet.

Les microprogestatifs ne modifient pas, alors, les caractéristiques de l'allaitement : qualité et quantité du lait, durée de l'allaitement, croissance de l'enfant.

Le lévonorgestrel (Microval®) est couramment donné et il est conseillé de prendre le comprimé juste après une tétée. En France, il est généralement prescrit dès la sortie de la maternité.

Leur principal handicap est la nécessité de respecter scrupuleusement l'heure de prise, le dépassement ne devant pas excéder 4 heures, pour conserver l'effet contraceptif.

La molécule de medroxyprogestérone injectable à la dose de 150 mg IM tous les 3 mois n'inhibe pas la lactation et est sans effet sur l'enfant.

L'utilisation d'implants au levonorgestrel ou à l'étonorgestrel, efficaces pendant 3 ans, est sans conséquence sur l'allaitement. Ils doivent être posés 6 semaines après l'accouchement.

DISCUSSION

DISCUSSION

I. Analyse des compétences :

Les compétences professionnelles sont des acquis d'ordre cognitif, pratique ou comportemental que l'on peut catégoriser volontiers en « savoir », « savoir-faire » et « savoir-être », nécessaires pour tenir un poste, accomplir une activité, ou qui sont maîtrisés par un individu. Les compétences s'acquièrent par la formation et à travers l'expérience professionnelle.

C'est au travers de l'évaluation des résultats des questionnaires que nous allons juger des compétences (ce qui va consister à apprécier les qualités). Nous voudrions identifier les capacités disponibles, alerter sur les insuffisances génératrices de dysfonctionnement afin de prévenir des conduites inadaptées et aboutir à des propositions d'actions.

Le sujet qui nous intéresse ici est l'allaitement maternel et la maîtrise qu'en ont les médecins généralistes.

A. SAVOIR :

Le savoir correspond à des connaissances générales ou spécialisées nécessaires pour occuper une situation de travail ou bien maîtrisées par un individu (121).

1. Evaluation des bénéfices, inconvénients :

D'après le tableau n°6 de la page 33, les bénéfices médicaux pour le bébé sont entièrement maîtrisés. Toutefois la prévention des infections n'est que peu citée.

Les médecins ont su mettre en avant le côté physiologique normal de l'allaitement maternel ainsi que le renforcement de l'attachement mère enfant. Les citations « lait de femmes pour nos enfants, lait de vache pour les veaux » reviennent à plusieurs reprises.

Si l'aspect pratique prévaut pour certains, il n'y en a que peu qui évoquent les problèmes posés par l'allaitement artificiel. Sont énumérés l'entretien des biberons, le risque d'obésité et les problèmes septiques liés principalement à l'eau d'un côté et la charge financière de l'autre mais cela reste secondaire.

Sans compter que les avantages médicaux pour la mère ne sont pas connus.

Le tableau n°7 de la page 35 liste les inconvénients.

La disponibilité nécessaire de la mère dépasse toutes les autres propositions. Il est indiscutable qu'il n'y a que la mère qui puisse assurer cette fonction nourricière. C'est pourquoi le médecin peut suggérer des solutions d'organisation au sein de la famille, par rapport au soutien à fournir auprès de la mère. Le congé paternité peut aider à rattraper le déséquilibre entre père et mère. Par ailleurs si on établit le lien disponibilité de la mère et poursuite allaitement maternel, il va falloir réfléchir à des mesures pour le pérenniser.

Les autres soucis sont l'inconfort et les complications locales. Nous avons vu précédemment qu'il suffit de peu pour éviter les crevasses d'où découlent la plupart des complications.

Le tableau n°8 (page 38) concernant les raisons du choix de l'allaitement artificiel rappelle que la commodité est la 1^{ère} raison de cette décision.

N'y aurait-il pas eu une inversion des valeurs ? Il faut apprendre à faire les biberons et l'on sait que de nombreuses erreurs diététiques sont commises régulièrement, être asservi à des rations, des horaires, s'astreindre à des manipulations dans un contexte de relative stérilité, avoir une eau stérile, apprendre à augmenter les doses avec la croissance, apprendre à changer de lait.

C'est si peu évident qu'il existe pléthore de manuels pour gérer cela.

Dans certains relevés des réflexions des médecins, ils mettent en exergue le trop plein de technicité et de médicalisation de l'allaitement maternel, l'archi théorisation de l'instinct maternel. Mais ne serait-il pas plus simple de revenir à des évidences, d'expliquer clairement ce qu'est le lait maternel, de réapprendre les bases de cette fonction pourtant si naturelle ?

Les facteurs psychologiques viennent ensuite. Nous ne pouvons guère lutter contre l'absence de désir d'allaiter si ce n'est par une information très largement en amont pour ne pas forcer la mère puisque l'on sait que cela sera facteur prédictif d'échecs.

Il est impossible de combattre l'égoïsme maternel ou le désinvestissement vis-à-vis de l'enfant après la libération de la grossesse.

En revanche, il faut expliquer qu'il n'y a pas de risques esthétiques.

Le médecin généraliste peut intervenir sur l'anxiété, la peur de ne pas savoir faire, le discours peut être rassurant, encourageant. Il peut être un soutien en attendant que tous les acteurs de santé s'impliquent, que les exemples dans l'entourage des mères se multiplient, que le phénomène culturel du biberon s'amenuise, que les préjugés évoluent.

La reprise du travail est à l'origine du refus de l'allaitement ou de son arrêt. Le médecin peut expliquer les conditions d'aménagement du travail, la possibilité de recueillir le lait.

Nous avons désappris, oublié l'allaitement. Les connaissances théoriques sont maîtrisées mais la transmission pratique ne se fait plus.

2. Connaître les 10 conditions de l'OMS (Annexe 3) :

La déclaration universelle de 1989 conjointe OMS UNICEF est destinée à faire comprendre le rôle déterminant des services de santé, traite des interventions concrètes à mettre en œuvre pour encourager et faciliter l'adoption et la poursuite de l'allaitement maternel.

Le tableau suivant reflète les résultats.

Tableau n°20 : Connaissance des recommandations OMS UNICEF.

Connaissance recommandations OMS :	Nb	%
NON	146	91%
OUI	15	9%
<i>Total</i>	161	100%

(Sans réponse : 4)

Plus de 90 % des médecins répondus ne connaissent pas ces recommandations. Est-ce par un manque d'intérêt ou un défaut d'information ?

3. Connaître les associations de soutien :

Au niveau départemental, national existent différents organismes qui ont pour but de soutenir l'allaitement auprès des mères à la sortie des maternités.

Nous avons vu que plus de 70 % des médecins ne connaissent pas ces associations (Cf. Tableau n°15 page 46).

Les femmes qui participent à ces groupes ont des connaissances pratiques plus étendues, ont nettement plus confiance en elles et allaitent plus longtemps. Grâce à leur expérience, elles peuvent aider d'autres mères et ainsi remplacer le soutien familial qui semble faire défaut actuellement dans notre société. La plupart des femmes qui ont débuté un allaitement où se présentent des difficultés, se sentent des incapables. Ces associations ont le mérite de faire passer le message que d'autres femmes ont rencontré des problèmes semblables, ont pu les surmonter, et poursuivre.

En Haute-Vienne, INFO-ALLAITEMENT propose des soutiens par téléphone, des réunions d'échanges, des prêts de documents.

Cette association de bénévoles aménage la promotion de l'allaitement notamment par de la publicité (affiches, affichettes), des expositions, des conférences-débat, des tables rondes d'information notamment dans les centres de PMI, par l'organisation de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel.

Une liste non exhaustive d'adresses, de téléphones et d'adresses Internet est annexée (Annexe 5).

4. Les visites médicales :

Tableau n°21 : Visite médicale de délégués de l'industrie alimentaire infantile.

Contacté par des visiteurs médicaux :	Total	%
NON	59	36%
OUI	103	64%
Total	162	100%

(Sans réponse : 2)

Nous voyons que 64 % des médecins reçoivent des visites de laboratoires de substitut de lait.

Il ne faut pas nier que les représentants sont là pour vanter et faire vendre leurs produits en identifiant toutes leurs qualités.

En France, aujourd'hui, l'industrie propose une variété considérable de préparations pour nourrissons : pas moins de 60 spécialités. Les laboratoires se targueront de répondre aux normes de qualité et de composition fixées par la réglementation.

L'industrie a normalement vocation à respecter l'adage que le lait maternel est le mode d'alimentation idéal du nouveau-né et du nourrisson.

La supériorité du lait de femme étant établie, l'allaitement artificiel ne peut être considéré que comme une solution de remplacement. Cette explication doit être renouvelée. Les messages doivent encourager le choix du sein et ne pas insister sur le fait que l'allaitement maternel n'est pas indispensable.

Il ne faut pas permettre à la puissance des lobbies industriels de s'insinuer insidieusement dans les doutes des femmes par rapport à leur capacité à nourrir leur enfant, en particulier à la maternité.

Il est certain qu'une alimentation artificielle permet de subvenir aux besoins de croissance d'un enfant. Mais il faut rappeler que le lait de femme est

le lait de référence de tous les fabricants pour l'élaboration de leurs produits qui proviennent du lait de vache ayant subi des transformations plus ou moins importantes.

A partir de là, il n'est pas inconcevable d'associer les entreprises de préparations pour nourrissons aux campagnes de sensibilisation et d'information sur l'allaitement maternel. Ne voit-on pas l'industrie pharmaceutique fabricant par exemple des statines être à l'initiative de campagnes d'éducation alimentaire.

5. Formation Médicale Continue :

La question *L'allaitement maternel a-t-il été traité dans les trois dernières années au cours de votre FMC ?* a des résultats navrants.

Tableau n°22 : *L'allaitement maternel a-t-il été traité en FMC.*

Traitement de l'allaitement maternel dans les FMC :	Total	%
NON	146	89%
OUI	9	6%
<i>Total</i>	<i>154</i>	<i>100%</i>

(Sans réponse : 10)

Plusieurs hypothèses sont à confronter.

- Le sujet a effectivement été traité mais il n'a pas été lu, écouté, ou discuté par manque d'intérêt.
- Au pire il a été oublié.
- Autre cas, le sujet n'a à aucun moment été abordé.

Le renouvellement du savoir n'est pas assuré.

B. SAVOIR-FAIRE :

Le savoir-faire correspond à la maîtrise de l'utilisation des outils, à la maîtrise de la mise en œuvre de techniques ou de méthodes utiles pour la réalisation d'une activité donnée, ou bien qui sont maîtrisées par un individu (121).

Nous avons cherché à l'évaluer sur les attitudes quand il y a une suspicion de baisse de lait et sur le pourquoi et le comment arrêter l'allaitement. Le fait d'adresser les mères aux associations servira pour la maîtrise de l'utilisation d'outils. Avoir de la documentation est une méthode utile pour le support d'information.

1. Quelles attitudes adopter si baisse de lait et comment éviter les causes d'échecs de l'allaitement ?

Le défaut de sécrétion lactée recouvre deux situations physiologiques : l'agalactie organique et l'hypogalactie.

L'agalactie vraie est rare (moins de 1% des femmes). L'insuffisance antéhypophysaire centrale est primaire (adénomes), ou secondaire (syndrome de Sheehan). L'origine est le plus souvent périphérique ; la glande est rendue non fonctionnelle par des effets de traitements radiothérapeutiques anti-tumoraux ou chirurgicaux.

M. THIRION dit qu'il n'y a pas de seins qui fabriquent peu de lait, mais des allaitements mal démarrés. P. STANWAY parle du problème de « l'insuffisance de lait devenue maladie iatrogène » (122). L'impression d'hypogalactie résulte généralement d'une mauvaise technique.

Certains médecins évoquent qu'il faut agir sur le rythme, la durée, le déroulement des tétées, changer la technique mais ils sont loin d'être majoritaires.

En réponse à une stimulation insuffisante de la glande mammaire, la sécrétion lactée va diminuer. Ce mécanisme explique ainsi qu'une femme peut rapidement augmenter sa production de lait en corrigeant la position de son bébé au sein, tout en s'assurant d'une succion efficace, ou parfois tout simplement en augmentant la fréquence et/ou la durée des tétées.

L'évaluation de l'état psychologique de la mère est importante à ce stade et peu de médecins y pensent. La mère dans notre société n'a pas confiance en ses capacités, elle n'a pas de soutien familial, amical, social pour surmonter les obstacles qui peuvent se présenter. Elle est exposée à des influences variées hostiles à l'allaitement d'où l'intérêt du généraliste dans la réassurance, dans l'obtention d'un climat de confiance, de repos, de suppression du stress.

Quant aux conseils à la mère, beaucoup y pensent, mais ils ne sont pas adaptés.

La production de lait est la même quelle que soit la ration hydrique (123). Il n'y a pas lieu de prôner un gavage hydrique au-delà des besoins spontanés de la mère.

Il n'existe pas d'évaluation scientifique des plantes utilisées comme galactologue : fenouil, anis, basilic, cumin...

Le Galactogyl® a une efficacité contestable mais agit certainement comme soutien psychologique.

Le souci majeur est le poids du bébé. Les problèmes de poids font ressurgir beaucoup de sentiments de difficultés chez les mères allaitantes, notamment leur manque de confiance.

On considère que la prise de poids lente constitue la croissance normale d'un certain pourcentage de bébés (dépendant généralement de facteurs ethniques, familiaux) alors que la stagnation pondérale représente la situation anormale d'un bébé ne recevant pas un apport nutritionnel suffisant pour couvrir ses besoins.

Les raisons médicales acceptables pour donner des compléments aux nouveaux-nés sont étudiés au cas par cas et sont définis par un cadre au cours du séjour à la maternité (Annexe 6).

Au cabinet du généraliste, trois situations sont préoccupantes : un bébé qui perd toujours du poids à 10 jours de vie, celui qui n'a pas repris son poids de naissance à 3 semaines, celui dont la courbe de poids est très inférieure à la norme (-2 DS) ou qui s'abaisse, se casse brutalement.

L'examen clinique, l'évaluation de l'état de santé de l'enfant et de la pratique de l'allaitement permettront de distinguer la prise de poids lente de la stagnation pondérale (Annexe 7).

Il n'y a pas de réel problème de poids si le bébé prend +/- 500 g/mois. Si la prise de poids est de 300 à 500 g/mois, il faut revoir la technique de l'allaitement, faire un suivi étroit et régulier. Si la prise de poids est insuffisante, on conseillera à la mère les compléments parallèlement à la poursuite de l'entretien de l'allaitement.

La grande majorité des médecins préconisent l'emploi de compléments trop rapidement. Peu disent qu'il faut poursuivre. Les biberons de complément donnés

à la légère sont le point de départ d'un engrenage tout à fait contraire à la réussite d'un allaitement maternel.

Dans la période de mise en route de l'allaitement en particulier, les compléments, tétines, sucettes ou autres constituent des interférences préjudiciables à son bon déroulement.

Si l'allaitement marche bien, les compléments ne sont pas nécessaires ; s'il marche mal, les biberons peuvent aggraver le problème.

Ces compléments de lait, d'eau ou autres sont à l'origine d'une sous stimulation mammaire quantitative et qualitative et donc d'une inadéquation entre la « demande et l'offre ».

En outre, ils génèrent des troubles de la succion avec une confusion sein-tétine lorsque le biberon est utilisé. Ces effets délétères se retrouvent avec la sucette dont l'usage est déconseillé.

En règle générale les compléments sont une entrave au bon déroulement de l'allaitement et doivent être évités. En portant atteinte à la confiance de la mère dans sa capacité d'allaiter, leur emploi peut aboutir à un sevrage précoce.

Les causes médicales d'emploi de compléments sont peu fréquentes. Cependant, lorsque le don de complément paraît conditionner la poursuite de l'allaitement, il est préférable de ne le débiter qu'après une bonne installation de la lactation (3 semaines minimum). Il vaudrait mieux apporter du lait maternel au bébé à la cuillère, à la tasse, au compte gouttes, ou à l'aide d'un dispositif d'aide à la lactation (DAL). Ce système comprend un flacon contenant le lait ; il est suspendu autour du cou de la mère et deux tubes partent de son bouchon pour se fixer au dessus du sein avec une extrémité dépassant le mamelon de 5 mm. Le

DAL fonctionne selon le principe des vases communicants et permet d'encourager le bébé à téter au sein.

2. Arrêter l'allaitement, oui mais pourquoi ?

Le sevrage est l'arrêt partiel ou complet, temporaire ou définitif de l'allaitement maternel. Il est qualifié d'idéal lorsque la mère a eu la liberté matérielle et psychologique d'allaiter aussi longtemps qu'elle et son bébé l'ont souhaité.

Avant d'aider à le mettre en œuvre, le médecin est là pour identifier les raisons du sevrage afin de proposer une solution satisfaisante.

A travers les suggestions des médecins nous voudrions voir si de mauvaises raisons n'aboutissent pas à une interruption précoce de l'allaitement.

Nous avons vu que la 1^{ère} raison est l'apparition de problèmes locaux. Nous avons aussi déjà exposé les possibilités pour éviter l'engrenage.

L'apparition de problèmes médicaux chez la mère, en particulier d'une maladie intercurrente infectieuse aiguë vient derrière. Il faut bien évidemment juger la situation au cas par cas. Mais souvent la mère est contagieuse avant l'apparition des symptômes et peut avoir contaminé l'enfant. La meilleure protection pour celui-ci est la poursuite de l'allaitement, lui permettant de recevoir des anticorps maternels et d'autres facteurs de défense. Beaucoup de maladies peuvent être parfaitement contrôlées et traitées tout en poursuivant l'allaitement maternel. Nous avons aussi vu que lorsqu'un traitement est nécessaire pour la mère, le sevrage n'a pas de raison d'être imposé systématiquement puisque généralement une alternative thérapeutique existe.

Ce sont les difficultés psychologiques qu'il est nécessaire d'affronter après, que ce soit la baisse de motivation, l'anxiété, le stress, le mauvais vécu, le manque de confiance.

L'accouchement et l'arrivée du bébé représentent pour la femme une telle période de crise, de bouleversement, de remise en cause, de réajustement, qu'il est concevable qu'elle doute de ses capacités à allaiter et qu'elle s'angoisse à l'idée d'assurer à elle seule la survie de cet être neuf. Le soutien bienveillant des professionnels est requis, en aidant la mère à garder confiance, à être patiente, à persévérer. Il faut guider, savoir être présent sans s'imposer, être capable d'identifier les difficultés. C'est là qu'intervient l'importance pour la parturiente de bien être informée avant.

Cette liste de « mauvaises raisons » de sevrer doit mettre le médecin sur la piste d'un meilleur accompagnement des mères pour qu'elles puissent choisir librement le moment de sevrer.

Si le souhait est réfléchi, il requiert de se souvenir de la loi de l'offre et de la demande. Moins un bébé tète, moins il y a de lait. Le sevrage progressif est plus confortable pour les deux parties. Après un sevrage partiel ou complet, la reprise de l'allaitement est toujours possible mais requiert persévérance et encouragements.

3. Adresser les mères aux associations de soutien :

Sur les 29% de médecins qui connaissent l'existence des associations, il en reste 40% qui donnent des renseignements à leurs patientes (Cf. Tableau n°16 page 47).

On peut supposer que s'ils se sont enquis des coordonnées de ces instituts, c'est que le sujet les a intéressés et qu'ils estiment pouvoir répondre à leurs mères.

4. Avoir de la documentation :

Nous rappelons que le *tableau n°17 : Avoir de la documentation à remettre* (p.47) montre que 80% des médecins n'ont pas de documentation à remettre à leurs patientes.

Il y a un gros vide de tracts d'informations. Par inintérêt pour le thème ou manque de documents disponibles ?

Tableau n°23 : Documents à remettre selon que le sujet soit spontanément abordé ou non.

Documentations à remettre	NON		OUI		(vide)		Total
Sujet de l'allaitement non abordé	19	76%	6	24%	0	0%	25
Sujet de l'allaitement abordé	110	80%	27	19%	1	1%	138
Total	129	79%	33	20%	1	1%	163

(Sans réponse : 2)

Curieusement ce sont ceux qui n'abordent pas le sujet qui proportionnellement remettent un petit peu plus de documents à leurs patientes.

C. SAVOIR-ETRE :

Le savoir-être correspond aux différentes attitudes comportementales adéquates nécessaires à l'accomplissement d'une activité donnée, ou bien maîtrisée par un individu.

Nous voudrions le juger sur le fait d'aborder le sujet, sur les conseils donnés et savoir si les médecins sont à l'aise avec les interrogations des mères.

1. Aborder le sujet :

85 % des médecins pensent à parler du mode d'alimentation du futur enfant. Ces chiffres sont encourageants. Cependant il reste 16 % qui ne l'abordent pas du tout.

Le médecin a un ascendant sur ses patients. Si ce domaine est passé sous silence au cours des consultations successives, le travail de persuasion à la maternité sera impossible. Lorsqu'une femme vient accoucher, elle a d'autres préoccupations et l'information ne sera pas entendue. Il est trop tard pour convaincre et réussir.

Dans les pays développés, il est reconnu que les femmes de milieux socio-économiques élevés allaitent plus que les autres (126). La durée de l'allaitement est également plus importante pour les catégories socio-professionnelles élevées. Une étude de la Caisse Nationale d'Allocation Familiale en 1998 a précisé les tendances suivantes : les femmes de milieux aisés écoutent d'abord le pédiatre, puis leur mère et en troisième lieu lisent des ouvrages ; les mères de milieu populaire sont attentives à leur mère puis à la PMI ; les mères intermédiaires se réfèrent à leur généraliste.

Forts de ces données, les généralistes se doivent d'engager le dialogue. Il faut repérer le moment idéal pour engager la discussion. Les arguments du discours doivent être ciblés selon les femmes, selon les couples. Les personnels de santé doivent être des éducateurs sanitaires. Une mère préparée psychologiquement à ce qu'elle va vivre, gardera confiance. Nous pouvons devancer les appréhensions des femmes par l'éducation.

2. Quand ?

Pour le plus grand nombre des médecins interrogés, ils parlent de l'allaitement au cours de la grossesse (28%), au 3^{ème} trimestre (26%).

Seulement de nombreuses mères choisissent le mode d'alimentation de leur enfant à venir avant ou au début de leur grossesse (126).

Certaines études montrent une association positive entre allaitement et précocité du choix. La durée de l'allaitement est également favorablement associée à un choix précoce (127).

Seulement dans notre étude, il ne reste plus que 6% qui en parlent à tout moment, 2% au désir d'enfant et 11% à l'annonce.

3. Quel conseil est donné ?

Un bon point est attribué car 84 % des médecins conseillent l'allaitement maternel. Comme vu précédemment, les 11% qui ne donnent pas de conseil semblent être tout de même informatifs.

A noter que le fait d'avoir vécu hors de la métropole n'influence guère le choix du mode d'alimentation des enfants des médecins répondants.

Allaitement maternel de vos enfants	NON		OUI		Sans réponse		Total
A toujours vécu en France :	31	21%	107	73%	8	6%	146
A vécu ailleurs qu'en France :	7	39%	10	56%	1	5%	18
<i>Total</i>	<i>38</i>	<i>23%</i>	<i>117</i>	<i>71%</i>	<i>9</i>	<i>6%</i>	<i>164</i>

Tableau n°24 : Allaitement des enfants selon l'expérience de vie hors métropole.

4. Se sentir à l'aise avec les interrogations des mères :

Tableau n°25 : Se sentir à l'aise avec les interrogations des mères allaitantes.

Se sent à l'aise avec les interrogations des mères allaitantes :	Nb	%
NON	23	14%
OUI	137	86%
<i>Total</i>	<i>160</i>	<i>100%</i>

(Sans réponse : 5)

Nous nous apercevons que 14 % des médecins avouent ne pas être à l'aise avec le questionnement des femmes et 86 % sont sûrs d'eux (à tort ou à raison ?). Il est alors difficile d'avoir un discours encourageant et rassurant. Le manque d'assurance peut augmenter l'anxiété des mères et accentuer les difficultés pour allaiter.

Tableau n°26 : Se sentir à l'aise selon l'allaitement maternel de ses propres enfants.

Se sent à l'aise avec les interrogations des mères	NON		OUI		Sans réponse		Total
Si pas d'allaitement maternel de vos enfants :	8	21%	30	79%	0	0%	38
Si allaitement maternel de vos enfants :	13	11%	100	86%	4	3%	117
<i>Total</i>	<i>21</i>	<i>13%</i>	<i>130</i>	<i>84%</i>	<i>4</i>	<i>3%</i>	<i>155</i>

(Sans réponse : 10)

L'acquisition d'expériences pratiques personnelles d'allaitement modifie un peu la façon d'être à l'aise avec le questionnement des mères. Les médecins ne devraient pas avoir à expérimenter personnellement un traitement ou une maladie pour se sentir à l'aise dans leur conduite à tenir.

Tableau n°27 : Documents à remettre aux mères selon que l'on soit à l'aise ou non.

Documentation à remettre	NON		OUI		Sans réponse		Total
Ne se sent pas à l'aise avec les interrogations des mères allaitantes :	20	87%	3	13%	0	0%	23
Se sent à l'aise avec les interrogations des mères allaitantes :	107	78%	29	21%	1	1%	137
Total	127	79%	32	20%	1	1%	160

(Sans réponse : 5)

Ceux qui ne sont pas au point avec les interrogations des mères n'ont pas plus de documents à leur remettre. Ils sont conscients d'une lacune mais cela n'initie pas une action de correction.

Cette enquête et les recoupements auxquels nous avons procédé ne sont guère gratifiants pour les acteurs de santé que sont les médecins généralistes.

Les connaissances théoriques sur les bénéfices sont maîtrisées. Les préparations pour nourrissons sont considérées comme inférieures au lait maternel pendant tout à fait acceptable. Les attitudes et réponses pratiques face aux mères allaitantes (en difficulté ou non), sont très variables d'un médecin à l'autre, car non soutenues par des connaissances théoriques et

pratiques collectives appropriées. Ils ne savent pas soutenir leurs mères allaitantes qui rencontrent des difficultés.

La rigueur professionnelle attendue de ces praticiens est mise en défaut par des schémas hérités de l'environnement socioculturel et d'expériences personnelles soit de non allaitement ou d'allaitement court. Nous pouvons parler de carences.

II. Propositions :

A. Propositions des médecins :

La dernière question était une question ouverte : *Qu'y a-t-il, selon vous, à changer pour améliorer le taux d'allaitement maternel en Haute-Vienne ?*

Certains n'ont pas répondu, d'autres ont noté : « ne se prononce pas ». Enfin un certain nombre de suggestions sont ressorties des réponses. Nous avons tenté de les regrouper par thèmes.

Les résultats ont pu être mis en 4 catégories : Informations, Formations, Rubrique Maternité, Propositions, dont voici l'exposé.

1. Informations :

Les médecins suggèrent qu'il faudrait informer les mères, les familles, les pères (qui sont parfois cités à part).

L'information devrait se faire pour apprendre les bienfaits et les avantages de l'allaitement maternel, sensibiliser aux risques de l'allaitement artificiel, stopper les fausses légendes, arrêter la diffusion de l'a priori.

Ils rappellent qu'il faut insister sur le moindre coût, et ne pas tolérer la distribution d'échantillons de lait, de tétine, ou de biberon.

Certains se posaient la question du taux d'allaitement maternel, ce qui suppose sa méconnaissance.

Pour sensibiliser l'opinion, sont proposées des campagnes de publicité télévisuelle (sont citées celles faites dernièrement sur l'utilisation des antibiotiques), des campagnes dans la presse, dans les magazines, notamment sous forme de publi-informations.

Ils pensent à une diffusion grand public d'affiches. Ils proposent la fourniture de documents dès la déclaration de grossesse. Certains citent le carnet de maternité. Les associations sont peu connues.

En résumé, ceux que cela intéresse et qui sont motivés voudraient faire changer les mentalités et faire reprendre une transmission familiale.

2. Formations :

Les médecins semblent avides de formations. A la fois pour eux, pour le personnel des maternités, pour les futurs médecins.

Certains voudraient réviser la politique des médecins accoucheurs et des pédiatres. D'autres comprennent qu'il faut impliquer tout le corps médical, paramédical pour encadrer la parturiente. L'incitation devrait être plus présente, plus pressante pour quelques-uns.

Certains sont demandeurs de formations régulières mais synthétiques. Ils sont à la recherche de « petits trucs », de conseils à fournir à leurs patientes.

3. Rubrique Maternité :

Une grande part du discours des médecins est orientée vers les maternités.

Ils reprochent la rapidité des visites prénatales. Ils regrettent le raccourcissement de la durée d'hospitalisation lors de l'accouchement. Ils sont conscients que l'encadrement demande du temps et le phénomène « 35 heures » synonyme de réduction de la présence du personnel revient à plusieurs reprises.

Ils perçoivent un personnel angoissé, peu réconfortant alors que les qualificatifs de sage-femme compréhensive, douce, patiente, formée, disponible, attentive sont réclamés.

Un autre gros problème est abordé : celui de la discordance des discours techniques. En effet, il semble aux médecins que les messages, les conseils, les apports techniques sont différents au sein d'une même équipe, d'une équipe à l'autre c'est-à-dire d'un jour à l'autre, et naturellement d'une maternité à l'autre.

La motivation des mères serait mise à rude épreuve et surtout facile à effondrer dans un climat de stress post natal.

4. Propositions :

On retrouve des propositions d'ordre général voire philosophique telles que faire changer les mentalités, valoriser la mère allaitante au niveau de la collectivité, du travail, ou des loisirs.

L'évolution des mentalités passerait par une motivation dès l'école pour permettre une sorte d'imprégnation positive, par un enseignement et des explications des bénéfices de l'allaitement maternel dans les classes de Première ou Terminale. Il faudrait coupler l'information et des images tendres d'allaitement pour faire « craquer » les adolescentes.

Plus concrètement, à de nombreuses reprises est cité l'allongement du congé maternité post natal des mères allaitantes, associé à une adaptation du temps de travail, ou du lieu de travail. Le terme de prime à l'allaitement est employé. Certains voudraient permettre à la mère de vivre au foyer avec un salaire.

Dans les propositions techniques, sont proposées des rencontres systématiques avec des associations de soutien. Certains évoquent la possibilité d'avoir des sages-femmes, des puéricultrices, ou des auxiliaires de puériculture de secteur avec possibilités d'intervention à domicile. On suggère aussi l'existence de numéro vert avec du personnel formé pour répondre aux multiples interrogations des mères qui pourrait être joignable sur de larges plages horaires.

Un autre point de vue s'est fait sentir, il est qu'il fallait diminuer la technicité, démedicaliser l'allaitement maternel, que trop de savoirs nuit à l'instinct, qu'il ne fallait pas de matraquage.

Finalement tout le monde s'accorde à dire qu'il ne fallait pas culpabiliser les mères et respecter leur choix tout en leur donnant les moyens de comprendre et de faire un choix éclairé.

B. Hypothèses de travail :

Nous avons cherché lors de ce travail qui se veut un plaidoyer en faveur de l'allaitement maternel, quelles pouvaient être les voies à explorer pour améliorer certes le taux d'allaitement maternel mais dans quelles conditions et quel vécu.

Notre recherche voudrait évoluer sur des bases concrètes afin de favoriser ce fameux changement de mentalité.

Pour remettre à la mode l'allaitement au sein, il faudrait « communiquer » autour de ce thème tant au niveau du grand public, qu'au niveau du personnel de santé. La chronologie des messages devrait intervenir dès l'enfance, évoluer avec l'âge parental, pour se poursuivre auprès des anciennes générations.

1. Remettre à la mode :

Pour reprendre l'habitude de l'allaitement maternel, il faudrait délivrer des messages positifs auprès de toute la population, hommes et femmes.

L'allaitement mériterait que l'on insiste sur l'aspect naturel de la chose, sur le bon sens, l'instinct. Le côté « bio », non polluant est assez porteur dans notre société actuelle. Le moindre coût doit être souligné surtout dans les milieux défavorisés.

La fin des fausses légendes et de l'a priori passe par l'éducation, un réapprentissage des bienfaits. Le lait artificiel reste du lait de vache. Le lait humain est le lait de l'espèce pour le petit de l'homme.

Une vigilance est requise par rapport à la réhabilitation de l'image de l'allaitement maternel. En 1997, l'IPA (128) a analysé les illustrations alimentaires dans les publications « puériculture » grand public de 3 magazines de presse maternelle. Cela a révélé que l'allaitement maternel occupait 7% des parts contre 93% au biberon.

Il faut en passer par le respect des engagements de la Déclaration d'Innocenti, le respect des recommandations de l'OMS, le respect des règles du Code de la santé, du Code du travail.

Une réflexion sur l'allongement du congé maternité post natal pour les mères allaitantes afin de faciliter la mise en place et la poursuite de l'allaitement en toute sérénité est à entreprendre. Nous ne cherchons pas à renvoyer les femmes à la maison pour s'occuper des enfants, mais les 10 semaines de congé post natal sont souvent considérées comme le temps pour se remettre de la grossesse et de l'accouchement et ne laisse pas le temps d'envisager d'établir une relation exceptionnelle avec le bébé par le biais de l'allaitement.

2. Moyens de communication :

Il faudrait articuler les messages positifs sur le grand public et le personnel de santé, et atténuer la promotion faite autour du biberon.

a. Après du public :

Cela doit concerner aussi bien les hommes que les femmes.

Il faut s'étayer sur les associations de soutien et de promotion de l'allaitement maternel qui doivent sortir de la confidentialité, faire connaître leurs actions et leurs capacités.

Cela peut s'envisager en développant l'affichage à plus grande échelle, des documentations, par l'intermédiaire de site Internet, d'expositions, de conférences débat, de tables rondes d'information.

Permettre à la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel d'avoir un plus fort impact.

Dans le département du Rhône, une coordination pour la promotion de l'allaitement existe : c'est un groupe de travail constitué depuis 1997 qui rassemble des professionnels de santé, des institutions et des associations (129).

On peut tâcher d'atteindre la future maman par un document remis dès la déclaration de grossesse : le carnet de maternité est à réhabiliter. Le Livre Bleu sur « l'enfant du premier âge » édité pour le Comité National de l'Enfance et la CPAM est une bonne base. Les cours de préparation à l'accouchement pourraient englober des vidéos avec session de discussion en groupe ou individuelle.

Une partie de la population fréquente les centres de PMI. Il faut exploiter cette possibilité. Ils sont gérés par la DISSD (Direction des Interventions Sociales et de la Solidarité Départementale) c'est-à-dire le Conseil Général.

Toujours dans le Rhône, le service santé prévention du Conseil général (130) développe un bureau « Education pour la santé- Santé communautaire » qui assure une permanence téléphonique pour répondre aux questions des parents.

Pour toucher une large population, pourquoi ne pas s'inviter dans les salons des futurs parents, être le plus souvent possible dans la presse dite spécialisée ou générale. Cette même étude de l'IPA (128) s'est intéressée au traitement de l'allaitement dans les textes publiés. L'allaitement est inexistant dans 44% des

cas, il est évoqué de façon marginale dans 32%, évoqué avec des informations inadéquates dans 6%, largement évoqué avec des informations globalement satisfaisantes dans 16%.

La littérature enfantine peut s'imprégner d'images d'allaitement maternel pour que cela devienne naturel.

b. Après des personnels de santé :

Tous les acteurs de la santé ont une ascendance sur la population, sont des éducateurs sanitaires. Toutes les mailles de la chaîne doivent se sentir concerner et il ne sert à rien de reporter la faute sur les autres.

Tant au niveau de :

- Les auxiliaires de puériculture,
- Les puéricultrices,
- Les sages-femmes.

Les formations de ces personnes sont faites en écoles, les directions de celles-ci gèrent les programmes en fonction des directives ministérielles. Il faudrait que toutes aient la même démarche que ce soit en établissement privé ou public.

- Les gynécologues obstétriciens.

Une enquête réalisée dans le cadre du service de gynéco obstétrique de Limoges en 2002 auprès de gynécologues de ville rapporte que 5 sur 8 disent ne pas parler d'allaitement à leurs patientes, estimant que ce n'est pas un sujet suffisamment important dont il faut s'entretenir avec elles. Pour la moitié, ils attendent qu'elles abordent la question. Ils ne remettent aucune documentation sur l'allaitement, et seulement 2 sur 8 connaissent des associations. Deux préconisent l'allaitement maternel, 2 l'allaitement artificiel, 4 ne conseillent pas pour ne pas influencer les patientes.

Cette même enquête conclut en disant que les obstétriciens du service n'évoquent presque jamais ce sujet avec leurs patientes considérant que l'allaitement reste le domaine privilégié des sages-femmes et des pédiatres.

- Les pédiatres.

- Les pharmaciens :

Ils sont souvent les premiers interlocuteurs de patients en recherche de réponses. Les premières boîtes de poudre de lait sont souvent achetées en pharmacie. Un petit interrogatoire du pharmacien, quelques bonnes réponses s'il était formé ou un conseil d'orientation vers un médecin pourraient peut-être prolonger quelques allaitements mais la loi du commerce est omniprésente.

- Les médecins généralistes.

C'est au cours de leurs formations qu'il faudrait commencer à évoquer le sujet lors des certificats de gynécologie obstétrique, de pédiatrie pour éviter les lacunes. Pourquoi ne pas envisager un module de nutrition de l'enfant avec des documents visuels pour les étudiants qui ne peuvent faire un apprentissage de mises au sein en pratique.

Les cours de médecine générale n'approfondissent pas réellement le propos.

Ensuite il faudrait pouvoir compter sur les revues professionnelles, les Formations Médicales Continues, les Enseignements Post Universitaires.

On peut penser à des fascicules questions-réponses de conduites pratiques, des documentations sur les points faibles, des stages de formation théorique et pratique avec un animateur expert de l'allaitement, éventuellement avec des mannequins.

Le Conseil Général du Finistère édite un guide pratique de l'allaitement maternel à l'usage des personnels de santé.

Cela permettrait peut-être à tous les participants d'avoir le même discours.

c. Amoindrir la toute puissance du biberon :

Cela procède d'une atténuation de la « pression » médiatique du biberon. Elle se joue à différents niveaux.

- La presse féminine, parentale, masculine. En 2001, dans 3 revues destinées aux parents (131), le volume de publicité est compris entre 30% et 45%. Une moyenne de 11% des pages publicitaires concerne des laits de suite ou de croissance. Presque une publicité sur quatre concerne un produit commercialisé par une entreprise alimentaire infantile.
- L'industrie alimentaire infantile.
- Les pharmacies.
- Les grandes surfaces.

3. Chronologie d'intervention des messages :

Nous voudrions essayer d'énumérer les étapes où à force d'interventions les mentalités pourraient évoluer.

a. L'enfance, l'adolescence, les petits et grands frères et sœurs :

La sensibilisation peut se faire dès l'école, le collège, le lycée. On peut imaginer des interventions :

- par des personnes extérieures à l'établissement scolaire (comme cela se fait pour l'alcool),

- internes par la médecine scolaire,
- dans le cadre de l'éducation sexuelle.

b. La femme et le couple :

Les consultations aux différentes étapes de vie :

- prescription de contraception,
- certificat prénuptial,
- désir d'enfant,
- annonce de grossesse,
- consultations prénatales
- préparation à l'accouchement.

c. L'établissement de maternité :

Prévoir un accompagnement, un encadrement dès l'arrivée, dès la salle de naissance puis dans la chambre tout en respectant l'intimité. Le discours doit être concordant peut-être en limitant les interlocuteurs ou en définissant le rôle de chacun auprès des parents.

Il faut penser à englober le père, à le valoriser, lui permettre de l'inclure dans le binôme mère-enfant pour rassurer, soutenir.

d. Le post-partum :

- Le médecin généraliste peut de nouveau assumer pleinement son rôle.
- Le pédiatre.
- Est-il utopique d'imaginer un réseau d'allaitement ?

Afin de trouver des personnes référentes, compétentes par l'intermédiaire d'associations, de conseillères en lactation. Est-ce qu'en plus des consultations par téléphones, on ne peut pas envisager des conseillères spécialisées de secteur pour éviter l'isolement ?

e. La reprise du travail :

Avoir des informations sur l'aménagement du travail, connaître les principes de recueil du lait, des règles d'hygiène et de conservation du lait recueilli.

Se pose le problème du gardiennage : y a-t-il beaucoup de crèches et d'assistantes maternelles prêtes à donner du lait maternel aux enfants qu'elles gardent ?

f. Ne pas se bloquer sur un échec :

Comprendre que chaque situation est unique, chaque enfant est différent et qu'un échec ne présume en rien des capacités envers un autre enfant.

g. Ne faudrait-il pas prévoir une éducation des grands-parents ?

Généralement les actuels grands-parents font partie de la génération biberon. S'ils étaient sensibilisés aux avantages du lait maternel, pourraient-ils ne plus être le support et les colporteurs des fausses légendes et soutenir les jeunes couples dans leur démarche ?

CONCLUSION

CONCLUSION

L'allaitement maternel est un geste naturel dont toutes les femmes sont capables. Seulement en France, une femme sur deux choisit d'allaiter à la maternité et pour une période brève.

Notre culture a oublié. Notre société n'est plus apte à transmettre ce savoir et ce savoir-faire. Qu'y a-t-il à faire pour changer les mentalités ?

La décision d'allaiter appartient à chaque femme, à chaque couple. Le choix existe, la liberté d'en parler aussi car le choix doit être éclairé.

Sur qui mieux que le médecin généraliste peut-on étayer cette ré initiation de l'apprentissage des bienfaits de l'allaitement maternel ?

Le généraliste est le médecin de famille, l'omnipraticien. Nous pensions que nous étions au centre de son champ d'intervention.

Nous avons tenté de faire un état des lieux de leurs attitudes, connaissances pratiques et comportement d'aide en matière d'allaitement maternel.

L'enquête menée a montré que si la plupart des médecins savent que l'allaitement est bon pour la santé et pour le développement de l'enfant, ils se trouvent dépourvus dès qu'une difficulté de parcours apparaît et cela aboutit en

général à le remplacer par une alimentation artificielle. Ils ne semblent pas en mesure de proposer des solutions conservatrices de l'allaitement maternel.

Pour pallier cette insuffisance de connaissances, surtout de conduites pratiques, et instruire les mères, il va falloir en passer par une formation des médecins. Le besoin de formation nécessite d'en concevoir et d'en évaluer les modalités.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Information Pour l'Allaitement. - Initiation à l'allaitement en France. [en ligne]. Disponible sur : www.info-allaitement.org (page consultée le 07 avril 2003)
- (2) COordination Française pour l'Allaitement Maternel. (COFAM). Dossier 2000.
- (3) MARCHAND-LUCAS L., MARCHAND E. - Les généralistes favorisent-ils l'allaitement. - Rev. Prat. Med. Gen., 14, 510, p. 1692-1701.
- (4) MARCHAND-LUCAS L., MARCHAND E. - Le généraliste face aux déterminants de la conduite de l'allaitement. Thèse de doctorat en médecine. - Paris VI : Université de Saint-Antoine, Paris, 1998.
- (5) VILLEFAYAUD F. - Questionnaire adressé aux 10 gynécologues de ville. - Mémoire de spécialisation d'un cadre sage-femme en chef du service de Gynéco-Obstétrique du CHRU de Limoges, Limoges, juin 2002.
- (6) ROUVIERE H., DELMAS A. - Anatomie Humaine descriptive, topographique et fonctionnelle. - Le tronc. - Tome II. 1978, p.332
- (7) HOUDEBINE L.M. - La physiologie de la lactation humaine. La lactation et ses troubles. - La Revue du Praticien, 1986, 36,27, p.1496
- (8) LAWRENCE R. - Breastfeeding : a guide for the medical profession. - Mosby, 1994, p.38-39
- (9) RIORDAN J., AUERBACH K. - Breastfeeding and human lactation. - Jones et Bartlett, 1993, p.92
- (10) LAWRENCE R. - Breastfeeding : a guide for the medical profession. - Mosby, 1994, p. 46
- (11) WOOLRIDGE MW. - The anatomy of infant sucking. - Midwifery , 1986, n°2, p.164-171

- (12) VARENDI H., PORTER RH, WINBERG J. - Does the newborn baby find the nipple by smell? - *The Lancet*, 1994, 344, 989-990
- (13) LAWRENCE R. - *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. - Mosby, 1994, p. 45
- (14) MARCHAND-LUCAS L., MARCHAND E. - *Le généraliste face aux déterminants de la conduite de l'allaitement*. Thèse de doctorat en médecine. - Paris VI : Université de Saint-Antoine, Paris, 1998, p.391-392
- (15) ROTTEN D., GAUTRAY. - *Physiologie et physiopathologie du sein au cours de la grossesse et du post-partum*. - *Encycl. Méd. Chir. Paris*, 5008-A30-6-1978, 6p.
- (16) THIRION M. - *L'allaitement. De la naissance au sevrage*. - Nouvelle édition ; - Paris : Albin Michel, 1999.-1., p.54
- (17) HARTMANN P. - *Régulation de la synthèse du lait chez les femmes*. - 4^{ème} journée de l'allaitement, Paris. In : *Les dossiers de l'allaitement*. (Hors série) Unesco, 2000, 12-8
- (18) LAWRENCE R. - *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. - Mosby, 1994, p.62
- (19) LAWRENCE R. - *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. - Mosby, 1994, p.56
- (20) MARCHAND-LUCAS L., MARCHAND E. - *Le généraliste face aux déterminants de la conduite de l'allaitement*. Thèse de doctorat en médecine. - Paris VI : Université de Saint-Antoine, Paris, 1998, p.398
- (21) ARCHAVSKY I.A. - *Immediate breastfeeding of newborn infant in the prophylaxis of the so-called physiological loss of weight*- *Vopr.Pediat.*,1953, 20, 45
- (22) THIRION M. - *L'allaitement. De la naissance au sevrage*. - Nouvelle édition ; - Paris : Albin Michel, 1999.-1., p. 40-42
- (23) THIRION M. - *L'allaitement. De la naissance au sevrage*. - Nouvelle édition ; - Paris : Albin Michel, 1999.-1., p.64

- (24) DEWEY KG et al. - Maternal weight-loss patterns during prolong lactation. - Am J Clin Nutr, 1993, 58, 162, 6
- (25) LAWRENCE R.A., LAWRENCE R.M. - Breastfeeding : a guide for the medical profession - 5th ed. - Saint Louis (Missouri): Mosby, 1999.- p.966
- (26) GREIL F. - Les conséquences de l'allaitement au sein sur l'interaction mère-enfant et la santé maternelle: évaluation des données de la littérature. Thèse de doctorat en médecine. Lyon : Université de Lyon 1, 1999.
- (27) SOWERS M.F., CORTON G, SHAPIRO B. et al. - Changes in bone density with lactation. - J. Am. Med. Assoc. 1993, 269, 3030, 5
- (28) KALKWARF H.J., SPECKER B.L., HO M. - Effect of calcium supplementation on calcium homeostasis and bone turnover in lactating women. - J. Clin. Endocrinol. Metab., 1999, 84, 2, 464, 70
- (29) HENDERSON P.H. et al. - Bone mineral density in grand multiparous women with extended lactation. - Am. J. Obstet. Gynecol., 2000, 182, 6, 1371, 77
- (30) TOURAINÉ P., CLEMENT-LACROIX P. et al. - Hyperprolactinémie et pathologie osseuse : vers une compréhension du rôle de la prolactine dans le métabolisme de l'os. - La Lettre du Gynécologue, 1999, 242, 41, 6
- (31) LABBOCK M. - Health sequebe of breast-feeding for the mother. - Clin. Perinatol., 1999, 26, 2, p. 491-503
- (32) DIDIERJEAN-JOUVEAU C. - Pères de bébés allaités. -[en ligne]. In : Allaiter aujourd'hui n°48. Site disponible sur : http://www.illfrance.org/publications/toutpublic/allaiter_auj/archives_DA/archivesAA_48.htm (Page consultée le 26.10.02)
- (33) CYRULNIK B. - Sous le signe du lieu. - Paris : Hachette, 1989.
- (34) LVOFF N.M. et al. - Effect of the Baby-Friendly Initiative on infant abandonment in a russian hospital. - Arch. Ped. Adolesc. Med., 2000, 154, 5, 474, 77

- (35) FERGUSSON D.M., WOODWARD L.J. - Breastfeeding and later psychosocial adjustment. - *Paediatr. Perinat. Epidemiol.*, 1999, 13, 2, 144, 57
- (36) BATTU-MERLE I., JAN-MOUCHARD A. - Allaitement maternel et médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. - Grenoble: Université de Grenoble, 2000, n°5039, p. 106
- (37) BITOUN P. - Valeur économique de l'allaitement maternel. - *Les dossiers de l'Obstétrique*, 1994, 216, 10, 3
- (38) BALL T.M., WRIGHT A.L. - Health care cost of formula-feeding in the first year of life. - *Pediatrics*, 1999, 103, 4, 870, 6
- (39) SALLE B.L. - Le lait de femme. - In : RICOUR C., GHISOLFI J., PUTET G., GOULET O. *Traité de nutrition pédiatrique*. Paris : Maloine, 1993, p.373-400
- (40) GOLDMAN A.S. - Modulation of gastrointestinal tract of infants by human milk. Interfaces and interactions : an evolutionary perspective.- *J. Nutr.* , 2000 ; 130, 426S-431S
- (41) AKRE J. - L'alimentation infantile. Bases physiologiques.- *Bulletin de l'OMS.*- 1989,67 (suppl.), 112
- (42) GALINO C. - Allaitement maternel et santé de l'enfant. Thèse de doctorat en médecine. - Lyon : Université de Lyon, 1998, 119
- (43) EMERY R.M. et al. - Variability of human milk neutral oligosaccharides in a diverse population.- *J. Ped. Gastro. Nutr.* 2000, 30, 181, 92
- (44) BUTS J.P. - Les facteurs trophiques du lait.- *Arch. Pédiatr.* 1998, 5, p.298-306
- (45) WRIGHT AL. et al. - Increasing breastfeeding rates to reduce infant illness at the community level.- *Pediatrics*, 1998,101,837, 84
- (46) KRAMER MS. et al. - Promotion of the breastfeeding intervention trial. A randomized trial in the Republic of Belarus. - *JAMA*, 2001, 285, p.413-420
- (47) CUNNINGHAM AS., JELIFFE DB. et al. - Breastfeeding and health in the 1980's: a global epidemiologic review. - *J Pediatrics*, 1991,118,659,66

- (48) ORGANISATION MONDIALE de la SANTE - The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review. - Geneva, OMS, 2002
- (49) AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. - Breastfeeding and the use of human milk. - Pediatrics, 1997, 100, 1035-1039
- (50) DUFFY LC. et al. - Exclusive breastfeeding protects against bacterial colonization and day care exposure to otitis media. - Pediatrics, 1997, 100, e7
- (51) SILVERDAL SA. et al. - Protective effect of breastfeeding on invasive Haemophilus influenzae infection. - Int J Epidemiol, 1998, 147, 863, 70
- (52) OULIS CJ. et al. - Feeding practices of Greek children with and without nursing caries. - Pediatr. Dent. 1999, 21, 7, 409, 16
- (53) ANDERSON J.W. et al. - Breastfeeding and cognitive development : a meta-analysis.- Am J Clin Nutr 1999, 70, 4, 525, 35
- (54) COURDENT M., JEANNEROT. - Le casse tête de l'allergie. - [en ligne]. In : Allaiter aujourd'hui n°49. Site disponible sur : http://www.illfrance.org/publications/toutpublic/allaiter_auj/archives_DA/archivesAA_49.htm (Page consultée le 02.04.2003)
- (55) HEACOCK HJ. et al. - Influence of breast versus formula milk on physiological gastrooesophageal reflux in healthy newborn infants. - J Pediatr Gastroenterol Nutr, 1992, 14, 41-46
- (56) INSERM. - Obésité, dépistage et prévention. - Inserm ed., Paris, 2000, p. 203- 210
- (57) FRELUT M.L. - L'obésité de l'enfant et l'adolescent. - E.M.C., Pédiatrie, 4-059-D-10, Endocrinologie-Nutrition, 10-506-J-10, 2001
- (58) MESSER J. - Allaitement maternel et mort subite du nourrisson.- Dossier de presse du SMAM, 2002
- (59) COUPER J.J. et al. - Lack of association between duration of breastfeeding or introduction of cow's milk and development of islet auto immunity. - Diabetes, 1999, 48, 11, 2145, 9

- (60) AGENCE NATIONALE d' ACCREDITATION et d' EVALUATION en SANTE- Allaitement maternel.- Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. - 1^{ère} éd.- mai 2002.- p. 33
- (61) KRAMER MS., KAKUMA R. - Optimal duration of exclusive breastfeeding. (Cochrane Review) - In: The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software, 2002
- (62) AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. - A woman's guide to breastfeeding. - Elk Grove Village, AAP, 2000
- (63) DIONNE S., JEFFE S., GUAY L. et al. - L'allaitement maternel au Québec : lignes directrices. - Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2001
- (64) BEAUFRERE B., BRESSON JL., BRIEND A. et al. - La promotion de l'allaitement maternel : c'est aussi l'affaire des pédiatres. - Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie. Arch. Pédiatr., 2000, 7, 1149, 53
- (65) THIRION M. - L'allaitement. De la naissance au sevrage.- Nouvelle édition. - Paris : Albin Michel, 1999.-1., p.108
- (66) THIRION M. - Document de formation « Co Naître ». - CHU Grenoble, 3 au 5 avril 2000.
- (67) SCHELSTRAETE C. - Les crevasses -Les engorgements. - Programme de formation VELB (Association européenne des consultants en lactation), 1997-1998.
- (68) MOHRBACHER N., STOCK J. - Traité de l'allaitement maternel. - Ed. Révisée. - Saint-Hubert (Québec) : La Leche League, 1999. - 66Op.
- (69) THIRION M. - L'allaitement. De la naissance au sevrage.- Nouvelle édition. - Paris : Albin Michel, 1999.-1., p.158
- (70) BATTU-MERLE I., JAN-MOUCHARD A. - Allaitement maternel et médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. - Grenoble: Université de Grenoble, 2000, n°5039, p.117

- (71) GARTNER LM., LEE KS. - Jaundice in the breastfed infant. - Clinics in Perinatol., 1999, 26, 2, 431-445
- (72) CABON C. - Allaitement maternel. Connaissances et conduite pratique: enquête auprès de 30 médecins généralistes du Nord Finistère. Médecine. - Brest : Université de Bretagne occidentale, 2000. - p.88
- (73) OMS. - Assessment of the health risk of dioxins : re-evaluation of the Tolerable Daily Intake (TDI) , mai 1998
- (74) Etudes sur les dioxines et les furanes dans le lait maternel en France [en ligne]. In VS, février 2000. Site disponible sur <http://212.234.146.165/publications/dioxines/index.html>
- (75) A.F.S.S.A. - Dioxines : données de contamination et d'exposition de la population française, juin 2000. [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.afssa.fr/ftp/basedoc/Dioxines2bis.pdf>
- (76) LAWRENCE RA. - A review of the medical benefits and contraindications to breastfeeding in the United States. - Maternal and child health technical information bulletin, 1997, 1-27
- (77) CHRISTENSSON K. et al. - Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. - Acta paediatr. , 1995, 84, 468
- (78) WIDSTRÖM A.M. et al. - Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. - Early human development, 1990, 1, 153-163
- (79) NYLANDER G. - Gestion de l'allaitement pour un démarrage réussi. - Livre des 2èmes journées nationales de la Société française de Médecine Périnatale. Ed. Arnette. 1998
- (80) NEWMAN J. - L'initiative Hôpitaux Ami des Bébé.- 4^{ème} Journée Internationale de l'Allaitement. Dossiers de l'Allaitement. Hors série / mars 2000.
- (81) AGENCE NATIONALE d' ACCREDITATION et d' EVALUATION en SANTE

- Allaitement maternel.- Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant.- Recommandations. - 1^{ère} éd.- mai 2002.- 177p.

(82) RAILLET F. - Les crevasses : causes, prévention, traitement. - Dossiers de l'allaitement.LLL, 1997, 33, 14-18.

(83) MARMET C., SHELL E. - Basic breastfeeding techniques : latch-on, positioning, hand-expression. - Séminaire annuel des médecins à Chicago, juillet 1987

(84) AGENCE NATIONALE d' ACCREDITATION et d' EVALUATION en SANTE- Allaitement maternel.- Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant.- Recommandations. - 1^{ère} éd.- mai 2002.- 177p.

(85) MOHRBAHER N., STOCK J. - Traité de l'allaitement maternel. - Ed révisée. Saint-Hubert (Québec) LLL, 1999, 660p.

(86) BATTU-MERLE I., JAN-MOUCHARD A. - Allaitement maternel et médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. - Grenoble: Université de Grenoble, 2000, 5039.

(87) WONG C. - Allaitement maternel. La meilleure façon de téter. - Le Généraliste FMC, 1998, 1847, 6-12

(88) ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES.- Pour un allaitement réussi. Physiologie de la lactation et soutien aux mères. - Paris : Masson, 1998 ; 99p. - (Obstétrique Pratique)

(89) THIRION M. - L'allaitement. De la naissance au sevrage. - Nouvelle édition. -Paris : Albin Michel, 1999. -1., p.145-148

(90) RAILHET F. - Les petits tracas de l'allaitement. - [en ligne]. In : Allaiter aujourd'hui n°17. Site disponible sur : http://www.lllfrance.org/publications/toutpublic/allaiter_auj/archives_DA/archivesAA_17.htm

(91) CENTUORI S., BURMAZ T. et al. - Nipple care, sore nipples and breastfeeding : a randomized trial. - J. Hum. Lact. , 1999, 15, 2, 125, p.30

- (92) SCHELSTRAETE C. - Les crevasses. Les engorgements. - Programme de formation VELB (Association Européenne des Consultants en Lactation), 1997-1998.
- (93) THIRION M. - L'allaitement. De la naissance au sevrage.- Nouvelle édition. - Paris : Albin Michel, 1999.-1., p.178-180
- (94) PUGNIET A. - Tentative de définitions des facteurs influençant la réussite de l'allaitement maternel. Médecine ; - Grenoble : Université de Grenoble, 1999,5047.
- (95) THIRION M. - Documents de la formation « Co Naître ». - CHU Grenoble ; 3,4 et 5 avril 2000.
- (96) RAILHET F. - Le point sur la candidose mammaire. - Dossiers de l'allaitement, 1999, 38, 12-16
- (97) AGENCE NATIONALE d' ACCREDITATION et d' EVALUATION en SANTE- Allaitement maternel.- Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant.- 1^{ère} éd.- mai 2002.- 177p.
- (98) BATTU-MERLE I., JAN-MOUCHARD A. - Allaitement maternel et médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. - Grenoble: Université de Grenoble, 2000, n°5039.
- (99) ROBERTS K.L. - A comparison of chilled cabbage leaves and chilled gelpaks in reducing breast engorgement. - J. Hum. Lact. , 1995, 11,1, 17-20
- (100) WONG C. - Allaitement maternel. La meilleure façon de téter. - Le Généraliste FMC, 1998, 1847, 13,4
- (101) MARCHAND-LUCAS L., MARCHAND E. - Le généraliste face aux déterminants de la conduite de l'allaitement. Thèse de doctorat en médecine. - Paris VI : Université de Saint Antoine, 1998. - n°2014
- (102) KOTTLER M.L., GORINS A. - Incidents et accidents de la lactation. - La Revue du Praticien, 1986, 36, 27, 1538, 45

- (103) THIRION M. - L'allaitement. De la naissance au sevrage.- Nouvelle édition.
-Paris : Albin Michel, 1999.-1., 217 p.
- (104) OMS/UNICEF. Congrès international (Spedale Degli Innocenti ; Florence ;
Italie ; du 30.07 au 1^{er} .08. 1990).- DECLARATION D'INNOCENTI sur
« l'allaitement maternel dans les années 90 : une initiative mondiale ».
- (105) DIDIERJEAN-JOUVEAU C. -Travail et allaitement.- [en ligne]. In :
Allaiter aujourd'hui n°22. Site disponible sur :
http://www.lilfrance.org/publications/toutpublic/allaiter_auj/archives_DA/archivesAA_22.htm (Page consultée le 12.03 2003)
- (106) HILLS -BONCZYCK SG, et al. -Women's experiences with combining
breast-feeding and employment. - J. Nurse Midwifery, 1993, 38,5,257,p.66
- (107) ROE B. et al. - Is there competition between breastfeeding and maternal
employment?- Demography 1999,36,2,157,p.11
- (108) FEIN B, ROE B. -The effect of work status on initiation and duration of
breast-feeding. - Am. J. Public Health 1998,88,7,1042,p.6
- (109) DIDIERJEAN-JOUVEAU C. S. - Allaitement et travail. -[en ligne]. In :
Allaiter aujourd'hui n°53. Site disponible sur :
http://www.lilfrance.org/publications/toutpublic/allaiter_auj/archives_DA/archivesAA_53.htm (Page consultée le 26.10.02)
- (110) NEWMAN J. -Comment choisir un traitement pour une femme allaitante ?-
Dossiers de l'allaitement, 1998, 37, p.18-20
- (111) AGENCE NATIONALE d' ACCREDITATION et d' EVALUATION en
SANTE- Allaitement maternel.- Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers
mois de vie de l'enfant.- Recommandations n° XI.- 1^{ère} éd.- mai 2002.- 177p.
- (112) AFSSAPS - Conclusions du groupe de travail « reproduction, grossesse et
allaitement ». [en ligne]. Site disponible sur : www.afssaps.sante.fr. 2003

- (113) CENTRE NATIONAL HOSPITALIER d'INFORMATIONS sur le MEDICAMENT. -Médicaments et allaitement.- Dossier du CNHIM, 1996, 17, p.5-6
- (114) de SCHUILTENEER B., de CONINCK B. -Médicaments et allaitement.- Guide de prescription des médicaments en période d'allaitement. 2^{ème} éd.- Paris : Arnette Blackwell, 1996. - 655p.
- (115) HALE T. -Medications and mother's milk. - Pharmasoft Medical Publishing, 1999.
- (116) KENNEDY KI. -Post-partum contraception.- Bailliere's Clin. Obst. et Gynaecol., 1996, 10,1,p.25-41
- (117) HIGHT-LAUKARAN V, LABBOCK MH et al. -Multicenter study of the Lactational AmenorrheaMethod (LAM): II. -Acceptability, utility, and policy implications. -Contraception, 1997,55,6,337,p.46
- (118) LAWRENCE RA. -Breastfeeding: a guide for the medical profession. -5^{ème} édition.- The CV.Mosby Company, 1999
- (119) VANDERSTICHELE .S, ROUMILHAC M, LE TALLEC A, CODACCIONI X. - La contraception du post-partum. -Lettre Gynécol. 2000, 253, p. 49-52
- (120) BATTU-MERLE I., JAN-MOUCHARD A.- Allaitement et médecine générale. Thèse de doctorat de médecine. - Grenoble: Université de Grenoble, 2000. 5039.- 236p
- (121) BATAL C. - La gestion des ressources humaines dans le secteur public. - Editions d'organisation, Tome 2.
- (122) STANWAY P. - Le manque de lait, le rôle des professionnels de santé dans la réussite de l'allaitement maternel. - Médecine et Enfance, 1987, 7, 5, p. 219-221.
- (123) DUSDIEKER L.B. et al. - Prolonged maternal fluid supplementation in breastfeeding. - Pediatrics, 1990, 86, 5, 737, 40.

- (124) LA LECHE LEAGUE - Auto-test pour les services envisageant de devenir Hôpitaux Amis de Bébés.- Nov. 1997
- (125) RAILHET F. - Stagnation staturo-pondérale et prise de poids lente. - Dossier de l'allaitement, 1995, 22, p.8-18.
- (126) IPA - Quelques explications sociologiques. - [en ligne]. Site disponible sur : www.info-allaitement.org. 07.04.2003
- (127) LANA C. - Les femmes et l'allaitement maternel. - Mémoire pour l'obtention du diplôme de sage-femme. Mars 2000.
- (128) ROQUES N. - L'allaitement maternel dans les revues françaises consacrées à la petite enfance en 1997. - Information Pour l'Allaitement, résumé paru dans les Dossiers de l'allaitement, LLL, 1998, n°38.
- (129) ADES du Rhône, 71, quai Jules Courmont, 69002 LYON. Tél : 04.72.41.66.01 - www.adestr.asso.fr
- (130) Service Santé Prévention du Conseil Général du Rhône, 149, rue Pierre Corneille, 69003 LYON. Tél : 04.72.61.78.40.
- (131) ROQUES N. - Informations commerciales et alimentation infantile. - IPA, 2001.

ANNEXES

ANNEXE 1

Questionnaire

Vos Coordonnées (facultatives) :

- Quelques renseignements d'ordre généraux vous concernant:

-Sexe : F ou M

-Age : 20-30 ans
 31-40 ans
 41-50 ans
 51-60 ans
 61-70 ans .

-Université d'étude :

-Avez-vous vécu ailleurs qu'en France métropolitaine : OUI ou NON
Si oui Où ?

-Votre situation familiale : avez-vous eu un ou des enfants ?

OUI ou NON

si oui ont-ils été allaités aux seins ?

OUI ou NON

et combien de temps chacun ?

-Activité principalement en zone : Urbaine
 Semi urbaine
 Rurale.

-Clientèle que vous qualifieriez de : Aisée
 Classe moyenne
 Défavorisée

- Abordez-vous, vous-même, le sujet de l'allaitement ? OUI ou NON

Si non, attendez-vous que les femmes abordent le sujet pour en parler ?

OUI ou NON

Si oui, quel moment vous semble le plus approprié ?

Si vous n'abordez pas le sujet, pourquoi ?

- pas du ressort du médecin généraliste,
- pas de suivi de grossesse,
- pas d'interrogation des femmes ou des futurs pères,
- autres :

- Que conseillez-vous ? maternel
 artificiel
 mixte d'emblée
 pas de conseil

- A votre avis, pour quelles raisons est fait le choix d'un allaitement artificiel ?

ANNEXE 2

Dans le cadre d'un travail que j'effectue en vue de réaliser ma thèse de doctorat en Médecine, je me permets de vous adresser un questionnaire afin de faire une enquête auprès des médecins généralistes de la Haute-Vienne.

Mon sujet est basé sur l'allaitement. Je souhaite faire un état des lieux du comportement des médecins généralistes en matière d'allaitement maternel.

J'ai tâché d'élaborer un questionnaire composé de questions fermées et semi ouvertes, qui seront recoupées pour évaluer les savoirs, savoir-faire et savoir-être des médecins. Je l'espère le plus clair et le plus concis possible.

J'ai volontairement éludé certains aspects afin de limiter le temps qu'il vous prendra pour y répondre.

Il n'est pas nominatif mais mettre un simple coup de tampon peut éviter une éventuelle relance.

Je vous remercie d'y prêter attention et d'y donner suite.

Je vous prie de croire en l'expression de mes sincères remerciements.

ANNEXE 3

Dix recommandations OMS UNICEF

Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

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

ANNEXE 4

Résumé du Code de la Santé Publique en dix règles importantes

- 1- Interdiction de la promotion au grand public.
- 2- Interdiction de donner des échantillons gratuits.
- 3- Interdiction de toute promotion de produits dans le système de soins de santé.
- 4- Interdiction d'utiliser du personnel payé par les fabricants pour donner des conseils aux mamans.
- 5- Pas de cadeaux personnels ou d'échantillons gratuits aux agents de santé.
- 6- Pas d'image de nourrisson ni d'autre représentation graphique de nature à idéaliser l'utilisation des préparations pour nourrissons sur l'étiquette des produits.
- 7- Les informations fournies par les fabricants et les distributeurs aux professionnels de la santé doivent être scientifique et se borner aux faits.
- 8- chaque emballage ou étiquette doit clairement mentionner la supériorité de l'allaitement au sein et comporter une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.
- 9- Pas de promotion du lait condensé sucré, ou autres produits inappropriés comme aliments aux nourrissons.
- 10- Fabricants et distributeurs doivent suivre les dispositions du Code, même si les pays n'ont pas adopté de mesures législatives adéquates.

ANNEXE 5

Quelques adresses de structures de soutien aux mères qui peuvent être utiles.

Au niveau local :

INFO-ALLAITEMENT

La Valette

87520 CIEUX

tél : 05.55.03.31.50

ALLAITER CALIN

2, rue Navier

19100 BRIVE

tél : 05.55.86.18.39

Au niveau national :

Association SOLIDARILAIT

26, bd BRUNE

75014 PARIS

tél : 01.40.44.70.70

contact@solidarilait.com

www.solidarilait.com

La Leche League France

BP 18, 78260 L'ETANG LA VILLE

tél : 01.39.58.45.84

www.lllfrance.org

Quelques adresses d'organisme de formation, d'information pour les professionnels de santé.

Association Des Lactariums de France

Celui intervenant dans notre région :

Lactarium Dr R. Fourcade, Croix Rouge Française

Av. des Martyrs de la Résistance, 47200 MARMANDE

Tél : 05.53.64.26.22

Assoc. Française des consultantes en lactation

38, av. B. Buyer

69005 LYON

tél : 04.78.25.62.22

SBALMER@france.com

COordination Française pour l'Allaitement Maternel (COFAM)

52, rue de Sully

69006 LYON

tél : 04.78.93.02.08

www.coordination-allaitement.org

Information Pour l'Allaitement (IPA)

12, rue de Saxe

69006 LYON

www.info-allaitement.org

Médialactée

7 place du Mal Foch

80480 DURY

www.medialactee.com

Société Européenne pour le Soutien à l'Allaitement Maternel (SESAM)

6, rue Jarente

75004 PARIS

www.allaite.com

ANNEXE 6

Raisons médicales pour donner un complément (124)

Les nouveaux-nés malades ou prématurés seront généralement admis en unité de néonatalogie et leur alimentation sera décidée au cas par cas. Le lait maternel est recommandé dans toute la mesure du possible, mais les compléments seront nécessaires chez :

- Les prématurés de très petit poids de naissance (moins e «32 semaines d'aménorrhée)
- Les nouveaux-nés souffrant de troubles graves lorsque le lait maternel ne suffit pas à couvrir leurs besoins.

Les nouveaux-nés en assez bonne santé pour pouvoir rester avec leur mère en maternité auront très rarement besoin de compléments. Ces derniers ne seront indiqués que chez :

- Les bébés dont la mère est gravement malade et qui ne peuvent être mis au sein (psychose, éclampsie),
- Ceux présentant des anomalies congénitales du métabolisme, pour qui une alimentation spécifique est indispensable,
- Ceux souffrant de déshydratation aiguë, lorsque le lait maternel ne suffit pas à fournir une hydratation suffisante,
- Ceux souffrant d'hypoglycémie (après vérification de leur glycémie), lorsque le lait maternel ne suffit pas à maintenir une glycémie appropriée,
- Ceux dont la mère suit un traitement médicamenteux contre-indiquant l'allaitement (anticancéreux, isotopes radioactifs).

Le don de compléments devra être accompagné de mesures destinées à stimuler la sécrétion lactée maternelle, en vue du moment où la mère pourra mettre son bébé au sein.

ANNEXE 7

DONNEES DE L'EXAMEN ET DU COMPORTEMENT DU BEBE ALLAITE (125)

Prise de poids lente

Stagnation staturo-pondérale

Aspect	
Bébé en bonne santé, bien éveillé. Bel aspect cutané, peau ferme, aspect bien « rebondi » même si le bébé est mince. Bon tonus sans excès.	Bébé apathique, ou pleurs geignards. Dort « 24h/24 », ou ne dort jamais. Bébé maigre voire d'aspect « vieux ». Bébé hypo ou hypertonique.

Urines et selles	
Mouille au moins 3 à 4 couches par jour (couches bien mouillées : 60 à 70 ml). Urines pâles, diluées. Selles fréquentes liquides, ou peu fréquentes mais abondantes (débordent) et toujours molles.	Peu de couches mouillées (moins de 2 ou 3 changes complets par jour). Urines concentrées, voire simples tâches à l'avant de la couche. Selles rares, peu abondantes, sèches. Parfois, simples tâches à l'arrière de la couche.

Déroulement de l'allaitement	
Tétées fréquentes. Durée de la tétée au moins égale à 15-20 min (jusqu'à 45-60 min le 1 ^{er} mois). La mère entend de nombreux bruits de déglutition. L'allaitement se passe bien dans l'ensemble.	Tétées rares, ou au contraire, bébé au sein en permanence. Tétées courtes, ou au contraire, interminables (le bébé dort au sein) Peu de bruits de déglutition. L'allaitement peut être émaillé d'incidents : engorgement lymphan- -gites récidivantes, mamelons chroniquement douloureux...

Poids	
Courbe de poids inférieure à la normale, mais régulière. La croissance est harmonieuse.	Courbe de poids cassée, irrégulière. Courbe très inférieure à la normale. Autres paramètres de croissance anormaux.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

L'ALLAITEMENT MATERNEL DANS L'EXERCICE DE LA MEDECINE GENERALE

ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE LA HAUTE-VIENNE

RESUME :

Le taux d'allaitement maternel en France arrive péniblement à 52%. Pourquoi, alors que l'on sait tous les bénéfices pour la mère et l'enfant.

Notre société a oublié. La transmission familiale ne se fait plus. Le choix d'allaiter existe, la liberté d'en parler aussi, pour que les futurs parents en connaissent les bienfaits. Le réapprentissage passe par l'information, l'éducation, le soutien des familles.

Le médecin généraliste assure-t-il la promotion de l'allaitement maternel, est-il capable de le soutenir ?

Par une enquête descriptive avec un questionnaire adressé aux généralistes de la Haute-Vienne, nous avons évalué les savoirs, savoir-être, et savoir-faire de ceux-ci. Elle a mis en évidence des connaissances théoriques mais de grandes lacunes dans les aptitudes pratiques et les capacités d'aide aux mères allaitantes.

Le généraliste peut être un pilier de la réhabilitation de l'allaitement maternel, encore faut-il lui donner les moyens de se former.

DISCIPLINE : MEDECINE GENERALE

MOTS-CLES : Allaitement maternel, médecin généraliste, questionnaire, enquête

Faculté de Médecine - 2, rue du Dr Marcland - 87025 LIMOGES CEDEX
