

MENTION TRÈS HONORABLE
avec félicitations du jury

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2003

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

par

Sandra BOSSARD COADER

Présentée et soutenue publiquement le 4 Avril 2003

**EVALUATION D'UNE CAMPAGNE DE SOUTIEN A L'ALLAITEMENT MATERNEL EN
MEDECINE GENERALE**

Président : Monsieur le Professeur MOUZARD

Directeur de thèse : Dr Jean Paul CANEVET

EVALUATION

D'UNE CAMPAGNE DE SOUTIEN

A L'ALLAITEMENT MATERNEL

EN MEDECINE GENERALE

SOMMAIRE

INTRODUCTION **12**

MODALITES DE L'ETUDE **15**

- I) Objectifs de l'Etude
- II) Constitution de l'échantillon témoin
- III) Recrutement et formation des Médecins Généralistes
- IV) Constitution et prise en charge de l'échantillon soutenu
- V) Recueil des données
- VI) Méthodes statistiques

RESULTATS **22**

- I) Un point sur la participation des Résidents et des Médecins
- II) Description et Comparabilité des échantillons
- III) Le soutien des Médecins Généralistes a-t'il été efficace ?

DISCUSSION **44**

- I) Les limites de l'étude
- II) Analyse des résultats à la lumière des données de la Littérature
- III) Quelles solutions pouvons nous proposer pour une meilleure prise en charge de l'Allaitement Maternel en Médecine Générale ?

CONCLUSION **72**

ANNEXES **73**

Annexe I : lettre adressée par les médecins libéraux recrutés à leurs patientes désirant allaiter et susceptibles d'entrer dans l'échantillon des femmes soutenues en post natal

Annexe II : Questionnaire

Annexe III : Prise en charge de l'Allaitement Maternel en Médecine Générale

BIBLIOGRAPHIE **190**

INTRODUCTION

Nourrir de son lait sa progéniture est un acte physiologique commun à tous les mammifères. Pour preuve, en 1907, les médecins désignaient encore le sein sous le nom de « mamelle » (33). Ainsi, de l'ancienne Egypte à la première guerre mondiale, l'espèce humaine a survécu grâce au lait de nos aïeules : l'Allaitement Maternel était une tradition dont la pratique et la conduite caractérisaient une société et sa culture (18)(66)(72)(97).

En se penchant sur son histoire, nous avons cependant découvert que l'Allaitement n'a jamais été un acte « inné ». De tous temps, de fausses croyances populaires et médicales ont existé. Allaiter était déjà considéré comme une charge lourde, nuisant à la beauté, c'est pourquoi les classes sociales les plus riches employaient des nourrices.

Alors, l'industrialisation, une meilleure connaissance de la composition du lait et les deux grandes guerres mondiales ont facilement fait le lit de l'avènement des laits de substitution au début du 20^{ème} siècle et ont amorcé une chute progressive des taux d'allaitement. Cette chute a persisté jusqu'au début des années 1970, entretenue par de multiples facteurs (108) : la disparition de la famille rurale, l'isolement social, les meilleures connaissances et une meilleure hygiène de l'alimentation par les laits de substitution, l'impact de la publicité commerciale, le combat des féministes françaises considérant l'allaitement comme « une servitude épuisante »(9), le sein devenant un sexe symbole mais surtout la médicalisation de l'accouchement et la passivité des professionnels de santé due à la facilité de gestion de l'alimentation au biberon.

Malgré un nouvel essor dans les années 1970, l'Allaitement Maternel en France est en échec depuis 20 ans (12)(26) comparativement aux taux d'allaitement* chez ses voisins européens et d'Amérique du Nord. De nos jours, les femmes françaises sont donc peu tentées par l'allaitement : 50 % d'allaitements dans les maternités (5)(57)(65)(18)(29)(15)(12)(26) alors que les taux atteignent 60 % aux USA (43)(67)(26)(50), 66 % en Grande Bretagne (27), 95 % au Danemark (49) et 98% en Norvège (108). Schématiquement, les deux tiers de ces femmes arrêtent l'allaitement avant 3 mois : la durée médiane de l'allaitement en France est de 8 semaines en post partum et 15% seulement allaitent encore après 4 mois (5)(57)(65)(18)(29)(15)(12)(26). Si ces chiffres sont parallèles à ceux obtenus aux USA et en Grande Bretagne, ils sont loin de ceux obtenus dans les pays scandinaves où 50 à 60 % des femmes allaitent encore à 6 mois et 15 % encore à 12 mois.

Comme ces millions de femmes, nous avons vécu un échec personnel dans l'expérience de l'allaitement au sein et nous avons pris conscience du long chemin à parcourir, en tant que Médecin Généraliste, afin de savoir gérer l'Allaitement Maternel de nos patientes. En effet, si les raisons de l'échec de l'allaitement en France sont multiples, certaines études ont démontré que la plupart des Médecins Généralistes ne sont pas en mesure de proposer des solutions adéquates pour soutenir une femme qui allaite et qui est en difficulté (34)(35)(36)(56)(66).

L'offre d'un minimum de « Savoir » (66) en matière d'Allaitement Maternel à des Médecins Généralistes motivés permettrait-il, alors, aux femmes allaitantes soutenues par ces médecins de réaliser leur projet d'allaitement* ?

* Taux d'allaitement : les chiffres donnés par les études ne différencient pas l'allaitement mixte de l'allaitement maternel exclusif

* Projet d'allaitement : Représentation que la mère se fait de son futur allaitement : durée envisagée mais aussi ce qu'elle souhaite retirer de cette expérience.

Ainsi nous proposons d'évaluer l'efficacité de médecins généralistes ayant reçu une formation minimum sur l'allaitement maternel. Leur soutien interviendrait en post partum en offrant spontanément leur aide aux mères qui allaitent. Cette aide a pour but de permettre à chaque femme de réaliser les objectifs qu'elle s'est fixés en terme de durée d'allaitement mais aussi de s'épanouir grâce à cette formidable aventure.

Après avoir abordé la méthodologie utilisée pour tenter de vérifier l'hypothèse posée, nous décrirons les résultats de cette étude puis nous vous ferons part de nos réflexions.

MODALITES DE L'ETUDE

I) Objectifs de l'étude

Le but de l'étude est de vérifier l'efficacité de médecins généralistes motivés et ayant bénéficié d'une formation sur l'allaitement maternel. Les critères d'efficacité sont le taux d'allaitement à 1 mois, la durée de l'allaitement et la réalisation du projet d'allaitement .

Nous avons choisi d'évaluer seulement un soutien en post partum afin de rester au plus près des conditions d'exercice au cabinet. En effet, nous suivons beaucoup d'enfants dont les mères ont été examinées exclusivement par des gynécologues en prénatal.

En raison de la pauvreté de la littérature médicale française sur la prise en charge de l'allaitement maternel en Médecine Générale, nous étions contraints d'effectuer une étude cas-témoin.

Cette étude permettait ainsi de comparer :

- un groupe de femmes non soutenues constituant l'échantillon témoin
- à un groupe de femmes aidées par leur Médecin Généraliste, groupe constituant l'échantillon soutenu

II) Constitution de l'échantillon témoin

A) Qui recrutait ?

Nous avons mis à contribution 35 Résidents de la Faculté de Médecine de Nantes qui effectuaient leur stage chez le Praticien entre le 1^{er} Novembre 2000 et le 30 Avril 2001. Ces résidents étaient répartis dans 105 cabinets de Médecine Générale de Vendée et de Loire Atlantique. Ils ont tous été sollicités par courrier.

Parallèlement, un courrier était adressé aux maîtres de stage pour demander leur permission et leur aide pour ce recueil de données.

Cette méthode de recrutement nous apparaissait particulièrement intéressante pour plusieurs raisons :

- C'est un excellent moyen d'intégration dans la vie du cabinet puisqu'il nécessite de communiquer avec le médecin généraliste afin de repérer les femmes concernées.
- Et surtout elle permet d'amorcer une réflexion chez les résidents et les Médecins Généralistes sur l'Allaitement Maternel.

B) Modalités de recrutement

Nos confrères avaient pour tâche d'interroger :

- au moins deux patientes dans chacun des 3 cabinets de stage.
- des patientes ayant tenté d'allaiter ou ayant allaité dans les 18 mois précédents le stage ou lors du stage

Chez les femmes multipares, seul le dernier enfant allaité était inclus.

L'interrogatoire devait s'effectuer au cabinet, au cours ou après une consultation obligatoire pour l'enfant, moments privilégiés pour aborder le sujet de l'alimentation de l'enfant.

III) Recrutement et formation des médecin généralistes

A) Recrutement des Médecins Généralistes

Cette étude nécessitant des médecins généralistes motivés, nous avons d'abord sollicité des confrères que nous savions intéressés par l'allaitement maternel : par courrier, par téléphone ou simplement lors de conversations lors d'un cours de 3^{ème} cycle des Etudes de Médecine Générale ou au cabinet.

D'autre part, les 105 maîtres de stage en Médecine Générale ont été systématiquement sollicités par courrier.

11 des 110 Médecins Généralistes ont alors répondu favorablement à l'appel.

B) Formation des médecins Généralistes

Afin de faire le point sur les bases de l'allaitement maternel, deux méthodes ont été utilisées :

- Une réunion de 3 heures le jeudi 6 septembre 2001 avec des personnes compétentes en matière d'Allaitement Maternel : le Dr Hugues PILOQUET (pédiatre au CHU de NANTES) et 2 membres actifs de SOLIDARILAIT : Mme Martine MARTIN (résidente en médecine générale) et Mme Nathalie MARCHAND (présidente de l'antenne de l'association en Vendée).
- Des recommandations écrites établies par nos soins et distribuées lors de cette réunion (ANNEXE III).

Cette formation permettait ainsi d'aborder différentes rubriques :

- Avantages et risques de l'allaitement maternel
- Anatomie du sein
- Physiologie de la lactation
- Composition du lait
- Déroulement de la tétée
- Comment s'assurer qu'un enfant est correctement allaité ?
- Allaitement maternel et Croissance
- Prise en charge des pathologies mammaires
- Fertilité
- Séparation mère enfant
- Ictère
- Conservation du lait
- Sevrage
- Médicaments
- La législation française ...

Les chapitres « matériel d'allaitement » « Formation sur l'Allaitement Maternel » et « Documentation utile pour les professionnels et les parents » n'étaient pas inclus dans le fascicule donné au médecins généralistes mais il nous a paru pertinent de les rajouter dans l'annexe par la suite.

IV) Constitution et prise en charge de l'échantillon soutenu

A) Inclusion

L'inclusion s'est effectuée de fin Août 2001 à la fin Janvier 2002 et concernait toute femme accouchant dans la période désignée et souhaitant allaiter.

Les médecins ont distribué une lettre, soit en pré natal, soit en post natal, aux femmes susceptibles de pouvoir entrer dans l'échantillon . Cette lettre prévient les mères de la disponibilité de leur médecin en cas de besoin lors de leur allaitement et refait le point sur les visites médicales obligatoires pour l'enfant (ANNEXE I).

B) Prise en charge de l'échantillon ainsi constitué

Le soutien débutait dès le premier appel téléphonique ou la première consultation au cabinet en post partum et s'achevait avec le sevrage de l'enfant.

Le soutien consistait :

- à proposer une pesée systématique tous les 10 jours lors des 6 premières semaines de post partum puis une fois par mois . Ces pesées permettent de surveiller l'enfant et de garder un contact avec la mère. Lors de notre stage chez le praticien et de notre expérience de remplacement en Médecine Générale nous avons constater que les mères profitent souvent de ces rencontres pour confier leur soucis. La thèse d'I. MICHEL (19) confirme cette impression : l'alimentation du bébé est la première préoccupation des mères en post partum ; 60% d'entre elles abordaient le sujet avec un médecin.

- A se rendre disponible par téléphone ou lors d'une consultation en cas de demande « urgente » de la mère.

Dans les cas les plus difficiles, les médecins inclus pouvaient toujours avoir recours aux intervenants de la réunion de début Septembre 2001 : Dr PILOQUET et les membres de L'association SOLIDARILAIT Vendée.

V) Recueil des données

Le recueil de données a été fait par les résidents et les médecins généralistes dans les 2 échantillons à partir d'un même questionnaire simple (ANNEXE II) comportant 4 rubriques de questions ouvertes et fermées concernant:

- Les données sociales et démographiques
- Les connaissances sur l'allaitement maternel des femmes
- L'enfant allaité
- L'allaitement (à la maternité, à la maison, durée envisagée, durée réelle, sevrage).

Les questions ont été choisies après revue de la littérature et nous permettaient surtout :

- D'établir la comparabilité entre les 2 échantillons
- De définir l'effet du soutien des médecins.

Mais aussi :

- De mettre en avant les facteurs de risque d'allaitement écourté.
- De tenter de circonscrire la place du médecin généraliste dans l'allaitement maternel.

204 questionnaires ont été confiés aux résidents et 33 aux médecins généralistes.

VI) Méthodes statistiques utilisées

Les données qualitatives sont exprimées en pourcentages avec un intervalle de confiance à 95 %. Elles sont comparées par le test du Chi 2, le Chi 2 corrigé de Yates ou la Méthode Exacte en fonction de l'importance des échantillons.

Les données quantitatives sont exprimées en moyenne avec leur écart type avec un intervalle de confiance à 95 % et elles sont comparées par le test de t de Student.

Le seuil de signification choisi pour les tests statistiques est 5 %

RESULTATS

I) Un point sur la participation des résidents et des médecins généralistes

A) Les résidents

Trente quatre résidents ont été sollicités dont 25 femmes et 9 hommes.

Deux questionnaires ont été envoyés à chacune des adresses professionnelles de leurs 3 maîtres de stage soit 204 questionnaires.

Nous avons eu un retour de 37 questionnaires soit 18,1% de réponses.

13 (9 femmes et 4 hommes) résidents sur 34 ont répondu soit 38.23 % de participation.

Nous avons donc un échantillon témoin de 37 femmes.

B) Les médecins généralistes

Sur 110 Médecins Généralistes sollicités, 11 ont accepté de faire partie de l'aventure soit 10 %. Ce panel était formé de 7 hommes et 4 femmes.

Trois questionnaires ont été envoyés à chacune des adresses professionnelles.

Ainsi sur 33 questionnaires, 20 nous sont revenus soit 66.7 % de réponses.

7 médecins généralistes sur 11 (6 hommes et 1 femme) ont répondu soit 63.6 % de participation.

Mais 3 des 20 questionnaires n'étaient pas exploitables :

- Deux recrutements étaient antérieurs à la période Août 2001- Février 2002
- Un allaitement avait duré 1 jour . Il n'y avait donc pas d'action de soutien du médecin généraliste.

Nous avons donc un échantillon de 17 femmes soutenues.

C) Analyse de la participation des résidents et des médecins généralistes

a) Participation globale

La participation des résidents et des médecins généralistes est satisfaisante puisque le taux de réponses, aux études médicales, est en moyenne de 10 % .

b) Participation selon le sexe

1) Groupe des résidents

<u>Participation à l'étude</u>	<u>Femmes</u>		<u>Hommes</u>	
	na	%	nb	%
Oui	9	36 %	4	44.4 %
Non	16	64 %	5	55.6 %
<u>Total</u>	25	100%	9	100%

Statistiques : Chi 2 corrigé de Yates = 0.02

2) Groupe de médecins généralistes

<u>Participation à l'étude</u>	<u>Femmes</u>		<u>Hommes</u>	
	na	%	nb	%
Oui	1	25 %	6	86 %
Non	3	75 %	1	14 %
<u>Total</u>	4	100%	7	100%

Statistiques : Méthode exacte $p=0.083$ donc $2p> 0.05$

Nous n'avons retrouvé aucune différence statistiquement significative entre la participation des hommes et la participation des femmes dans les deux groupes.

II) Description et comparabilité des échantillons

A) Données sociales et démographiques

a) Lieu d'habitation

<u>Lieu d'habitation</u>	<u>Population témoin</u>		<u>Population soutenue</u>	
	na	%	nb	%
Rural	20	54.05 %	11	64.70 %
Citadin	15	40.54 %	6	35.30 %
On ne sait pas	2	5.41 %	0	0 %
<u>TOTAL</u>	37	100 %	17	100 %

Statistiques : Le Chi 2 = 0.268

b) Age des patientes

Tableau II: Répartition des femmes de l'échantillon témoin selon leur âge (sur n=37)

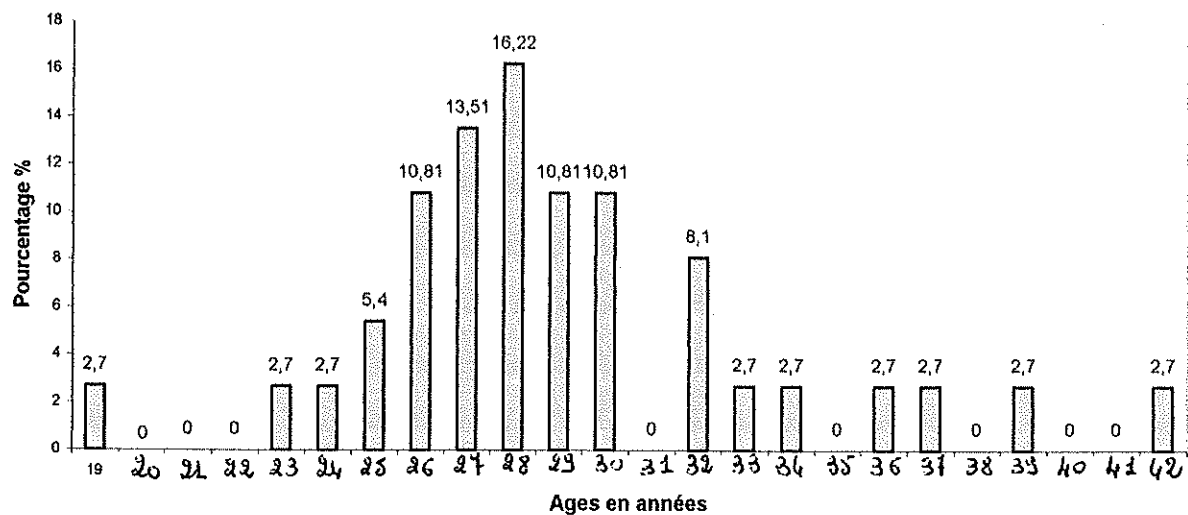
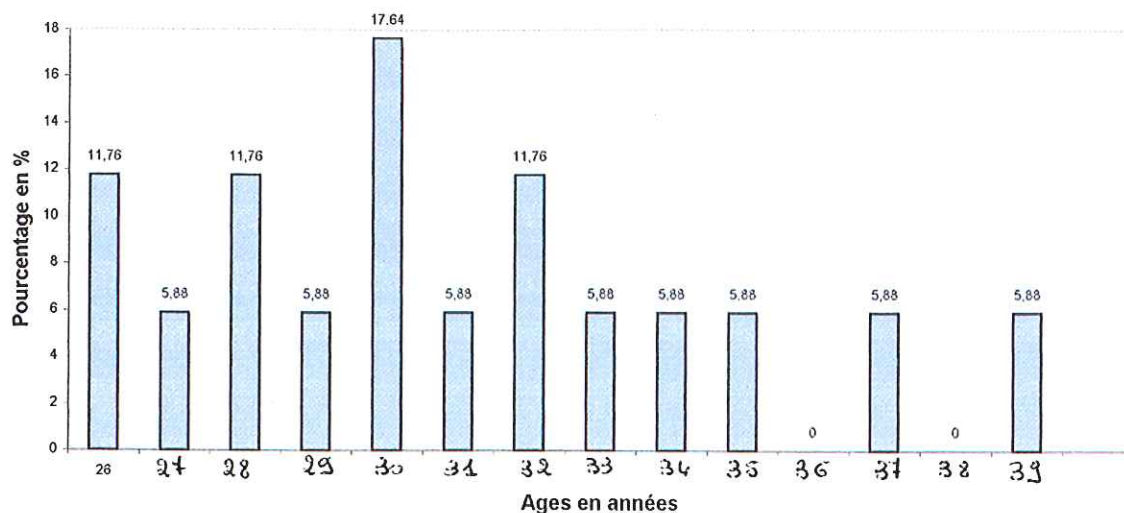


Figure II: Répartition des femmes soutenues selon leur âge (sur n=17)



La moyenne d'âge des femmes de l'échantillon témoin est de 29.08 ans +/- 1.43 ans et de 31 ans +/- 1.92 ans dans l'échantillon soutenu .

Statistiques : La comparaison de moyenne trouve $t=1.5219$

c) Parité

La parité moyenne est de 1.7 enfants +/- 0.29 dans l'échantillon témoin et de 1.47 enfants +/- 0.41 dans l'échantillon soutenu.

<u>Parité</u>	<u>Population témoin</u>		<u>Population soutenue</u>	
	na	%	nb	%
1 enfant	19	51.35 %	12	70.59 %
2 enfants (dont 1 grossesse gémellaire)	11	29.73 %	2	11.76 %
3 enfants	6	16.22 %	3	17.65 %
4 enfants	1	2.7 %	0	0 %
<u>TOTAL</u>	37	100 %	17	100 %

Statistiques : La comparaison de moyenne trouve $t=0.946$

d) Allaitement des aînés

La majorité des multipares ont allaité leur(s) aîné(s).

<u>Allaitement des aînés chez les multipares</u>	<u>Population témoin</u>		<u>Population soutenue</u>	
	na	%	nb	%
Oui	14	82.35 %	5	100 %
Non	3	17.65 %	0	0 %
<u>TOTAL</u>	17	100 %	5	100 %

PS : 1 femme ayant eu une grossesse gémellaire elle est primipare soit 17 multipares et non 18

e) Mode de vie familial

La plupart des femmes sont mariées ou vivent en concubinage.

<u>Structure familiale</u>	<u>Population témoin</u>		<u>Population soutenue</u>	
	na	%	nb	%
Vit en couple	36	97.3 %	17	100 %
Vit seule	1	2.7 %	0	0 %
<u>TOTAL</u>	37	100 %	17	100 %

Statistiques : Par la méthode exacte nous obtenons $p=0.68$ donc $2p > 0.05$

f) Niveau d'étude des femmes interrogées

Plus de 50 % des femmes de nos 2 échantillons possèdent un niveau égal ou supérieur au BAC et ont effectué des études supérieures.

<u>Niveau d'étude</u>	<u>Population Témoin</u>		<u>Population Soutenue</u>	
	na	%	nb	%
Etudes techniques (BEP ou CAP) ou BAC	18	48.6 %	5	29.4 %
Etudes supérieures (BAC + n)	19	51.4 %	12	70.6 %
<u>TOTAL</u>	37	100 %	17	100 %

Statistiques : Le chi 2 est de 1.76

g) Souhait du conjoint

Les femmes disposent du consentement de leur conjoint pour allaiter.

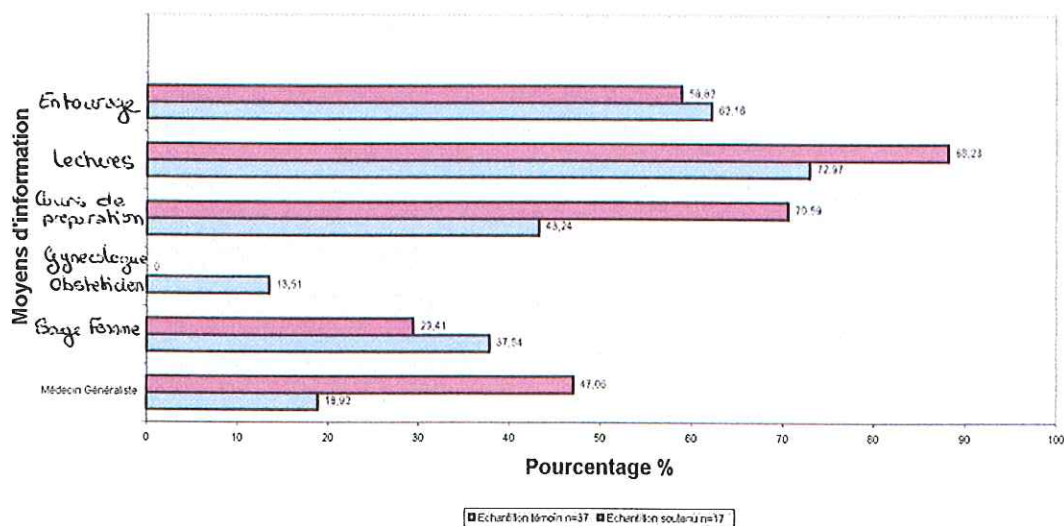
<u>Souhait du conjoint</u>	<u>Population témoin</u>		<u>Population soutenue</u>	
	na	%	nb	%
D'accord	34	91.9 %	15	88.2 %
Pas d'accord	0	0 %	0	0 %
Indifférent	2	5.4 %	2	11.8 %
On ne sait pas	1	2.7 %	0	0 %
<u>TOTAL</u>	37	100 %	17	100 %

Statistiques : Le Chi 2 de Yates = 0.02 et par méthode exacte p au moins égal à 0.03

B) Formation et connaissances sur l'allaitement maternel

a) Par quels moyens ont-elles été informées sur l'Allaitement Maternel pendant leur grossesse ?

Description des moyens d'information sur l'allaitement en Pré- Partum



Le médecin généraliste n'arrive qu'en 4^{ème} position parmi les moyens d'information en prénatal. Le recours le plus utilisé est la lecture.

Statistiques :

Pour les médecins généralistes, Le Chi 2 corrigé de Yates est de 3.66

Pour les sages femmes, le Chi 2 est de 0.376.

Pour les gynécologues obstétriciens, Chi corrigé de Yates=1.23 et par la méthode exacte p=0.14.

Pour les cours de préparation à l'accouchement, Chi 2 est de 3.52

Pour la lecture, le Chi 2 corrigé de Yates est de 0.84

Pour l'entourage, Chi 2 est de 0.06.

b) Leur médecin Généraliste leur a-t'il expliqué spontanément, pendant leur grossesse, l'anatomie et le fonctionnement du sein ?

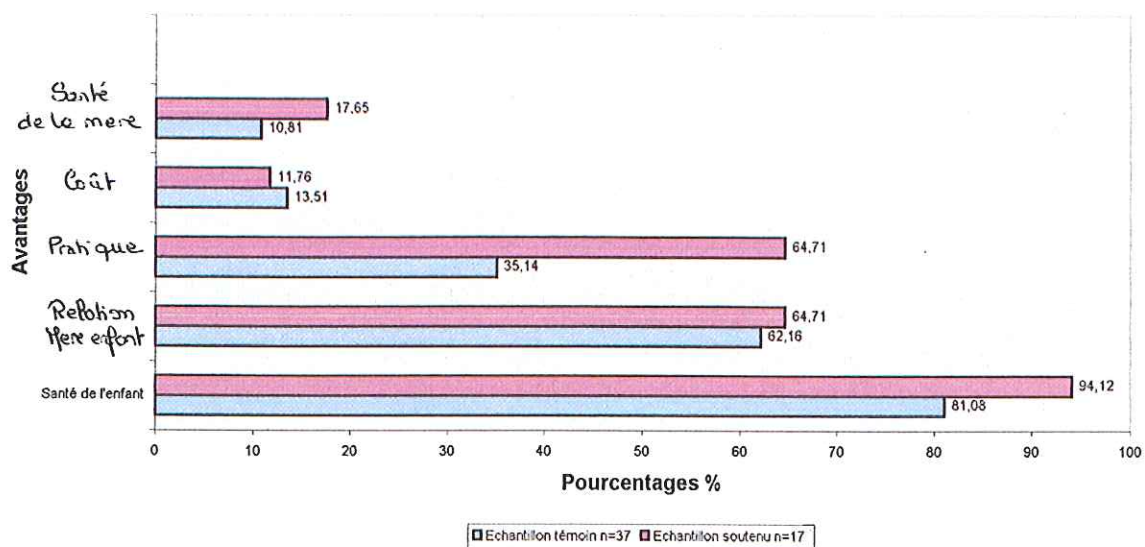
Moins d'un généraliste sur deux aborde l'allaitement lors de la grossesse.

	<u>Population témoin</u>		<u>Population soutenue</u>	
	na	%	nb	%
Oui	15	40.54 %	8	47.06 %
Non	22	59.46 %	9	52.94 %
Total	37	100 %	17	100 %

Statistiques : Chi 2 = 0.22

c) Les avantages de l'allaitement connus des femmes

Description des avantages de l'allaitement connus de la mère



Le développement psychomoteur de l'enfant est, pour les mères, l'avantage le plus important.

Statistiques :

Pour la santé de l'enfant, Chi 2 corrigé de Yates est égal à 0.68

Pour la relation, le Chi 2 est de 0.03

Pour l'aspect pratique, le chi 2 est de 4

Pour le coût, le chi 2 corrigé de Yates est de 0.07 et par la méthode exacte p au moins égal à 0.06

Pour la santé de la mère, le Chi 2 corrigé de Yates est de 0.07

C) Durée d'allaitement envisagée

La moyenne des durées d'allaitement envisagées est de 18.35 semaines +/- 7.76 semaines dans l'échantillon témoin et de 11.47 semaines +/- 2.42 semaines dans l'échantillon soutenu.

Statistiques : la comparaison de moyenne rapporte $t=1.47$

Figure III: Répartition des femmes de l'échantillon témoin selon la durée d'allaitement envisagée (n=20)

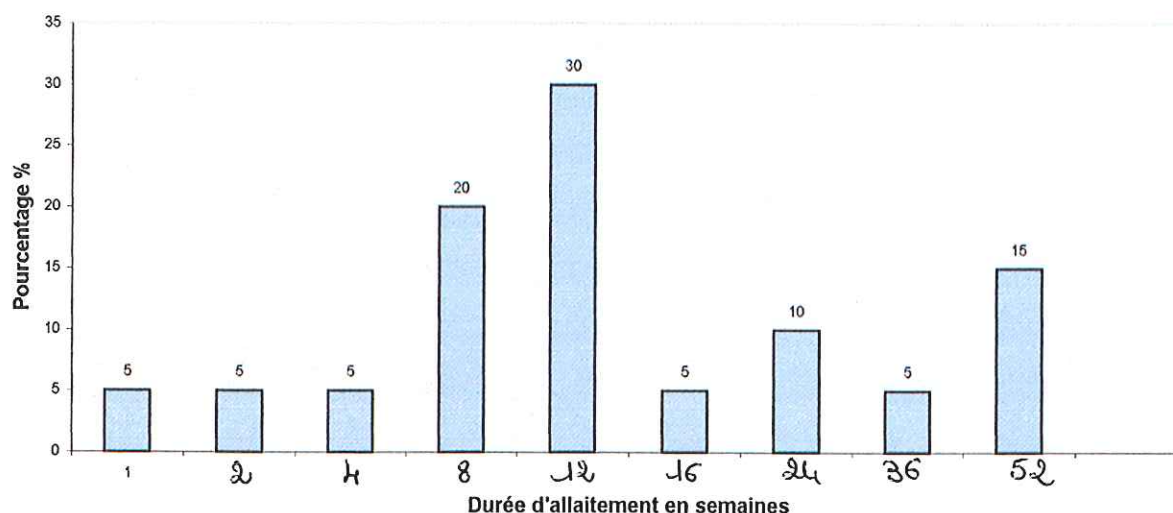
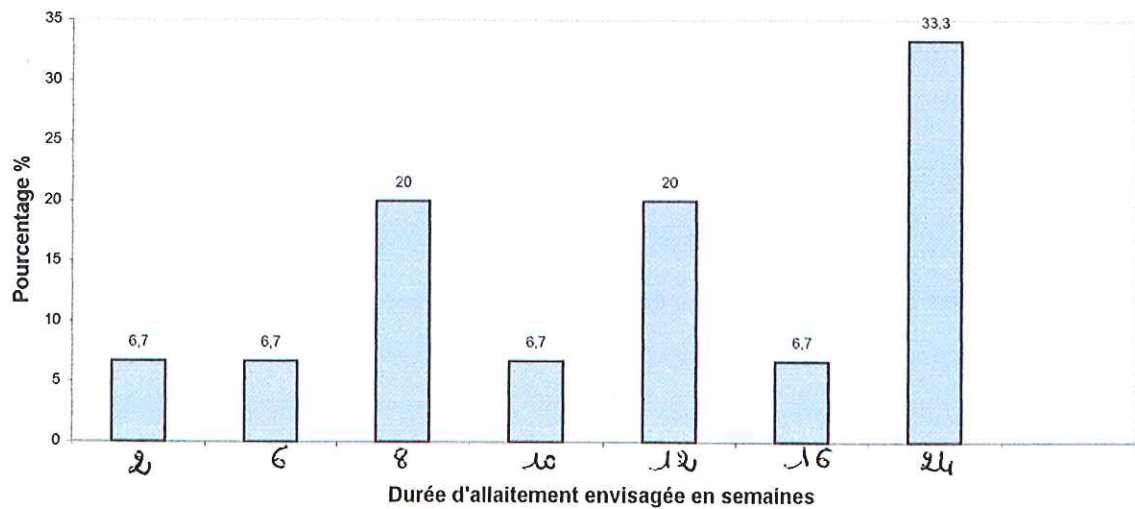


Figure IV: Répartition des femmes soutenues selon la durée d'allaitement envisagée (n=15)



D) Description des enfants allaités

NB : Nous avons inclus 38 enfants dans l'échantillon témoin puisqu'il y avait une grossesse gémellaire.

a) Voie d'accouchement

<u>Voie d'accouchement</u>	<u>Population témoin</u>		<u>Population soutenue</u>	
	na	%	nb	%
Voie basse	30	78.95 %	15	88.24 %
Césarienne	8	21.05 %	2	11.76 %
<u>Total</u>	38	100 %	17	100 %

Statistiques : Chi 2 corrigé de Yates est de 0.2

b) poids de naissance

Le poids moyen des enfants de l'échantillon témoin est de 3311 grammes +/- 160 grammes et de 3423 grammes +/- 200.5 grammes dans l'échantillon soutenu.

Statistiques : La comparaison de moyenne donne $t = 0.82$

c) Hospitalisation à la naissance

Le tableau ci dessous décrit le nombre d'enfants hospitalisés à la naissance.

<u>Hospitalisation à la naissance</u>	<u>Population témoin</u>		<u>Population soutenue</u>	
	na	%	nb	%
Oui	3	7.9 %	1	5.9 %
Non	35	92.1 %	16	94.1 %
<u>Total</u>	38	100 %	17	100 %

Statistiques : Par la méthode exacte p est au moins égal à 0.42 donc 2p est supérieur à 0.05

E) L'Allaitement

a) A la maternité

1) Allaitement maternel précoce à la maternité

La plupart des mères ont allaité dès les 2 premières heures du post partum .

<u>Allaitement précoce</u>	<u>Population témoin</u>		<u>Population soutenue</u>	
	na	%	nb	%
Oui	27	73 %	14	82.35 %
Non	10	27 %	3	17.65 %
<u>Total</u>	37	100 %	17	100 %

Statistiques : Chi 2 corrigé de Yates égal à 0.17

2) Allaitement maternel à la demande à la maternité

La majorité des mères suivent les consignes d'allaitement à la demande.

<u>Allaitement à la demande</u>	<u>Population témoin</u>		<u>Population soutenue</u>	
	na	%	nb	%
Oui	32	86.50 %	17	100 %
Non	5	13.50 %	0	0 %
<u>Total</u>	37	100 %	17	100 %

Statistiques : Par la méthode exacte $p=0.14$ donc $2p$ est supérieur à 0.05

3) Séparation de la mère et de l'enfant lors des premières nuits du post partum

2 mères sur 3 sont encore séparées de leur enfant lors des premières nuits.

<u>Séparation</u>	<u>Population témoin</u>		<u>Population Soutenue</u>	
	na	%	nb	%
Oui	25	67.57 %	11	64.71 %
Non	12	32.43 %	6	35.29 %
<u>Total</u>	37	100 %	17	100 %

Statistiques : Chi 2 = 0.03

4) Don de compléments à la maternité

Les compléments d'eau sucrée ou de lait post partum disparaissent peu à peu .

<u>Dons de compléments</u>	<u>Population témoin</u>		<u>Population soutenue</u>	
	na	%	nb	%
Oui	10	27.03 %	2	11.76 %
Non	27	72.97 %	15	88.24 %
<u>Total</u>	37	100 %	17	100 %

Statistiques : Chi 2 corrigé de Yates= 0.63

5) Utilisation d'une sucette

La sucette a été rarement instaurée dans le cadre de nos 2 échantillons.

<u>Utilisation d'une sucette</u>	<u>Population témoin</u>		<u>Population soutenue</u>	
	na	%	nb	%
Oui	8	21.62 %	2	11.76 %
Non	29	78.37 %	15	88.24 %
<u>Total</u>	37	100 %	17	100 %

Statistiques : Chi 2 corrigé de Yates=0.21

6) Y a t'il eu un contact avec le médecin traitant lors du séjour à la maternité?

Les femmes ont peu de contacts avec leur médecin traitant à la maternité.

	<u>Population témoin</u>		<u>Population soutenue</u>	
	na	%	nb	%
Oui	1	2.7 %	1	5.9 %
Non	36	97.3 %	16	94.1 %
<u>Total</u>	37	100 %	17	100 %

Statistiques : Par la méthode exacte p au moins égal à 0.43 donc 2p supérieur à 0.05

7) Y a t'il eu des soucis d'allaitement ?

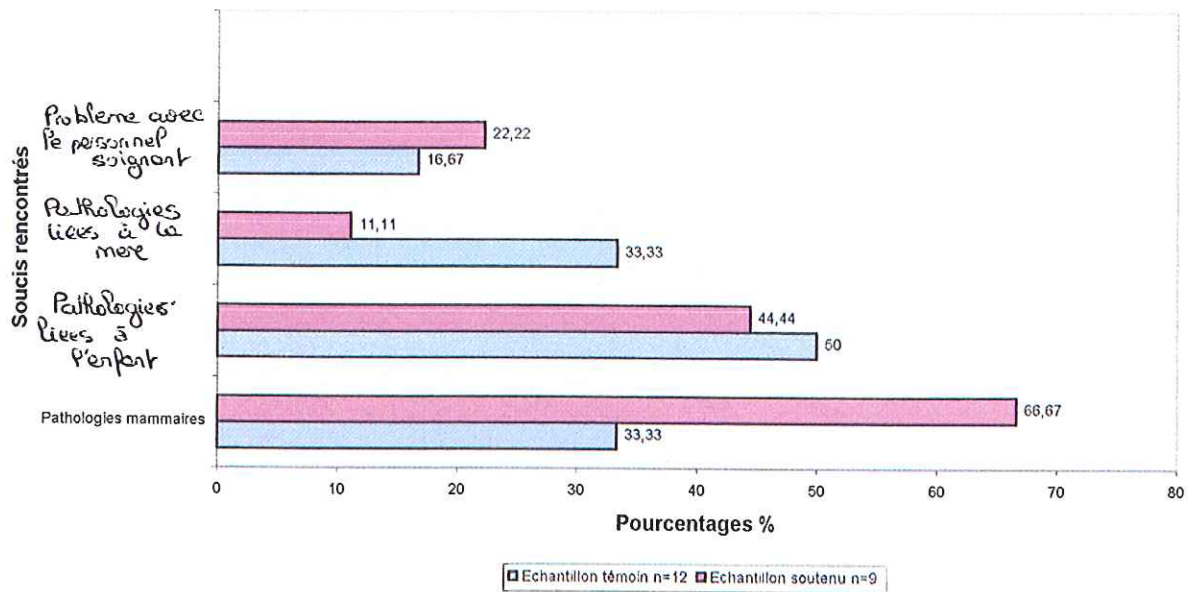
30 à 50 % de femmes connaissent des soucis d'allaitement à la maternité.

	<u>Population Témoin</u>		<u>Population soutenue</u>	
	nb	%	na	%
Oui	12	32.43 %	9	52.94 %
Non	25	67.57 %	8	47.06 %
<u>Total</u>	37	100 %	17	100 %

Statistiques : Chi 2 = 1.68

8) Quels étaient ces soucis ?

Description des soucis d'allaitement rencontrés à la maternité



Pathologies mammaires : engorgements, crevasses et douleurs

Pathologies liées à l'enfant : difficultés de succion, bébé gros dormeur

Pathologies de la mère : Position du bébé au sein, Stress maternel, asthénie, hypogalactie

Manque d'écoute du personnel soignant : conseils contradictoires, peu d'écoute des mères, manque d'explications de base

Les problèmes les plus fréquemment rencontrés à la maternité sont donc les pathologies mammaires ainsi que les soucis maternel notamment « le manque de lait ».

Statistiques :

Pour les pathologies mammaires : Chi 2 corrigé de Yates = 1.12

Pour les pathologies liées à l'enfant : Chi 2 corrigé de Yates = 0.03

Pour les pathologies liées à la mère : par la méthode exacte p au moins égal à 0.20 donc 2p supérieur à 0.05

Pour les problèmes avec le personnel soignant : Chi 2 corrigé de Yates=0.06 et par la méthode exacte p au moins égal à 0.4 donc 2p supérieur à 0.05

b) De retour à la maison

1) Y a t'il eu des problèmes d'allaitement à la maison ?

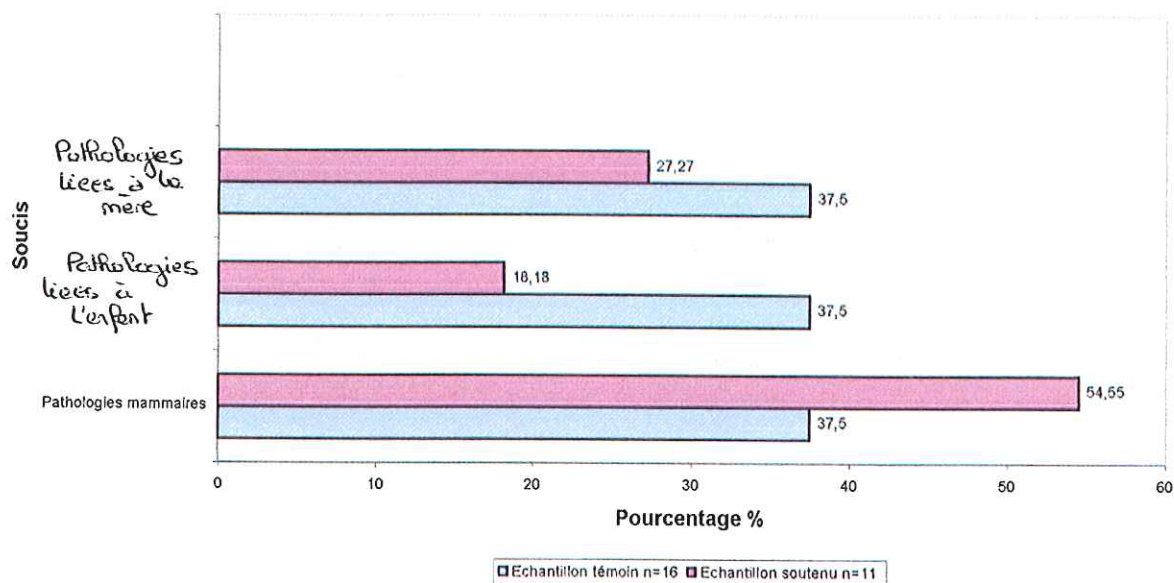
45 à 65 % des femmes présentent des soucis d'allaitement à la maison.

<u>Présence de soucis</u>	<u>Population témoin</u>		<u>Population soutenue</u>	
	na	%	nb	%
Oui	16	43.24 %	11	64.71 %
Non	21	56.76 %	6	35.29 %
Total	37	100 %	17	100 %

Statistiques : Chi 2 normal = 2.14

2) Quels étaient ces problèmes ?

Description des problèmes d'allaitement rencontrés à la maison



Pathologies mammaires : engorgements, crevasses, lymphangites, douleurs

Pathologies liées à l'enfant : difficultés de succion, tétées trop fréquente, bébé gros dormeur, tétées trop longues, refus du sein

Pathologies liées à la mère : Stress maternel, problème de position de l'enfant au sein, hypogalactie, asthénie, hypergalactie

Statistiques :

Pour les pathologies mammaires : Chi 2 normal = 0.75

Pour les pathologies liées à l'enfant : Chi 2 corrigé = 0.47

Pour les pathologies liées à la mère : Chi 2 corrigé = 0.03

3) Connaissances des associations

Nous constatons que dans les 2 échantillons, 8 femmes sur 10 en moyenne connaissent l'existence des associations d'aide à l'allaitement maternel.

<u>Connaissance des associations</u>	<u>Population témoin</u>		<u>Population soutenue</u>	
	na	%	nb	%
Oui	29	78,4 %	14	82.4 %
	2 mères évoquent « Leche League » 1 Mère évoque « Jumeaux »		1 mère évoque la « Leche League » 2 mères évoquent « Solidarilait »	
Non	6	16.2 %	3	17.6 %
Pas de réponse	2	5.4 %	0	0 %
<u>Total</u>	37	100 %	17	100 %

Statistiques : Chi corrigé = 0.1

F) Comparabilité des échantillons avant et après l'intervention

Pour s'assurer qu'il n'y avait aucune différence statistique entre les 2 groupes nous avons effectué une comparaison sur les items précédemment décrits (données socio-démographiques, formation et connaissances sur l'allaitement maternel, durée d'allaitement envisagée, caractéristiques de l'allaitement à la maternité, soucis d'allaitement à la maternité et à la maison, connaissance des associations, caractéristiques à la naissance des enfants allaités) . **Les 2 groupes sont statistiquement comparables sauf au niveau de la connaissance des avantages de l'allaitement** : les femmes soutenues évoquent en effet plus souvent le côté pratique de l'allaitement.

III) Le soutien des médecins généralistes a t'il été efficace ?

A) Etude du mode alimentaire à 1 mois du post partum (ou prévalence de l'allaitement à 1 mois)

Ci dessous, la description des 2 échantillons après 1 mois d'allaitement.

<u>Type d'allaitement</u>	<u>Population témoin</u>		<u>Population soutenue</u>	
	na	%	nb	%
Arrêt de l'allaitement	7	18.92 %	1	5.88 %
Allaitement exclusif	25	67.57 %	15	88.24 %
Allaitement mixte	3	8.11 %	0	0 %
Allaitement dont le type ne peut être précisé	1	2.7 %	1	5.88 %
Questionnaire inexploitable	1	2.7 %	0	0 %
<u>Total</u>	37	100 %	17	100 %

NB : La rubrique « allaitement dont le type ne peut pas être précisé » signifie que les femmes nous ont indiqué une durée d'allaitement totale supérieure à 1 mois mais ne nous ont pas précisé la durée de l'allaitement exclusif.

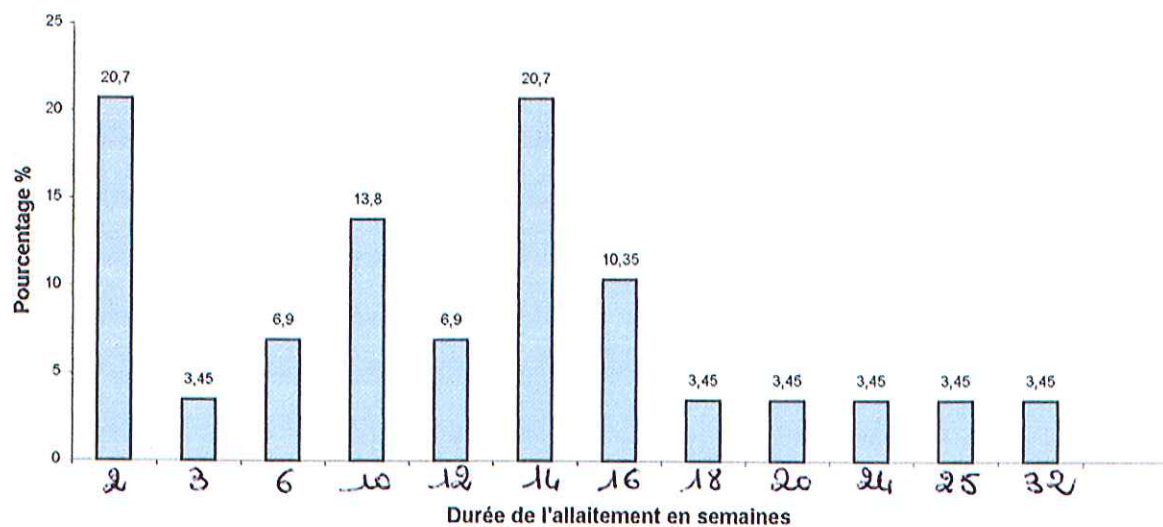
Après comparaison statistique :

- Les femmes de l'échantillon soutenu n'allaitent pas plus à 1 mois que les femmes de l'échantillon témoin . (Chi 2 corrigé = 0.81)
- Les femmes soutenues n'allaitent pas plus exclusivement à 1 mois que les femmes de l'échantillon témoin. (Chi 2 corrigé = 1.61)

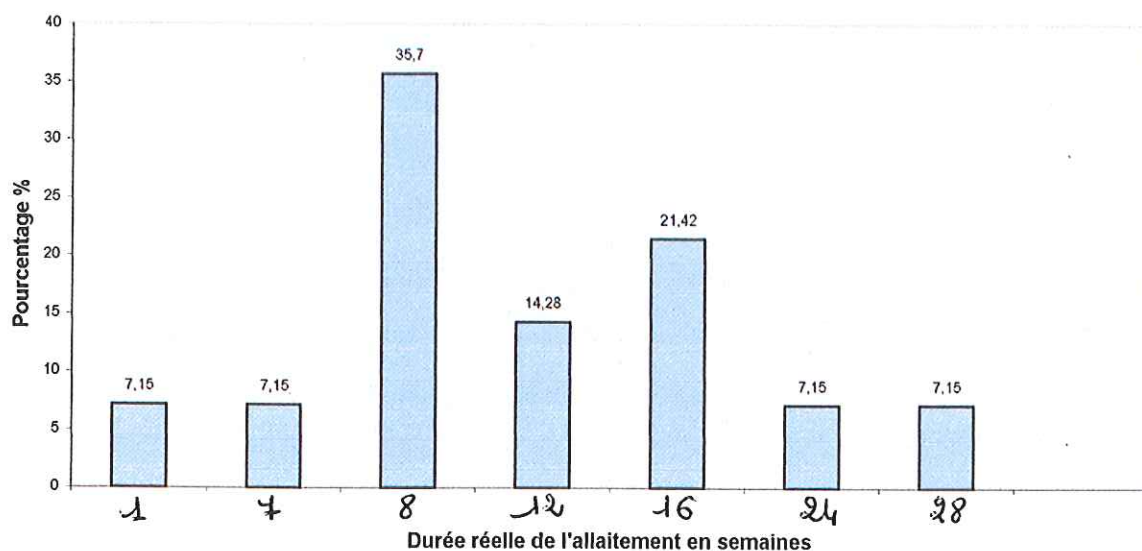
B) Durée d'allaitement: allaitement mixte et exclusif confondus

La moyenne des durées d'allaitement de l'échantillon témoin est de 11.79 +/- 2.92 semaines et de 12.29 semaines +/- 4.15 semaines pour l'échantillon soutenu. La durée médiane est de 12 semaines dans les 2 échantillons.

Répartition des femmes de l'échantillon témoin selon la durée réelle de l'allaitement (n=29)



Répartition des femmes soutenues selon la durée réelle de l'allaitement (n=14)



Après comparaison statistique

- Il n'existe aucune différence entre les 2 échantillons en terme de durée d'allaitement maternel. (Allaitements exclusif et mixte confondus)

(la comparaison des moyennes donne $t = 0.20$)

- Il n'existe pas non plus de différence entre la durée désirée et la durée réelle d'allaitement de l'échantillon soutenu.

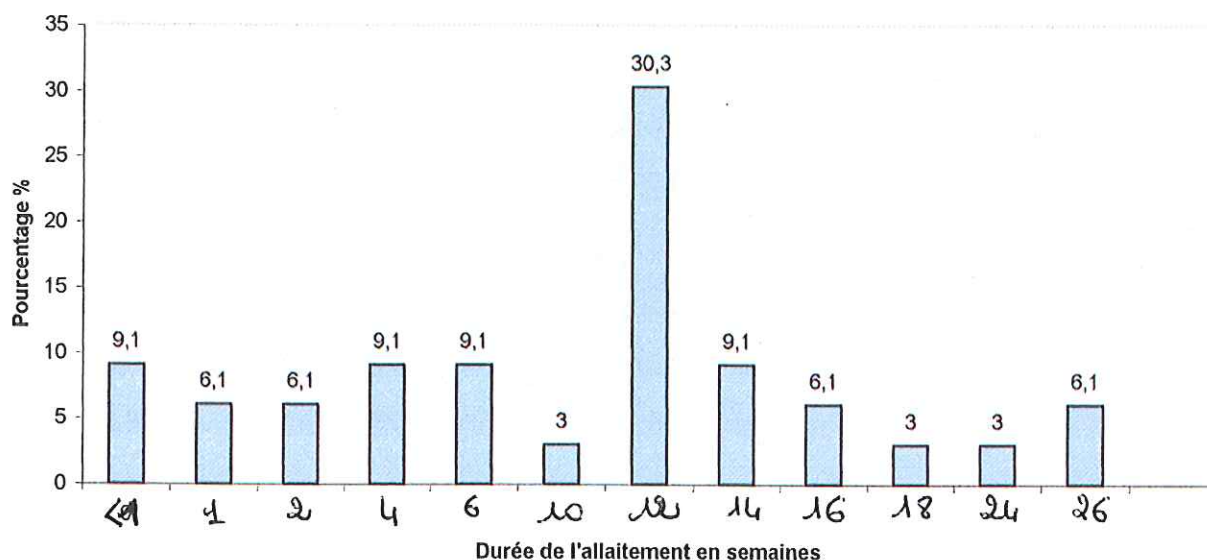
(La comparaison des moyennes donne $t = 0.28$)

C) Durée de l'allaitement exclusif

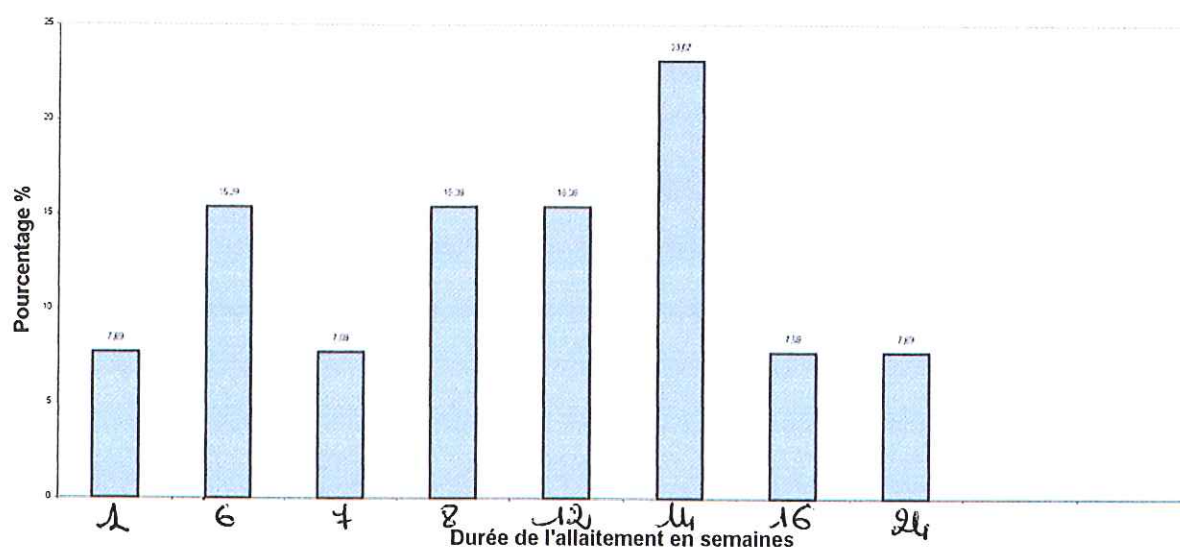
La moyenne des durées d'allaitement exclusif est de 10,12 +/- 2.47 semaines pour l'échantillon témoin et de 10,92 +/- 3.52 semaines pour l'échantillon soutenu : il n'y a aucune différence statistique entre les deux échantillons.

(par comparaison des moyennes $t = 0.35$)

Figure VII: Répartition des femmes de l'échantillon témoin selon la durée d'allaitement exclusif (n=33)



Répartition des femmes de l'échantillon soutenu selon la durée d'allaitement exclusif (n=13)



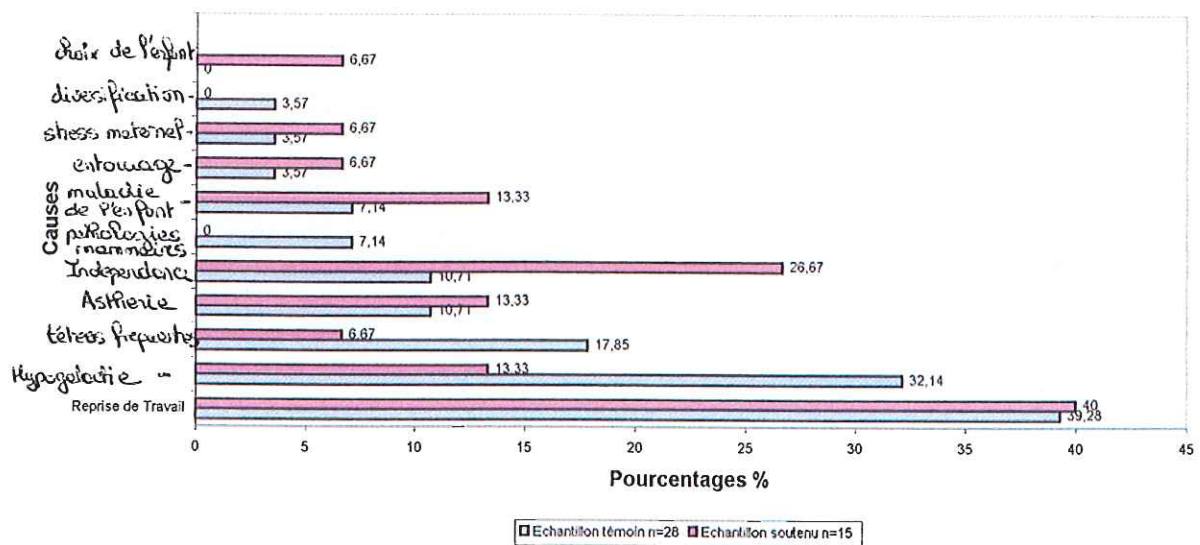
D) Projets réalisés et échecs

Les résultats ont été établis par comparaison entre durées désirées et durées réelles et par défaut, en fonction des commentaires livrés par les mères. Il n'y a pas plus de projets réalisés dans l'échantillon soutenu. (Chi 2 = 2)

	<u>Population témoin</u>		<u>Population soutenue</u>	
	na	%	nb	%
Projet réalisé	14	37.84 %	10	58.82 %
Echec	12	32.43 %	6	35.29 %
On ne sait pas	11	29.73 %	1	5.88 %
<u>Total</u>	37	100 %	17	100 %

E) Effets sur les causes du sevrage

Description des causes de sevrage



La reprise de travail, les troubles de la lactation et des tétées trop fréquentes sont les principales causes de sevrage évoquées par les femmes.

Après comparaison statistique, il n'y a pas de différence entre les 2 groupes. Le soutien n'a donc pas eu d'effet sur les causes du sevrage.

Statistiques :

Reprise de travail : Chi 2 = 0.003

Troubles de la lactation : Chi 2 corrigé de Yates = 0.91

Tétées trop fréquentes : Par la méthode exacte p au moins égal à 0.24 donc 2p supérieur à 0.05

Asthénie : Par la méthode exacte p au moins égal à 0.35 donc 2p supérieur à 0.05

Besoin d'indépendance : chi 2 corrigé de Yates = 0.91

Pathologies mammaires : Par le méthode exacte p=0.026 donc 2p est supérieur à 0.05 de justesse

Maladie de l'enfant : par la méthode exacte p au moins égal à 0.32 donc 2p est supérieur à 0.05

Influence de l'entourage : par la méthode exacte p au moins égal à 0.46 donc 2p est supérieur à 0.05

Stress maternel : par la méthode exacte p au moins égal à 0.46 donc 2p est supérieur à 0.05

Diversification : par la méthode exacte p=0.65 donc 2p est supérieur à 0.05

Choix de l'enfant : par la méthode exacte p=0.34 donc 2p est supérieur à 0.05

F) Les femmes ont elles demandé des conseils pendant leur allaitement à la maison ? (na=37 et nb=17)

Demande de soutien	<u>Population témoin</u>		<u>Population soutenue</u>	
Toutes les femmes confondues	na	%	nb	%
Oui	15	40.54 %	15	88.24 %
Non	22	59.46 %	2	11.76 %
<u>Total</u>	37	100 %	17	100 %

Après comparaison statistique, nous pouvons conclure qu'il y a eu plus de sollicitation d'une aide chez les femmes de l'échantillon soutenu. (Chi 2= 10)

G) A qui, les femmes demandent des conseils pendant leur allaitement à la maison? (na=37 nb=17)

<u>A qui les femmes ont elles demandé des conseils ?</u>	<u>Population témoin</u>		<u>Population soutenue</u>	
	na	%	nb	%
Médecin Généraliste	8	21.62 %	12	70.59 %
Sage femme	3	8.11 %	6	35.29 %
Gynécologue Obstétricien	0	0 %	0	0 %
Pédiatre	1	2.7 %	1	5.88 %
PMI	5	13.51 %	6	35.29 %
Lactarium	1	2.7 %	1	5.88 %
Entourage	7	18.92 %	6	35.29 %
Evocation spontanée des associations	1	2.7 %	3	17.65 %
Pas de demande de conseils	22	59.46 %	2	11.76 %

Tout d'abord, nous soulignons que le médecin généraliste arrive toujours en premier recours, avec l'entourage.

Après comparaison statistique, nous concluons que les femmes de l'échantillon soutenu ont demandé plus d'aide aux médecins généralistes ($\chi^2=11.7$) et aux sage-femmes (χ^2 corrigé de Yates = 4.52) que les femmes de l'échantillon témoin.

IV) En conclusion

La campagne de soutien n'a donc pas eu d'effets sur la prévalence de l'allaitement, la durée d'allaitement et n'a pas permis d'aider plus de femmes à accomplir leur projet d'allaitement et pourtant les femmes de l'échantillon soutenu ont majoritairement sollicité plus d'aide surtout auprès des médecins généralistes et des sage-femmes.

DISCUSSION

I) Les limites de l'étude

A) Défaut de randomisation

Les échantillons ne sont pas constitués par randomisation mais par libre choix des résidents et des médecins généralistes : des critères de choix personnels ont pu intervenir dans la sélection des femmes. Ces échantillons ne sont donc pas représentatifs de la population générale et ne sont pas comparables l'un à l'autre.

Pour que ce travail soit représentatif, il aurait fallu :

- Recruter les N femmes allaitantes sortant d'une maternité X dans une période de temps T.
- Puis tirer au sort parmi ces N femmes, Na femmes suivies par des médecins généralistes ayant seulement leur formation de base à l'allaitement et Nb femmes suivies par des médecins généralistes ayant bénéficié au préalable d'une formation à l'allaitement maternel plus conséquente.

Cependant cette méthode est difficile voir impossible à mettre en œuvre :

- Il faut recruter des médecins souhaitant faire partie d'une étude et parmi eux des médecins acceptant de s'investir un peu plus dans l'allaitement maternel. Ces médecins généralistes doivent être concentrés dans un certain périmètre autour de la maternité X afin que chaque femme soit à proximité du médecin généraliste auquel elle est rattachée. Or l'étude décrite démontre toute la difficulté de motiver la participation des médecins généralistes à une étude, sur l'allaitement maternel plus particulièrement.

- Le système médical français ne permet pas d'utiliser cette méthode. En effet, il n'existe aucune loi obligeant un individu à consulter un médecin plutôt qu'un autre. Il nous est donc impossible d'interdire à une mère de consulter différents médecins lors de son allaitement.
- Enfin d'évaluer la seule aide des médecins, il nous faudrait interdire aux femmes de solliciter les autres soutiens à l'allaitement, soutiens utiles et très actifs : PMI, sage-femmes, associations... Cette condition est difficilement réalisable.

Notre travail n'est donc pas statistiquement valable. Mais, cette étude qui est une Recherche par l'Action (on met à l'épreuve des médecins généralistes, dans leurs conditions habituelles d'exercice, face aux soucis de l'Allaitement Maternel) nous permet cependant d'aborder toutes les difficultés de la prise en charge de l'Allaitement en Médecine Générale ainsi que les méthodes susceptibles d'améliorer cette prise en charge.

B) Les limites de la formation

Nous sommes conscients que la formation dispensée aux médecins généralistes lors de cette étude n'est pas suffisante pour avoir un soutien optimal : insuffisance en temps de formation et absence de mise en situation pratique.

Pour mémoire, soulignons que les formations actuellement proposées comportent au minimum de 100 à 150 heures de cours théoriques.

C) Les limites du questionnaire

a) Rôle du Médecin Généraliste dans le sevrage

Il aurait été intéressant d'introduire une question permettant de déterminer si le médecin généraliste avait un rôle dans la décision du sevrage.

b) Profession de la mère

Nous avons volontairement omis cette question car elle n'était aucunement nécessaire aux conclusions de l'étude. Le niveau d'étude nous paraissait suffisant afin d'établir la comparabilité des deux échantillons.

c) Temps d'allaitement envisagé

Beaucoup de femmes ne fixent pas de limite temporelle à leur futur allaitement et ont donné une réponse qualitative comme « le plus longtemps possible », « tant que mon enfant le souhaitera », « tant qu'il y aura du lait » ... Ainsi les moyennes sont établies sur des échantillons encore plus petits. Cependant, si nous avions obligé les femmes à avancer une donnée chiffrée, celle-ci n'aurait pas reflété la réalité de leurs souhaits et attentes.

d) Satisfaction

Les 2 conditions de réussite de l'allaitement sont :

- que la durée réelle de l'allaitement soit au moins égal à la durée prévue
- que la période de l'allaitement soit un moment de plaisir partagé.

Les notions de réussite et d'échec de l'allaitement sont donc très subjectives. Afin d'optimiser les résultats de l'étude en terme de Projets Réalisés, il aurait fallu ajouter en fin de questionnaire la question fermée suivante : « Etes vous satisfaite de votre allaitement ? » Oui ou Non.

D) Moyennes des durées et durées médianes d'allaitement

Notre étude rapporte des durées moyennes d'allaitement (12 semaines environ dans les 2 échantillons) et des durées médianes (12 semaines environ dans les 2 échantillons) supérieures aux chiffres nationaux.

En France, la durée moyenne d'allaitement tourne autour de 8.5 semaines et, selon les études, nous retrouvons des durées médianes variant de 6,5 semaines (64)(101), 8.5 semaines (15) à 10 semaines (57).

M. Cebron (18) rapporte cependant dans sa thèse une médiane à 12 semaines. Elle expliquait ce résultat par une plus forte motivation des femmes. Pour elle dans l'Ouest de la France, on allaite peu mais on allaite bien.

Est-ce, dans notre recherche, le même phénomène qui se produit ou les chiffres élevés peuvent-ils s'expliquer par les biais de recrutement ? En effet, la plupart des femmes recrutées ont un niveau d'étude au moins égal au BAC et 50% ont effectué des études supérieures. Or, nous verrons que plus une femme a un niveau d'étude et une catégorie socioprofessionnelle élevée plus la durée d'allaitement est longue (18).

Ces durées d'allaitement élevées d'emblée peuvent-elles aussi expliquer l'absence d'efficacité de notre soutien ?

II) Analyse des résultats à la lumière des données de la Littérature

A) Le soutien à l'allaitement et son efficacité

Notre étude ne permet pas de conclure sur l'efficacité des médecins généralistes en matière d'allaitement, en post partum, à domicile. Cependant, d'autres recherches testant d'autres types de soutien pendant la grossesse et/ou en post partum ont démontré l'efficacité d'une aide à l'allaitement.

a) En France

Aucune étude en France, comme à l'étranger, n'évalue l'efficacité d'un soutien à l'allaitement maternel, à domicile, par les médecins généralistes. Une seule étude française (65) menée en 1987-1988, à la maternité de Pertuis (VAUCLUSE) avait pour but d'évaluer les effets d'une campagne de soutien à l'allaitement maternel exclusif à un mois.

Cette étude sur 661 femmes, se décomposait en 3 phases :

- Une phase A (151 femmes) (de janvier 1987 à fin juin 1987) de description de la situation de l'allaitement maternel dans la zone géographique incluse.
- Une phase B (259 femmes) (de début juillet 1987 à fin mars 1988) :
En prénatal, information sur l'allaitement maternel chez les femmes qui avaient choisi d'allaiter (livres, brochures, préparation à l'accouchement, rencontres avec des mères qui allaitent, contact facilité avec les soignants et les responsables de l'étude).

A la sortie de la maternité : possibilité de joindre par téléphone les animateurs de l'intervention ou les professionnels de santé de la maternité, possibilité de participer à des animations de PMI, mise à disposition de petit matériel d'allaitement.

- Une phase C (247 femmes) (début avril 1988 à fin décembre 1988) comportant les informations et aides de la phase B plus :

Stages de formation du personnel, des travailleurs sociaux et des médecins généralistes

Une exposition itinérante a circulé dans les communes du département pour sensibiliser l'entourage des mères.

Mise à contribution de la *radio et des autres médias*.

Le recueil des données s'effectuait à la maternité puis par téléphone ou par entretien à domicile à un mois.

L'intervention n'a pas modifié le taux d'allaitement à la maternité mais a augmenté le taux d'allaitement exclusif au sein à un mois de 15%.

Ce sont les femmes jeunes, des catégories socioprofessionnelles basses, de niveau d'étude peu élevé, immigrées qui sont le plus bénéficiaires de l'intervention.

Le mode cumulatif des interventions ne permet pas de déterminer l'effet spécifique de chacune d'elle. Cependant, et bien qu'il n'y ait pas de preuves statistiques, il semble qu'il y ait eu moins de problèmes physiques, que la formation des professionnels de santé ait eu un impact et que les femmes osaient plus se confier et parler de leurs soucis sur l'allaitement.

b) Et à l'étranger

1) L'exemple des pays scandinaves

Selon G Nylander (74), les taux d'allaitement en Norvège sont dus à la combinaison de plusieurs causes :

- des associations de soutien de mères à mères (c'est en Norvège AMMEHJELPEN équivalent de la LECHE LEAGUE)
- des professionnels de santé actifs
- de l'autorisation de l'allaitement en public
- du soutien des dirigeants des mouvements féministes (contrairement aux féministes françaises)
- de la durée des congés maternités adaptée : 10 à 12 mois en Norvège, 24 semaines au Danemark
- du droit à 1 heure par jour sur le temps de travail pour allaiter
- de l'adhésion au Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel
- de l'amélioration de la prise en charge de l'allaitement en maternité selon la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF
- des femmes bien informées sur les avantages de l'allaitement maternel

Cependant l'auteur ajoute que cela n'est rien si on ne montre pas aux mères comment allaiter, si on ne sait pas renforcer leur confiance en leurs capacités maternelles et si on ne les protège pas contre les pratiques dangereuses.

Ainsi , nous notons qu'une prise de conscience politique est aussi très utile au développement de l'allaitement maternel.

2) Effet positif d'un soutien aux femmes qui allaitent

La plupart des études étrangères ayant évalué différents modes de soutien à l'allaitement maternel ont aussi été concluantes.

L'effet serait cependant plus important chez les femmes primipares (13)(82) et dans les milieux défavorisés (6)(63)(102)(48).

Les programmes de soutien incluant un soutien pré natal, à la maternité et en post natal semblent être des méthodes de choix (82).

Le soutien par suivi téléphonique et les conseils simples donnés en maternité auraient peu d'impact (69)(13)(63)(37)(10). Le contact régulier et en personne semblerait être bien meilleur (102)(42)(44)(100)(48) d'autant plus si l'information est accompagnée d'une aide effective. (91)

Au total, le soutien est plus profitable aux mères ayant des risques d'allaitement écourté (15), lorsqu'il s'exerce pendant la grossesse puis en post partum et lorsqu'il apporte la théorie mais aussi des conseils pratiques par un contact, en personne, à la mère.

B) Un bon soutien sait donc reconnaître les femmes qui ont des risques d'Allaitement Ecourté (15).

Certains auteurs ont défini l'allaitement écourté comme un allaitement dont la durée réelle est inférieure à la durée prévue par la mère. Ce terme ne prend pas en compte la dimension psychologique de l'allaitement, la notion de satisfaction mais il facilite la détermination des facteurs augmentant ou diminuant la durée de l'allaitement.

Le but de notre étude n'était pas de déterminer, de nouveau, ces facteurs mais le questionnaire était établi afin de mettre en avant certains d'entre eux et ainsi en faire prendre conscience aux résidents et aux Médecins Généralistes.

a) Facteurs sociaux

1) Niveau d'étude et catégorie socioprofessionnelle

Nous avons déjà souligné que :

- La majorité des femmes de notre étude ont un niveau d'étude égal au BAC et plus de 50 % ont effectué des études supérieures
- La médiane des durées d'allaitement est de 12 semaines, médiane supérieure à la moyenne nationale.

Les femmes de notre étude sont donc plus cultivées et allaitent plus longtemps.

Nous avons déjà évoqué la possibilité de biais de recrutement notamment la proximité culturelle : les médecins ayant plus d'affinités avec les patients d'un niveau socioculturel égal ou supérieur au leur, ces derniers sont alors plus facilement intégrés dans une étude.

Cependant, des études françaises et étrangères confirment que les catégories socioprofessionnelles favorisées allaitent beaucoup plus et ont moins de difficultés à maintenir un allaitement maternel dans sa durée par rapport aux catégories socioprofessionnelles défavorisées (65)(18)(17)(23)(66)(69)(62)(98).

2) La reprise du travail (5)(57)(18)(39)(94)(56)

Dans notre étude la reprise de travail est évoquée comme la première cause de sevrage. D'autres auteurs ont remarqué une chute plus marquée du taux d'allaitement au moment de la reprise du travail soit 10 semaines pour la France. Et pourtant toutes les études s'accordent sur l'absence de corrélation entre activité professionnelle et durée de l'allaitement maternel : ce ne sont pas les femmes qui travaillent qui allaitent moins longtemps.

b) Les facteurs personnels

1) La primiparité et l'absence d'expérience antérieure sur l'allaitement maternel (18)(66)

Une femme jeune et/ou qui n'a jamais allaité nécessite plus de soutien.

2) Allaitement des parents (18)(15)

Il est admis depuis longtemps que le fait d'avoir été allaité ou d'avoir grandi avec un entourage favorable à l'allaitement est un facteur pronostic positif d'un futur allaitement et facilite la conduite de cet allaitement.

3) Période du choix d'allaiter (18)(66)(62)

Plus une femme décide tôt de son allaitement plus elle a de chance de le poursuivre longtemps.

4) Les motivations du choix (18)(66)(62)

Pour la majorité des femmes de notre étude, le premier avantage de l'allaitement avancé est relatif à l'enfant : une « meilleure nourriture » pour « une meilleure santé de leur enfant ».

M. Cebron (18) conclut qu'une femme qui choisit l'allaitement parce que « c'est naturel », « c'est le meilleur aliment » ou « c'est commode » a plus de chance d'allaiter longtemps.

Laure Marchand Lucas (66) est plus stricte : une femme qui choisit l'allaitement maternel pour des motivations liées à l'enfant (=meilleure nourriture) allaitera plus longtemps que si les motivations sont relatives à elle-même (= plaisir, commodité etc...).

c) Les facteurs psychologiques

M Burlet Gicquel (15) note que les difficultés psychologiques sont prédictives d'une diminution de la durée de l'allaitement.

1) Manque de confiance dans ses capacités maternelles

Des mamans qui ont allaité moins de deux semaines se confient :

« Je n'avais pas l'instinct de l'allaitement (...) Je n'étais pas à l'aise, j'avais l'impression de faire souffrir ma fille ... ».

« J'ai sevré mon enfant car mon bébé tétait trop souvent : je doutais sur le quantité de lait qu'il prenait. »

Un manque de confiance dans ses capacités à s'occuper de son nouveau né, le simple fait de penser que son lait « n'est pas bon », « n'est pas assez riche » semblent diminuer la durée de l'allaitement (18)(66)(25).

2) Insatisfaction d'avoir allaité (18)(15)

Nous l'avons déjà souligné, la réussite d'un allaitement ne se mesure pas seulement en terme de chiffres et de durée : un allaitement réussi est celui qui correspond au Projet Maternel initial quelque soit la durée de l'allaitement. Ainsi une femme peut avoir allaité peu de temps mais affirmer être satisfaite de l'expérience vécue alors qu'une femme qui va allaiter au delà du temps prévu jure qu'elle n'allaitera pas son prochain enfant.

3) Le baby blues (18)

L'existence d'un baby blues serait plutôt facteur d'un allongement de l'allaitement.

d) L'entourage

1) Les proches

90 % des femmes de nos deux échantillons ont l'accord de leur conjoint pour allaiter.

D'autre part, une maman révèle qu'elle a « sevré par influence ». Son entourage lui disait « à 7 mois, il faut que tu arrêtes » mais elle « regrette ».

Un entourage défavorable à l'allaitement et/ou qui voit un rapport entre l'allaitement et l'érotisme ne facilite pas la mère dans son projet. C'est surtout le comportement du père qui est déterminant sur la décision d'allaiter et la durée de cet allaitement (18)(66)(15)(5)(80)(85)(62)(69)(106)

2) Le sevrage médical

L'équipe de médecins généralistes de notre thèse n'ont eu aucun effet sur les causes du sevrage. Nous n'avons pas demandé aux femmes de notre étude si le médecin était à l'origine de leur sevrage.

Dans l'étude rétrospective de la région Nantaise (15) :

- 16 % des sevrages
- 26 % des allaitements écourtés
- 57.7 % des allaitements écourtés de moins de 1 mois

ont pour origine, un professionnel de santé.

L'auteur avait aussi démontré que le sevrage médical et l'allaitement écourté étaient dépendants l'un de l'autre et que le sevrage médical était lié à l'existence d'un incident physique.

3) Distribution d'échantillons et promotion des substituts du lait maternel

Toutes les formes de promotion des substituts du lait maternel semblent avoir un impact sur la durée de l'allaitement maternel (66)(56)

C'est une des raisons pour laquelle la distribution de boîtes de « lait maternisé » et d'échantillon est interdite en France suite à l'élaboration du Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel (1981) et la promulgation des directives du Ministère de la Santé en 1990, 1994 et 1998 (annexes III)

e) Les facteurs médicaux

1) L'absence de préparation à l'accouchement (18)(56) (110)

50 % des femmes de l'échantillon témoin et 70 % des femmes de l'échantillon soutenu reconnaissent avoir obtenu des informations sur l'allaitement par les cours de préparation à l'accouchement. Il est classé comme 3^{ème} moyen de formation dans notre étude après les lectures et l'entourage.

La préparation à l'accouchement permet en effet de mettre fin à certaines croyances et mythes sur l'allaitement et apporte des informations relatives à la méthode de mise au sein, l'hygiène et l'utilisation du matériel de l'allaitement.

C'est donc un premier moyen d'échange d'informations sur l'alimentation du nourrisson, sujet difficilement abordé spontanément par les gynécologues obstétriciens, les médecins généralistes ou encore les sages femmes en suivi de grossesse.

2) Un intervalle de temps trop long entre la naissance et la première mise au sein

70 à 80 % des mères de notre étude ont allaité dans les 2 premières heures du post partum.

L'OMS et l'UNICEF (75) nous recommandent de confier l'enfant à sa mère dès l'accouchement fini (pour un accouchement eutocique) et de le laisser chercher le sein : c'est la mise au sein précoce. Celle ci prolongerait l'allaitement de façon significative (18)(10).

Beaucoup de confrères ont démontré l'importance de cette période néonatale précoce dans la mise en route des conduites de maternage et la constitution du lien mère-enfant : l'enfant posé sur le ventre de sa mère présente un comportement précurseur de la succion (succion spontanée, fouissement, mouvements main bouche) (106)(66). Ce contact précoce aurait aussi un effet direct sur la qualité de la succion au sein et donc sur le bon déroulement de l'allaitement et sa durée (51)(86)(87)(88).

Toutes les procédures (premiers soins, aspiration naso gastrique ...) et les médicaments (péridurale) qui agissent sur le comportement de l'enfant et/ou de la mère à la naissance risquent de perturber cet équilibre fragile et donc l'allaitement futur (66)(75)(110). La séparation mère-enfant pour des raisons médicales a les mêmes effets négatifs.

3) L'allaitement à heures fixes (106)(66)

La majorité des mères de l'étude ont suivi les consignes d'allaitement à la demande de l'OMS (75). Les bases de la physiologie de la lactation nous permettent de comprendre facilement que plus un enfant tète, plus le sein est stimulé, plus il y a sécrétion de prolactine et d'ocytocine et plus il y a de chance que la lactation soit un succès.

4) Eloignement mère-enfant la nuit (18)(106)

Dans nos résultats, deux enfants sur trois sont encore séparés de leur mère lors des premières nuits à la maternité.

Or la sécrétion des hormones de la lactation, mais surtout de l'ocytocine, facilite le maternage : si l'enfant resté près de sa mère pleure il provoque la sécrétion et l'éjection du lait.

D'autre part, une mère séparée de son enfant ne peut pas l'allaiter à la demande et donc stimuler sa lactation au maximum (annexe III).

La troisième recommandation de l'OMS et de l'UNICEF (75) est donc de ne pas séparer l'enfant de sa mère sauf pour causes médicales.

5) Le don systématique de compléments (18)(106)(66) (10)(11)

Notre étude souligne que le don systématique de compléments à la maternité est une habitude qui tend à disparaître.

Les compléments interviennent de 2 façons sur la lactation :

- Ils perturbent la qualité de la succion (annexe III)
- Ils diminuent la fréquence et/ou la durée des tétées donc la stimulation de la Lactation

La quatrième recommandation de l'OMS et l'UNICEF (75) est donc de ne donner aucun complément à un nouveau né allaité. En cas d'indications médicales, les compléments peuvent être administrés de préférence au doigt, à la tasse, à la seringue ou au DAL*.

Pour les mêmes raisons, l'usage de tétines doit être évité avant l'âge de 1 mois.

* DAL : dispositif d'aide à l'allaitement

6) L'hypogalactie (18)(106)(15)(66)

L'hypogalactie est classée 2^{ème} cause de sevrage dans l'échantillon témoin et 3^{ème} ex æquo dans l'échantillon soutenu.

On différencie 2 types d'hypogalactie :

- l'hypogalactie primaire.

C'est l'absence ou le manque de lait à la mise en route de l'allaitement. En dehors des maladies hypothalamo hypophysaires ou mammaires qui vont plus être causes d'agalactie, l'hypogalactie primaire est très rare sauf en France. (3 à 5 pour mille dans les pays scandinaves versus 15% en France ?).

- L'hypogalactie secondaire

Elle est beaucoup plus fréquente et bénigne et survient dans les 3 premiers mois. Il est aussi décrit, dans la littérature, des « périodes physiologiques » d'hypogalactie. Il semblerait que ces périodes correspondent aux « poussées de croissance » (66) vers 2-3 semaines, 6 semaines et 3 mois, pendant lesquelles le bébé veut téter plus fréquemment, afin de faire en sorte que la production de lait corresponde à ses besoins. L'augmentation de ces besoins est alors interprétée comme un manque de lait.

M Burlet Gicquel (15) évoque l'hypogalactie comme la première cause d'allaitement écourté et pense qu'elle est liée aux causes suivantes: à l'usage des biberons et tire-lait, aux difficultés psychologiques de la mère, aux difficultés sociales et familiales, à la fatigue de la mère, aux pleurs de l'enfant et aux incidents de démarrage (incidents survenant à la maternité).

Nous rappelons que le moindre stress, contrariété, réflexion désagréable peuvent ralentir la production de lait (Annexe III). On comprend donc comment les causes exposées ci dessus puissent provoquer une hypogalactie.

M. Thirion (106) est, elle, plus stricte, et résume les causes d'hypogalactie en 2 groupes :

- un défaut d'information et de formation des mères sur l'allaitement
- un manque de motivation

« Dans de très nombreux cas, le manque de lait est prétexte à un arrêt précoce de l'allaitement au sein... Et cet arrêt soulage et satisfait pleinement la jeune mère qui avait envie d'arrêter, sans oser le dire. »

7) La fatigue maternelle

La fatigue maternelle est avancée comme 3^{ème} et 4^{ème} cause de sevrage respectivement pour les femmes témoins et les femmes soutenues dans notre étude.

M Burlet Gicquel (15) comme Lerebours (57) citent la fatigue maternelle comme facteur prédictif d'allaitement écourté. En circonscrire les causes est bien difficile : les bouleversements hormonaux de la grossesse et de la lactation (106)(17), le manque de repos à la maternité et à domicile (106), le défaut de confiance en ses capacités à faire face à la fois au maternage d'un nouveau né et ses responsabilités socioprofessionnelles (106)(66) et le simple phénomène culturel (« l'allaitement , ça fatigue »)(106)(23).

En 1995, Cohen et al. (23) se sont penchés sur la relation entre le mode alimentaire et la notion de contrainte de temps. Les femmes qui donnaient des solides en plus de l'allaitement au sein avaient l'impression de passer moins de temps à nourrir leur enfant. Or, le temps passé à allaiter sur 24 heures était équivalent et, le fait de donner des solides en plus, augmentait le temps global à s'occuper de l'enfant.

Les femmes ont donc une représentation négative de l'allaitement qui est : l'allaitement est consommateur de temps.

8) Les pathologies mammaires (15)(57)(65)(69)

Dans notre étude, les pathologies mammaires sont les premiers soucis rencontrés par les mères à la maternité comme à la maison mais elles font partie des dernières causes de sevrage évoquées par les mères.

Et pourtant elles sont facteurs prédictifs d'allaitement écourté. M. Mongeon (69) cite les crevasses comme l'un des facteurs principaux d'allaitement écourté.

C) Le soutien idéal à l'allaitement maternel devrait suivre le couple mère-enfant de la conception au sevrage

a) En prénatal

Ce soutien doit savoir :

- Renseigner la mère sur les modes alimentaires qu'elle peut envisager pour son enfant. Les avantages de l'allaitement maternel doivent lui être indiqués afin qu'elle puisse choisir, en toute connaissance de cause, le mode alimentaire qui lui semble le plus adapté.
- Renseigner la mère sur l'anatomie, la physiologie de l'allaitement, les bases de la technique de la mise au sein et le déroulement des premiers jours d'allaitement (Allaitement précoce à la demande, pas de compléments, pas de tétine ...). D'autres supports d'informations (lectures, cassettes vidéo ... Annexe III) peuvent servir à cet effet.
- Expliquer à la mère qu'il peut se présenter fréquemment des problèmes locaux mais qu'elle peut facilement les prévenir sinon les traiter
- Solliciter une rencontre avec le père ou toute autre personne de l'entourage qui puisse apporter son soutien à la future maman
- Offrir à la future mère de le contacter si elle a besoin de conseils et cela dès la naissance.

b) A la maternité

Les buts du soutien, dès la naissance, sont :

- D'expliquer la technique de mise au sein
- Vérifier le bon déroulement des premiers jours du post partum
- De prendre en charge les difficultés de l'allaitement

c) En post partum

Le soutien idéal :

- Doit proposer des rencontres régulières avec la mère et l'enfant.
- Doit savoir proposer une aide et savoir prendre en charge les soucis de l'allaitement qui persistent depuis la maternité ou qui apparaissent à la maison.
- Doit savoir gérer l'Allaitement à la reprise du travail
- Doit savoir renseigner la mère sur la législation française sur l'Allaitement Maternel
- Doit surtout tout faire pour que mère et enfant soient satisfaits et épanouis dans l'aventure qu'ils mènent à deux.

b) Un acteur de proximité (66)(18)(30)

Le Médecin généraliste est décrit dans notre étude comme le premier recours sollicité par les femmes en difficultés comme par les femmes n'ayant pas de soucis d'allaitement.

M Burlet Gicquel (15) souligne elle aussi que, parmi les 65 % de femmes de son étude demandant un recours aux professionnels de santé, la plupart s'adressaient à la PMI ou au médecin généraliste. Cette demande était liée à la survenue d'un incident à domicile mais 40% des femmes allaitantes n'ayant pas de problèmes d'allaitement avaient aussi sollicité les professionnels. Les demandes concernaient des incidents physiques de la mère, en particulier les pathologies mammaires et l'hypogalactie.

Le médecin généraliste est donc le premier recours disponible : les gynécologues obstétriciens et les sages femmes se désintéressent du couple mère-enfant dès les premiers jours post partum passés ; les pédiatres sont en général trop surchargés de travail pour prendre en charge, en urgence, une mère qui allaite et qui panique.

c) Prise en charge globale (66)(18)(30)

Le médecin par la connaissance du terrain social, économique, familial est privilégié pour détecter les mères courant un plus grand risque d'abandon et les facteurs d'échec.

Il a la chance d'avoir des contacts avec l'entourage proche de la mère et peut ainsi l'informer sur l'allaitement maternel et sur l'importance du soutien familial dans cette aventure.

d) Continuité des soins (5)(57)(18)(66)(30)

S'il assure le suivi de grossesse puis le suivi de l'enfant, le médecin est le seul professionnel de santé qui ait la chance de pouvoir informer la mère en prénatal (avantages de l'allaitement maternel ; techniques de mise au sein ; incidents de démarrage : prévention et traitement) et lui offrir par la suite un soutien post natal, d'autant que le temps d'hospitalisation en post partum tend à s'amoinrir.

E) Mais la formation des médecins généralistes n'est pas adaptée à la prise en charge correcte d'un allaitement maternel

a) Aux USA(34)(35)(36)(56)

La qualité de prise en charge de l'allaitement par les médecins a déjà fait l'objet de plusieurs études menées par Freed et al. Ainsi 40% des sondés seraient incompetents en la matiere et les lacunes principales concernent de mauvaises indications de sevrage et l'introduction trop rapide de compléments. Et pourtant tous étaient convaincus de leur rôle.

b) En France

1) Pendant la grossesse

Dans notre étude, le médecin généraliste n'arrive qu'en 4^{ème} position des moyens d'informations après la lecture, les cours de préparation à l'accouchement et l'entourage dans l'échantillon soutenu. Seulement 50 % des médecins semblent aborder l'anatomie du sein et de la physiologie de l'allaitement avec leur future patiente désirant allaiter.

De même, Lerebours (57) démontre que seulement 25% des femmes parlent de l'alimentation de leur futur enfant à leur médecin généraliste et Lequien et al. (56) citent une étude anglaise dans laquelle 19% seulement des femmes qui avaient choisi d'allaiter ont parlé d'allaitement à un professionnel de santé.

Nos confrères reconnaissent la supériorité de l'allaitement maternel (89) (66)(40) . Mais, il a, pour les médecins généralistes, surtout un intérêt pour la santé de l'enfant et un intérêt psycho affectif (66)(40) et 70 % continuent à penser que les substituts de lait maternel sont une bonne alternative (89).

Au total, la majorité d'entre eux ne parlent pas d'allaitement aux futures mères pour ne pas « culpabiliser » les mères qui souhaitent donner le biberon. Il n'existe donc pas une bonne promotion de l'allaitement maternel en pré partum et les médecins généralistes ne savent pas dispenser les premières informations nécessaires à la préparation psychologique et physique du futur allaitement.

2) En post partum

Nous constatons, dans nos recherches, qu'une femme sur deux, en moyenne présente des difficultés lors de son allaitement à la maison. La majorité d'entre elles sont des pathologies mammaires simples à prendre en charge. L'offre de soutien des médecins généralistes est bien passé auprès des femmes de l'échantillon soutenu puisqu'elles ont sollicité plus d'aide. Malheureusement il n'y a eu aucun effet de cette aide.

Nous rejoignons donc les résultats de l'étude de Nantes (15), de 1995, dans laquelle l'auteur conclut que l'allaitement est écourté malgré la demande d'aide à un professionnel et que le recours est même prédictif de sevrage. L'auteur a donc émis l'hypothèse que les demandes d'aide n'avaient pas eu les réponses adéquates à la bonne gestion des problèmes.

Il faut attendre 1999, pour lire les conclusions édifiantes d'une thèse de Médecine Générale (66) qui avait pour but de déterminer « le savoir, savoir faire et savoir être » d'un échantillon d'une vingtaine de Médecins Généralistes du Val de Marne, en matière d'allaitement maternel. Les résultats de cette étude reconnue par nos paires (cette thèse a obtenu un prix) se rapprochent en certains points de celles de Freed et al. aux USA (34)(35)(36): à la lumière des ouvrages référents en matière de lactation, il est évident que l'échantillon de médecins généralistes considéré n'était pas en mesure de promouvoir l'allaitement maternel et de proposer des solutions efficaces pour soutenir une mère qui allaite.

En 2001, une étude sur deux promotions de Résidents Nantais confirme ce manque de connaissances théoriques et pratiques (89).

La plupart des résidents (89) et médecins généralistes français (40) reconnaissent volontiers que leur formation à l'allaitement est succincte et peu suffisante à leur pratique mais paradoxalement ils refusent en majorité les stages, les conférences, les EPU qui sont proposés.(40)

III) Alors quelles solutions pouvons nous proposer pour une meilleure prise en charge de l'Allaitement Maternelle en Médecine Générale?

A) Une meilleure formation universitaire (56)

Il serait intéressant d'intégrer dans les certificats de Gynécologie ou de Pédiatrie ainsi que dans les cours de 3^{ème} cycle de Médecine Générale une formation sur l'allaitement maternel afin que les étudiants puissent acquérir les bases :

- Avantages de l'allaitement
- Anatomie du sein
- Physiologie de la lactation
- Technique de mise au sein
- Déroulement de la tétée
- Gestion des principaux petits problèmes de l'allaitement

L'acquisition d'une formation pratique obligatoire serait aussi très utile par exemple lors des stages en Gynécologie ou Pédiatrie.

B) Se former, se perfectionner

Pour les médecins généralistes souhaitant offrir un meilleur accompagnement des mères lors de l'allaitement, il existe une profusion d'ouvrages sur l'allaitement et de nombreuses formations sont proposées (Annexe III).

A souligner, l'existence depuis 2 ans d'un Diplôme Universitaire sur l'Allaitement Maternel mis en place par le Dr Marie Thirion. Cette formation propose 3 périodes de cours de 4 jours à Grenoble. (Renseignements auprès de l'Institut Co-Naître. Voir Annexe III).

D'autre part, l'outil Internet est un véritable puit de connaissances avec de nombreux sites créés par des mères, des associations, des professionnels de santé, l'OMS, l'UNICEF, IFBAN ... Il suffit de taper le mot clef « Breastfeeding » (Annexe III)

C) Savoir déléguer

Le rôle d'accompagnement d'une femme souhaitant allaiter et/ou pendant son allaitement, tel que nous avons pu le décrire, n'est cependant pas facile voir pour certains utopique.

Il est compréhensible qu'un médecin généraliste puisse ne pas se sentir à l'aise dans ce rôle par « manque de savoir et/ou de savoir faire »(6) mais aussi parce que l'allaitement demande de l'attention, de l'écoute, donc du temps pour vérifier la position d'un enfant au sein, le déroulement de la tétée, évaluer la clinique ...

Or la démographie médicale actuelle explique tout d'abord que nous manquions tout simplement de ce temps : les journées d'un médecin généraliste sont bien trop chargées.

D'autre part la médecine générale est une médecine à l'acte ne facilitant en aucun cas la prise en charge des maladies chroniques comme le diabète, l'alcoolisme : il est plus facile et plus rapide de gérer une angine !

Enfin, tout comme certaines pathologies addictives, il existe autour de l'allaitement toute une dimension psychologique : il faut savoir discerner, évaluer les vraies attentes de la mère. C'est le « Savoir être » dont parle si bien Laure Marchand Lucas (66)

Cependant, il est inadmissible qu'un médecin généraliste ne sache pas aiguiller alors ces patientes vers des structures plus compétentes : il est de son devoir de constituer son propre Réseau de professionnels de l'allaitement.

D) Les médecins généralistes et les Réseaux de Soins

Notre recherche, comme tant d'autres, met bien en évidence les multiples aides disponibles pour les femmes : Sages femmes libérales et de maternité, puéricultrices de PMI, associations de mères Ces structures sont connues des femmes (80 % des femmes de notre étude connaissent les associations d'aide à l'allaitement) mais nous constatons aussi qu'elles y ont peu recours, elles préfèrent le plus souvent demander des conseils à leur entourage.

Il y a donc, une insuffisance de relais, en pré et post natal, d'informations et de soutien. Alors pourquoi ne pas essayer de lier ces systèmes entre eux ?

Ainsi, en Septembre 2000 est présenté à La Baule un projet de réseau sur l'Allaitement Maternel en Maine et Loire (83) regroupant le CHU d' Angers, le Conseil Général du Maine et Loire avec DISS et PMI, La Clinique de l'Espérance d'Angers et le CH de Saumur :

- L'objectif recherché de cet initiative démarrée en 1997, est de créer un contexte favorable à l'information, à la mise en route et au maintien de l'allaitement maternel chez les femmes enceintes.
- Cet objectif nécessitait d'abord une formation dispensée au personnel des maternités et de néonatalogie, aux étudiantes sage-femmes et aux puéricultrices de PMI. Cette formation a été réalisée par des professionnels de l'allaitement maternel et a permis l'élaboration, dans les services de soins, d'un livret sur la prise en charge de l'allaitement. Cela permettait ainsi une uniformisation des connaissances.
- La communication entre les différents acteurs des structures de soins s'est aussi améliorée:
 - & Présentation du Projet aux sage-femmes libérales
 - & Liaisons directes ou par fiches écrites entre services hospitaliers et services de PMI
 - & Création de réunions d'échanges intra et inter services

- Ainsi a pu se développer la communication avec les parents :
 - & Par la circulation de brochures sur l'allaitement comme celle du CFES « Le choix d'allaiter »
 - & Par la création de réunion d'information sur l'allaitement en pré et post natal
 - & Par la création d'un numéro d'appel « Info Bébé »
 - & En leur donnant la possibilité de contacter les équipes de soins après la sortie de l'hôpital
 - & En nommant les pédiatres de ville, les associations et les structures de PMI les plus proches de leur domicile comme référents dès la sortie de l'hôpital.
- Enfin, un groupe de travail proposé par le Conseil Général devait se mettre en place fin décembre 2000 pour analyser l'état des lieux sur l'ensemble des acteurs de santé du département de Maine et Loire et des départements limitrophes. Le but en était de déterminer les besoins et les souhaits, des acteurs de santé, y compris les médecins généralistes, afin de proposer de nouvelles actions ou de renforcer celles engagées. Cette méthode faisait connaître aux Médecins Généralistes les structures de soutien de proximité et permettait à ceux qui le désiraient d'intégrer ces groupes d'aide.

Au total, la mise à disposition d'un médecin généraliste auprès des femmes qui allaitent n'a été qu'un soutien symbolique.

La connaissance de la clinique de l'allaitement est nécessaire pour offrir des soins concrets : une formation solide est donc obligatoire.

L'extrême étendu du soutien oblige le médecin à s'intégrer dans une structure de soins comportant tous les acteurs de la petite enfance.

CONCLUSION

Nous n'avons pas pu prouver l'efficacité d'un Soutien à l'Allaitement Maternel par des Médecins Généralistes en post-partum. Nous avons d'ailleurs découvert que cette entreprise est difficilement réalisable.

Le soutien, quel qu'il soit, a pourtant prouvé ses bienfaits. Il est cependant plus efficace lorsqu'il prend en charge le couple mère-enfant de la conception au sevrage, s'il est ciblé à des femmes présentant des facteurs de risque d'allaitement écourté et s'il s'accompagne d'une aide en personne.

La place du médecin généraliste dans la structure de soin en fait un acteur idéal de la prise en charge. Malheureusement, la plupart de nos confrères n'ont pas la formation adéquate pour gérer ces patientes. D'autre part, cela reste une initiative très consommatrice d'énergie et de temps, même pour des médecins généralistes bien rôdés à la promotion et au soutien à l'allaitement maternel.

Ainsi, une prise en charge optimale de l'Allaitement en Médecine Générale nécessite probablement :

- Une meilleure formation universitaire afin d'améliorer sa promotion en période prénatale et savoir gérer les problèmes simples d'allaitement.
- Un travail collectif dans une dynamique de groupe. Les médecins les plus motivés et les mieux formés pourraient s'intégrer dans des réseaux périnataux dans lesquels ils auraient un rôle actif au même titre que les sage-femmes, les puéricultrices, les associations, les structures de PMI en pré et post-partum. Pour tout autre Médecin Généraliste, il serait nécessaire de connaître ces réseaux et les moyens de les joindre afin de savoir Où ? A qui ? et Quand ? adresser les femmes désireuses de conseils en matière d'allaitement maternel.

ANNEXES

ANNEXES : SOMMAIRE

ANNEXE I : **75**

Lettre adressée par les Médecins Généralistes recrutés à leur patientes désirant allaiter et susceptibles d'entrer dans l'échantillon de femmes soutenues en post natal

ANNEXE II : **77**

Questionnaire adressé aux femmes de l'échantillon témoin et de l'échantillon soutenu

ANNEXE III : **82**

Recommandations écrites «Prise en charge de l'Allaitement Maternel en Médecine Générale»

ANNEXE I :

LETTRE ADRESSEE PAR

LES MEDECINS LIBERAUX RECRUTES

A LEURS PATIENTES DESIRANT ALLAITER

ET SUSCEPTIBLES

D'ENTRER DANS L'ECHANTILLON

DES FEMMES SOUTENUES EN POST-NATAL

Madame,

Vous avez fait **le choix d'allaiter votre enfant.**

Dans le cadre d'une étude sur l'allaitement maternel, votre Médecin Généraliste se tient à votre disposition pour effectuer la **surveillance médicale de votre enfant et de votre allaitement.**

Nous vous rappelons que **les visites médicales de votre enfant sont obligatoires** même si le bébé semble en parfaite santé. Ces visites sont remboursées à 100% par la sécurité sociale :

- La 1^{ère} doit avoir lieu dans les huit jours qui suivent la naissance
(souvent effectuée à la maternité par le pédiatre)
- Puis une visite par mois lors des six premiers mois de votre enfant
- Une visite avant la fin du 9^{ème} mois
- Une visite avant la fin du 12^{ème} mois
- Puis au cours de la 2^{ème} année : aux 16^{ème}, 20^{ème} et 24^{ème} mois
- Puis 2 visites par an jusqu'à 6 ans

Si vous désirez obtenir des informations complémentaires sur l'allaitement maternel ou résoudre un problème d'allaitement **n'hésitez pas à contacter votre Médecin Traitant pendant votre grossesse et dès la sortie de maternité.**

Veillez agréer nos sentiments distingués.

ANNEXE II

QUESTIONNAIRE

SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL

ADRESSE AUX FEMMES

DE L'ECHANTILLON TEMOIN

ET DE L'ECHANTILLON SOUTENU

QUESTIONNAIRE

SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL

Le sigle (*) indique que vous devez cocher la case qui vous correspond

NOM ET COMMUNE D'EXERCICE DE VOTRE MEDECIN GENERALISTE:

NOUS AIMERIONS UN PEU MIEUX VOUS CONNAITRE :

Les 3 premières lettres de votre nom de famille :

Votre date de naissance :

Date de naissance du dernier enfant allaité :

Le nombre de vos enfants :

Si vous avez au moins 2 enfants, avez vous allaité les aînés ?(*) :

☐ oui

☐ non

Origine ethnique :

Vous vivez (*) :

☐ en couple

☐ seule

Votre niveau d'étude (*) :

☐ primaire (CM2)

☐ classe de 3^{ème}

☐ baccalauréat

☐ études techniques(BEP CAP etc...)

☐ vous faites ou avez effectué des études supérieures

COMBIEN DE TEMPS ENVISAGIEZ VOUS D'ALLAITER ?

COMBIEN DE TEMPS AVEZ VOUS ALLAITE ? :

et combien de temps avec l'allaitement au sein seul ? :

VOTRE MARI OU CONJOINT ETAIT ? (*) :

☐ d'accord pour que vous allaitiez

☐ pas d'accord

☐ indifférent à votre décision

QUE CONNAISSIEZ VOUS DE L'ALLAITEMENT AU SEIN ?

Pendant votre(vos) grossesse(s) vous avez eu des informations pour mieux connaître l'allaitement au sein (*) (plusieurs réponses sont possibles)

- ☐ par votre médecin généraliste
- ☐ par les sages femmes
- ☐ par votre gynécologue
- ☐ par le médecin accoucheur (obstétricien)
- ☐ par les cours de préparation à l'accouchement
- ☐ par des lectures
- ☐ par d'autres personnes de votre entourage (mère, sœur, amies ...)

Quels sont, pour vous, les avantages de l'allaitement maternel ?

Votre Médecin Généraliste vous a-t'il expliqué, pendant votre grossesse, la constitution et le fonctionnement du sein ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

ET L'ENFANT QUE VOUS AVEZ ALLAITE ?

Poids de naissance :

Est-il né prématurément ? (*)

- ☐ Oui
- ☐ Non

Est-il né par césarienne ? (*)

- ☐ Oui
- ☐ Non

A t-il été hospitalisé en pédiatrie lors de ses premiers jours ? (*)

- ☐ Oui
- ☐ Non

A LA MATERNITE

Vous l'avez allaité dans l'heure qui a suivi sa naissance ? (*)

- ☐ Oui
- ☐ Non

Vous l'avez allaité ? (*)

- ☐ à la demande
- ☐ à heures fixes

Vous a-t-on séparé de votre enfant les premières nuits ? (*)

- ☐ Oui
- ☐ Non

A t-il eu des compléments de lait en plus de votre sein ? (*)

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avait-il une sucette ? (*)

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez vous eu des problèmes pour allaiter à la maternité ? (*)

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, lesquels ?

Lors de votre séjour à la maternité avez vous eu des contacts avec votre médecin traitant pour parler de l'allaitement ? (*)

- ☐ Oui
- ☐ Non

A LA MAISON, AVIEZ VOUS DES PROBLEMES POUR ALLAITER ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, lesquels ?

Avez vous demandé alors conseil ? (*)

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, à qui ? :

- ☐ le médecin généraliste
- ☐ sages femmes
- ☐ gynécologue
- ☐ votre pédiatre
- ☐ à la PMI
- ☐ au lactarium
- ☐ amies, mère, sœur...

POUR QUELLE(S) RAISON(S) AVEZ VOUS SEVRE VOTRE ENFANT?

**SELON VOUS EXISTE T'IL DES GROUPES DE FEMMES QUI SE RASSEMBLENT
POUR PARLER D'ALLAITEMENT ET SOUTENIR DES FEMMES QUI
ALLAIENT ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

ANNEXE III

PRISE EN CHARGE

DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

EN MEDECINE GENERALE

SOMMAIRE

Repères Anatomiques du Sein	84
Physiologie de la lactation	88
Avantages et Risques de l'Allaitement Maternel	91
Composition du Lait	103
Déroulement de la Tétée	108
S'assurer qu'un enfant est correctement allaité	110
Allaitement Maternel et Croissance	113
Prise en charge des Pathologies Mammaires	122
Autres Questions sur l'Allaitement Maternel	131
Allaitement Maternel et Médicaments	137
Petit Matériel d'allaitement(ajout)	173
Conservation du Lait	179
Le Sevrage	181
La Législation	183
Formation sur l'allaitement(ajout)	185
Documents et adresses utiles aux médecins et aux parents(ajout)	187

REPERES ANATOMIQUES

(16)(4)(106)(90)(66)(89)(96)(7)

I) Le tissu glandulaire (Glande exocrine)(Schéma 1)

Ce tissu prolifère, dès la nidation puis pendant les quatre premiers mois de la grossesse, sous l'action de nombreuses hormones et au dépend du tissu adipeux. Ainsi au 4^{ème} mois de sa grossesse, une femme enceinte est capable de produire du colostrum.

L'unité de base est l'acinus (ou alvéole) formé d'une unique couche de cellules sécrétrices. Il n'existe pas de membrane basale : les échanges avec le tissu vasculaire sont donc rapides.

Les acini se regroupent par 10 à 100 unités en lobules.

Les lobules se regroupent par 20 à 40 unités en lobes. Il existe ainsi 15 à 20 lobes.

Le lait sécrété circule dans les canaux galactophores puis s'extériorise au niveau des pores galactophores du mamelon (1 pore par lobe environ).

En arrière du mamelon et sous l'aréole, les canaux se dilatent pour former les sinus qui contiennent le pré lait (ou tisane) dont l'utilité sera expliquée plus loin.

ASPECT PRATIQUE : La quantité de tissu glandulaire est la même chez toutes les femmes.

La capacité d'allaiter n'est pas liée à la grosseur des seins avant ou pendant la grossesse.

II) Le tissu myoépithélial

Constitué de fibres musculaires disposées en forme de pieuvre au pourtour des acini et des canaux, il joue un rôle dans l'excrétion du lait sous l'effet de l'ocytocine.

III) Le tissu graisseux et conjonctif

Le tissu graisseux donne forme, volume et consistance au sein. Sa quantité varie d'une femme à l'autre c'est pourquoi elles n'ont pas la même taille de soutien gorge.

Entre les cellules adipeuses, sont noyées quelques fibres conjonctives qui ne permettent pas au tissu de résister à des distensions importantes : toute variation brutale du tissu graisseux (prise de poids, blocage médicamenteux de la lactation, engorgement ...) peut entraîner de gros préjudices esthétiques.

Ce tissu évolue peu pendant la grossesse mais il s'enrichit de cellules adipeuses nécessaires à la lactogénèse. D'autre part, il se caractérise, pendant l'allaitement, par sa richesse en éléments de défense anti-infectieuse limitant oedème et inflammation du sein.

IV) Le tissu sanguin et lymphatique

Il est minime en dehors de la gestation et prolifère surtout en fin de grossesse. Il apporte les nutriments nécessaires à la lactogénèse.

V) La peau

A) L'emballage cutané

Tout comme les testicules, les seins sont des organes externes pour être gardés au frais. Ils sont seulement enveloppés par une peau fine et peu élastique résistant mal aux tensions (et surtout aux variations de volume).

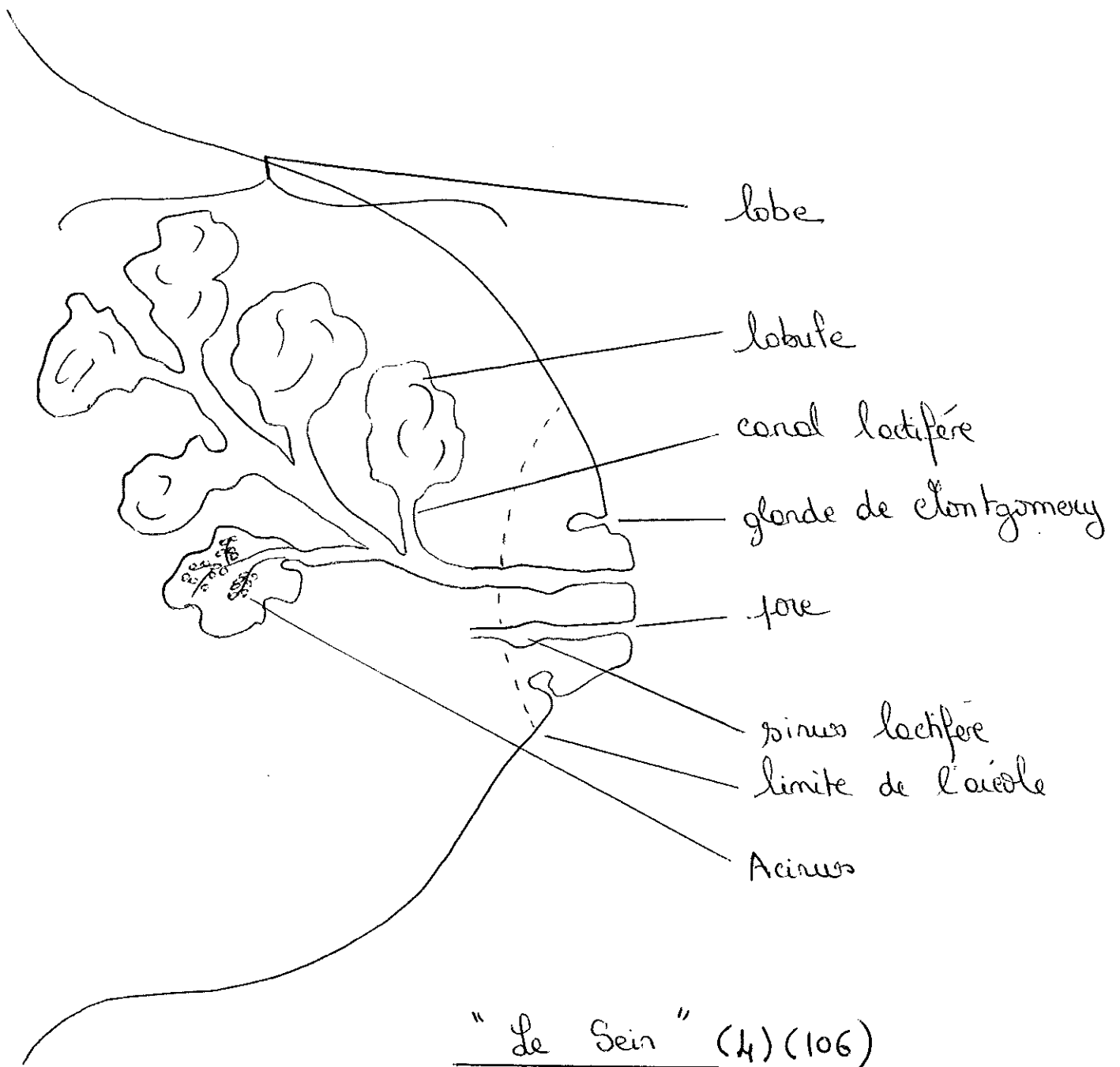
B) L'aréole

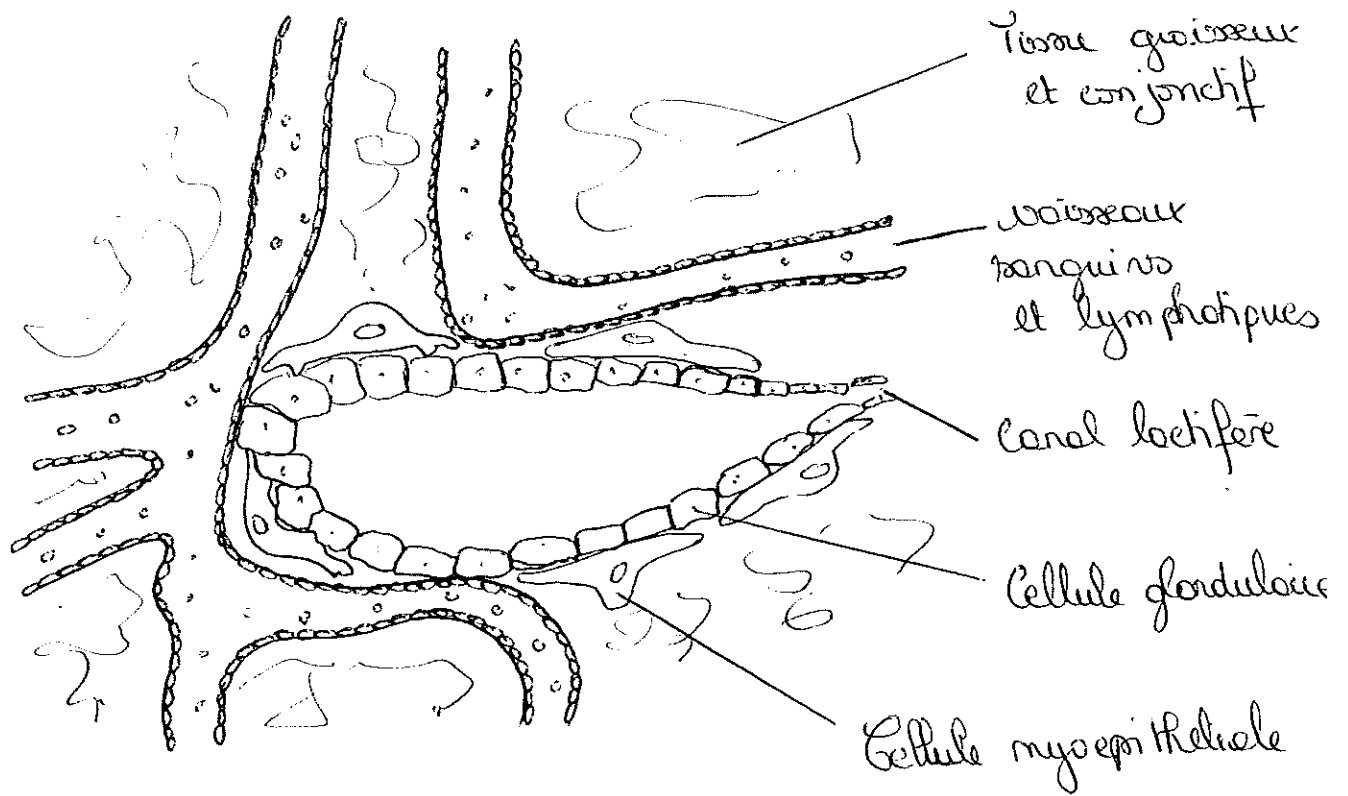
C'est une surface cutanée circulaire rose ou brune, plus pigmentée et plus large chez la femme enceinte qui allaite. Elle est plus riche que la peau en fibres élastiques afin de résister aux efforts mécaniques de la tétée.

Au centre de l'aréole se trouve un petit cône arrondi de même carnation que l'aréole : le mamelon où s'abouchent les canaux galactophores. C'est un organe érectile sensible aux variations thermiques, au toucher, à la succion etc....

Dès le début de la grossesse, grossissent et se multiplient les tubercules de MORGAGNI pour se transformer en tubercules de Montgomery qui sécrètent un produit blanchâtre, épais et crémeux, véritable concentré d'odeur de la mère et qui permet la lubrification de l'aréole et du mamelon.

En arrière et en profondeur de cette aréole s'étend tout un réseau de récepteurs sensitifs sensibles à un étirement longitudinal oscillant.





Coupe d'un Acinus (106)

PHYSIOLOGIE DE LA LACTATION

(70)(7)(96)(41)(16)(60)(106)(90)(66)(89)

I) Les hormones de la lactation

A) La prolactine

C'est une hormone sécrétée par l'hypophyse antérieure sous le contrôle de l'hypothalamus. (Pic sérique en 20 à 40 mn ; demi vie de 45 mn).

La Prolactine augmente pendant la grossesse mais son action est bloquée par la progestérone placentaire. Dès la délivrance, le taux des hormones placentaires chute d'où levée du frein sur la prolactine.

La prolactinémie n'augmente par la suite qu'en réponse à la succion adéquate du mamelon: le taux de base varie avec la fréquence et la durée des tétées en post partum immédiat. Puis, le taux plasmatique va diminuer au fil du temps malgré la poursuite de l'allaitement mais en contre partie il a été observé une augmentation des récepteurs à la prolactine au niveau mammaire.

Les rôles de la prolactine sont multiples :

Initiation à la lactation que la femme allaite ou non et montée laiteuse entre 36 à 72 heures après l'accouchement.

Fabrication active du lactose, des protéines et des acides gras insaturés du lait

Initiation au maternage (effet apaisant et relaxant)

La prolactine présente dans le lait pourrait avoir un effet sur les échanges hydro électrolytiques du tube digestif de l'enfant.

B) L'ocytocine

C'est une hormone sécrétée par l'hypothalamus puis stockée par la post hypophyse.

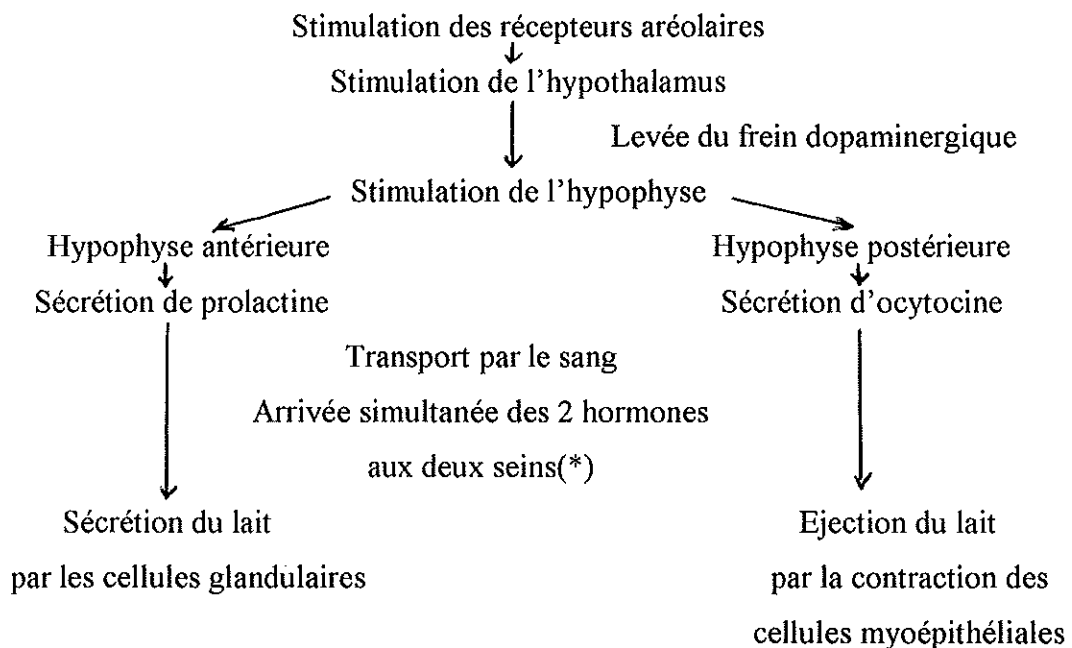
Le largage sanguin s'effectue sous contrôle de l'hypothalamus dès la mise au sein. Le taux sanguin d'ocytocine peut augmenter aussi en réponse à d'autres types de stimulations, surtout le premier mois : stimulation cutanée du mamelon , facteurs émotionnels, pleurs de l'enfant ; ces réflexes disparaissent avec le temps. Au contraire, le largage peut être inhibé par le doute, l'anxiété, le stress...

L'ocytocine initie la contraction des cellules myoépithéliales et donc l'éjection du lait. Ce n'est donc pas l'enfant (ni le tire lait) qui fait sortir le lait du sein: l'excrétion est un phénomène actif qui permet au lait d'arriver directement sous pression dans le carrefour aéro-digestif de l'enfant.

C) Les autres hormones

L'hormone lactogène placentaire, les prostaglandines, les glucocorticoïdes, les hormones de croissance, les hormones thyroïdiennes, l'insuline : si leur participation ne fait plus de doute, leurs rôles respectifs sont encore mal définis.

D) De la succion à la sécrétion du lait



(*) L'arrivée simultanée des 2 hormones aux 2 seins explique pourquoi :

- le lait sécrété est directement éjecté
- l'enfant ne tétant un sein, l'autre sein peut couler spontanément.

Tous ces mécanismes sont involontaires, inconscients mais l'allaitement ne peut se résumer à un tel schéma : le désir d'allaiter et la volonté ne sont pas suffisants pour réussir un allaitement. En effet, l'hypothalamus est soumis à la régulation du système limbique, centre des émotions. Ainsi, plus la mère est calme et se laisse aller à l'euphorie de la naissance, « moins elle intellectualise », plus elle a de chances de voir son allaitement démarrer le mieux du monde. La mise en route doit donc se faire dans le calme et l'intimité en dehors des regards voyeurs ; les explications théoriques tardives ainsi que les commentaires désagréables sont d'autant des facteurs d'échec. Puis, après plusieurs semaines d'allaitement, le corps est conditionné, il a fait son apprentissage et devient moins dépendant de ces émotions.

II) Les modes de régulation de la sécrétion du lait

A) la Loi de l'offre et de la demande

Cette loi simple se résume ainsi : plus le bébé tète plus la sécrétion augmente et vice versa.

Ainsi , en moyenne, un nouveau né demande 8 à 12 fois le sein en 24 heures et tète environ 6 heures par jour. Les restrictions basées sur l'alimentation au biberon ne sont aucunement applicables à l'allaitement maternel et n'ont aucun fondement scientifique.

B) La régulation autocrine : une régulation locale

La sécrétion d'une substance X par un type de cellules serait inhibée par la substance X elle-même. Ainsi, une substance présente dans le lait diminuerait la sécrétion lactée : plus il y a de lait restant en fin de tétée, plus la substance est en contact avec les cellules glandulaires et plus elle inhibe la sécrétion lactée. Le but serait de réguler les quantités de lait en fonction des besoins de l'enfant et d'économiser des dépenses d'énergie de la mère.

C) Le degré d'évacuation du sein

Des auteurs australiens auraient démontré la capacité du sein à stocker du lait, capacité variant d'un sein à l'autre chez une mère et d'une mère à l'autre. L'hypothèse avancée est qu'un sein fabriquerait plus ou moins vite et en plus ou moins grande quantité du lait en fonction de la quantité de lait laissée par l'enfant à la tétée précédente.

AVANTAGES ET RISQUES

DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

(90)(8)(38)(41)(70)

I) Des avantages pour l'enfant bien connus

A) Les avantages nutritionnels (58)(71)(106)(16)

Outre une composition biochimique connue de tous et adaptée à la croissance physique et cérébral de l'enfant humain, le lait maternel contient aussi de nombreux facteurs trophiques et hormones de croissance qu'aucun lait de substitution ne peut se vanter de posséder.

B) Diminution de la morbidité et de la mortalité (1)(24)(27)(31) (57)(58)

a) Diminution des affections aiguës bactériennes et virales

Otites, VRS, méningites, maladies diarrhéiques, entérocolites, infections urinaires régressent grâce aux éléments immunitaires spécifiques du lait humain et absents des laits de substitution (immunoglobulines, lymphocytes, facteurs anti-inflammatoires, lysosymes...)

b) Diminution des maladies chroniques et auto immunes

Il permettrait de ralentir le développement de la maladie coeliaque, une diminution de l'incidence de maladie de CROHN et de la RCH. Il éviterait ¼ des DID. Il diminuerait l'apparition des lymphomes avant 15 ans.

c) Diminution des troubles allergiques

La barrière intestinale anti-allergique n'est efficace qu'à partir de 3 mois ½ c'est pourquoi l'allaitement au sein exclusif est recommandé pendant au moins quatre mois par l'OMS et la diversification ne doit pas être introduite lors de cette même période.

Certains auteurs rapportent aussi des études évoquant l'hypothèse d'une prévention par l'allaitement maternel contre l'atopie chez les sujets à risque.

d) des vertus anti-inflammatoires découvertes récemment (96)

e) Amélioration de la réponse vaccinale pour BCG et Haemophilus influenzae B.

e) Protection contre les troubles cardio-respiratoires

L'allaitement semble moins stressant que l'alimentation au biberon avec des rythmes respiratoires et cardiaques, une saturation en oxygène plus stables. Il n'est donc pas déconseillé d'allaiter des enfants dyspnéiques. Afin de diminuer le travail de l'enfant, il faut seulement conseiller à la mère de mettre son bébé au sein après avoir déclenché le flux d'éjection, de tirer son lait en fin de tétée si l'enfant est fatigué ou si sa croissance n'est pas satisfaisante.

Le lait maternel est très riche en cholestérol. Cependant le taux sanguin de cholestérol total et le rapport HDL/LDL, chez l'enfant allaité, ne sont augmentés que pendant les premiers mois. La présence de cholestérol en grande quantité favoriserait-elle la mise en place de systèmes de dégradation du cholestérol dès le plus jeune âge, chez les enfants allaités ?

C) Chez les prématurés et les hypotrophes (1)(24)(58)(71)(99)(106)

a) En cas de prématurité

Le lait est adapté à l'immaturité des fonctions vitales, à la croissance plus rapide et à la faible immunité. Les prématurés allaités sont ainsi protégés de l'entérocolite ulcéro nécrosante.

b) Chez les hypotrophes

Le lait maternel permet un gain plus significatif du poids et de la taille pour un allaitement minimum de 3 mois. Ce gain semble persister à l'arrêt de l'allaitement.

D) Allaitement et croissance cérébrale(58)

Il aurait été démontré une augmentation des scores d'aptitude intellectuelle chez les enfants allaités surtout chez les prématurés.

E) Allaitement et obésité (92)

La diminution des risques d'obésité serait proportionnelle à l'augmentation de la durée d'allaitement.

F) Les raisons anatomiques(2)(20)

a) Mise en place de la coordination motrice

Tout comme la langue et les lèvres, les muscles de la face participent à la tétée. Ces muscles sont coordonnés aux autres muscles du corps ce qui facilite le développement moteur.

b) La dépression intra buccale créée par la tétée et ses conséquences

Evacuation de la salive des glandes salivaires, réflexe qui n'apparaît qu'entre 12 et 18 mois.

Assistance à la croissance faciale. Seuls la base du crâne, le chondro crâne et le septo vomer ont une croissance autonome. Le reste grandit grâce aux incitations extra osseuses. Les germes dentaires migrent et croissent aussi en fonction de ces contraintes mécaniques.

c) Le lait maternel, véhicule des goûts de l'alimentation maternelle

II) Pour l'enfant oui ! Mais pour la mère aussi. (1)(58)(60)(73)(106)

A) Allaitement et utérus

L'ocytocine engendre des contractions utérines : la délivrance est facilitée ainsi que l'arrêt des saignements et l'involution utérine.

B) Allaitement et tube digestif

Les hormones lactogènes favorisent la croissance de la surface d'absorption digestive et accélèrent le métabolisme hépatique : à ration alimentaire équivalente, l'organisme absorbe plus et plus vite les nutriments. Lors d'un allaitement prolongé et à ration alimentaire égale, la production de lait nécessite de puiser dans les réserves de graisse de la mère : voilà un bon moyen de maigrir sans efforts.

C) Allaitement et esthétique

Les préjudices esthétiques sont liés à des variations brutales de volume des seins. Or l'allaitement permet une diminution toute en douceur de ce volume contrairement aux inhibiteurs de la lactation.

D) Economie de temps et d'énergie

Acheter, transporter l'eau et le lait. Préparer les biberons, les faire réchauffer. Se lever la nuit... Pas d'encombrement supplémentaire en voyage

L'absence de règles et une meilleure absorption du fer limitent la carence martiale.

E) La fécondité

L'ovulation est bloquée pendant l'allaitement. Une femme qui allaite voit donc ses risques de concevoir diminuer mais elle n'est pas inféconde. (Conception dans 2 à 10% d'allaitements exclusifs au sein.).

ASPECT PRATIQUE : Les tétées à heures fixes, l'abandon des tétées de la nuit, l'utilisation de compléments favorisent donc une reprise de l'ovulation.

F) Equilibre hormonal

Les hormones lactogènes interfèrent dans le métabolisme et la circulation d'autres hormones (ACTH, Hormones de croissance, TSH ...).

L'allaitement entraînerait une baisse significative des besoins insuliniques chez les femmes atteintes de DID et de diabète gestationnel.

G) Diminution des risques d'ostéoporose

H) Certains auteurs évoquent même la diminution des cancers du sein, des cancers de l'endomètre pré ménopausiques et des cancers de l'ovaire.

Ces effets seraient inversement corrélés à la durée de l'allaitement.

I) Diminution des Infections urinaires (96)

Par passage d'oligosaccharides dans les urines de la mère.

J) Développement de l'instinct maternel (66)

III) La relation mère enfant (1)(103)(106)

La tétée, moment de plaisir, participe de façon incomparable à l'établissement du lien entre la mère et l'enfant. Cela est particulièrement intéressant en cas de prématurité, d'hospitalisation de l'enfant, périodes pendant lesquelles la mère se sent souvent dépossédée de son rôle.

IV) Les budgets de la famille et de l'état souffrent moins (1)

L'achat de poudres, eau minérale, biberons, tétines etc.... entraînent des frais pour les familles. Alors pourquoi est-ce dans les familles les plus pauvres que les femmes allaitent le moins ? C'est sans compter sur la réduction des frais médicaux supplémentaires (consultations, visites, hospitalisations) et du coût de l'absentéisme maternel au travail puisque les enfants allaités sont moins malades et que l'allaitement a des effets bénéfiques aussi sur la santé de la mère..

N'oublions pas l'effet anticonceptionnel et la diminution des coûts liés à l'utilisation des contraceptifs et la diminution des coûts des programmes de planification familiale.

Ainsi, en 1994, si les mères françaises avaient allaité 4 à 6 mois de façon exclusive (1):

- l'économie pour la famille par enfant aurait été de l'ordre de 1830 euros (12 000 francs) soit 20% d'un SMIC annuel
- et l'état aurait économisé plus de 170 millions d'euros (1 milliard d'euros)

V) Les risques liés au lait humain (106)(68)(89)(7)

A) Une seule contre indication formelle à l'allaitement maternel : la galactosémie congénitale

C'est une maladie exceptionnelle qui touchent une vingtaine de familles bien identifiées.

B) L'allaitement partiel est possible dans la phénylcétonurie et la leucocinose

C) Intolérance au lactose

L'allaitement doit être définitivement suspendu en cas de déficit congénital en lactase ou en cas de déficit primaire acquis en lactase.

Il pourra seulement être suspendu temporairement en cas de déficit secondaire acquis en lactase.

D) Les contre-indications liées à la mère

Ce sont les maladies maternelles graves (cardiaques, pulmonaires, hépatiques, rénales, psychiques) mais certaines sont compatibles avec un allaitement.

a) L'hyper prolactinémie

Elle n'est pas contre-indiquée sauf en cas de reprise de la BROMOCRIPTINE*. Une surveillance est nécessaire en cas de Macro Adénome.

b) Diabète

L'allaitement a le plus souvent un effet positif sur le diabète de type II et le diabète gestationnel avec parfois rémission ou partielle de la maladie.

Les hypoglycémies peuvent se produire et entraîner une inhibition du réflexe d'éjection.

Les hyperglycémies s'accompagnent de passage lacté de corps cétoniques pouvant avoir des effets toxiques chez l'enfant.

Il faut donc une auto-surveillance glycémique renforcée et une recherche des corps cétoniques urinaires augmentée. Il faut allaiter après un repas car l'insuline augmente la production de lait. Il faut un soutien actif des mères car souvent les diabétiques ont plus de difficultés de démarrage et elles ont plus de complications infectieuses.

c) Les lésions neurologiques

Il faut déterminer si l'allaitement est possible en sachant que les seins sont innervés par les 4èmes (sensibilité mammaire et aréolaire), 5èmes et 6èmes paires des nerfs intercostaux. En résumé, si la lésion est au dessus de D6 il risque d'y avoir des problèmes d'allaitement alors qu'une lésion sous D6 ne devrait pas poser de soucis.

d) Cancers du sein

Seule la chimiothérapie contre indique l'allaitement.

E) L'insuffisance en Vitamine K1

Celle ci est palliée désormais dès la naissance et tout au long de l'allaitement maternel.

F) Les risques immunologiques

Il est vrai que les anticorps de la mère passent dans le lait : mais que deviennent t-ils dans le tube digestif de l'enfant ?

G) Les risques infectieux

a) Transmission d'une infection du sein ou de la mère à l'enfant

1) Tuberculose :

Allaitement suspendu mais la mère tire son lait et le jette : l'allaitement peut ainsi reprendre dès que la mère est traitée et n'est plus contagieuse (15 jours après le début du traitement) et que l'enfant reçoit une chimiothérapie préventive.

2) Varicelle pré-natale (dans les 5 jours précédents) ou post-natale (dans les 2 jours après la naissance) :

Séparer la mère de l'enfant mais elle peut tirer son lait s'il n'y a pas de lésions mammaires et le donner à son enfant. La contagion cesse quand il n'y a plus de nouvelles lésions pendant 72 heures et que toutes les lésions sèchent.

3) Rougeole :

L'enfant doit être isolé de la mère pendant 72 heures au moins mais il peut continuer à recevoir le lait de sa mère

4) Zona, Herpès

L'allaitement peut être poursuivi sauf s'il existe des lésions mammaires.

b) Transmission des virus pathogènes

1) VIH, HTLV 1 et 2.

L'allaitement est interdit (dans les pays industrialisés) en cas d'infection chez la mère

2) Hépatite C.

Les auteurs ne se sont pas encore accordés sur le sort des mères allaitantes porteuses.

3) Hépatite B

Il n'y a pas de contre-indication à l'allaitement si l'enfant reçoit des Immunoglobulines dès la naissance et que la vaccination est débutée.

4) Une fièvre inexpliquée

Elle doit faire suspendre momentanément l'allaitement le temps du diagnostic: la mère peut continuer à tirer son lait sans le donner à son enfant afin de reprendre l'allaitement par la suite.

5) Les dons de lait

Les risques existent mais sont maintenant limités par plusieurs mesures :

1986 : Interdiction du don de lait frais directement d'une mère à une autre

1992 : Dépistage gratuit et obligatoire du SIDA, des hépatites B et C et des HTLV 1 et 2 dès le premier don puis tous les trois mois. Ce dépistage s'effectue même si la mère donne son lait pour son enfant et même si elle a allaitée son enfant plusieurs jours avant.

H) Les risques toxiques

a) Allaitement et polluants environnementaux

Les risques existent mais sont mal définis car des facteurs multiples gouvernent l'absorption. Différentes mesures ont été prises pour préserver la santé des enfants comme la détermination de doses quotidiennes acceptables et tolérables.

b) Allaitement et café

1) Chez la mère :

Diminution des oligo-éléments (fer) dans le lait maternel pour au moins 3 tasses par jour.
Augmentation de la production de lait. Le passage lacté est rapide mais peu important .

2) Chez l'enfant

Le taux d'absorption de la caféine est mal défini cependant il reste faible. La demi vie est longue : risques d'accumulation. La prise répétée de caféine peut provoquer l'agitation, l'irritabilité et les troubles du sommeil chez le nouveau né .

3) Au total

1 à 2 tasses de café par jour avec plus de 4 heures d'intervalle

c) Allaitement et tabac

1) Chez la mère :

Difficultés de démarrage de la lactation, diminution de production de lait, un lait plus pauvre en graisses, durée d'allaitement amoindrie. Le passage lacté de la nicotine est rapide : le taux lacté dépend du nombre de cigarettes par jour, du nombre de cigarettes entre 2 tétées, de l'intervalle de temps entre la dernière cigarette et la tétée.

2) Chez l'enfant :

Les concentrations plasmatiques sont moins élevées que chez la mère mais augmentent proportionnellement au tabagisme maternel et tabagisme passif. La demi vie est plus longue d'où risques d'accumulation. Les effets toxiques chez l'enfant : ralentissement de la croissance physique, augmentation des affections respiratoires surtout pour des doses supérieures à 10 cigarettes par jour, tachycardie, troubles digestifs et intoxication à la nicotine.

3) Au total

Ne pas fumer dans l'heure qui précède la tétée. Fumer un maximum de 10 cigarettes par jour. L'abstinence reste cependant la meilleure solution.

d) Allaitement et alcool

1) Chez la mère :

L'alcool en petites quantités est réputée comme galactogène. Actuellement, le contraire est démontré. Le passage lacté est rapide et la concentration lactée proche de la concentration plasmatique.

2) Chez l'enfant :

Intoxication aiguë, difficultés pour téter, Cushing, augmentation de la somnolence, altération du développement psycho moteur et risques de troubles de la coagulation. L'alcool altère l'odeur du lait chez l'animal : la perception précoce et répétée de l'alcool pourrait avoir une influence sur l'attirance future pour l'alcool.

3) Au total

Allaitement et alcoolisme au quotidien ne sont pas compatibles. La prise occasionnelle est possible mais il faut éviter d'allaiter dans les 2 heures qui suivent la prise et en cas de prise il faut surveiller la vigilance de l'enfant.

e) Allaitement et toxicomanie

1) Cannabis:

Provoque chez l'enfant sédation, hypotonie musculaire, troubles de la succion. Impact à long terme non connu. **CONTRE-INDICATION FORMELLE**

2) Héroïne et produits de substitution :

Il existe peu de données en cas d'allaitement. Pour le traitement voir « Allaitement et Médicaments »

3) Cocaïne

Elle passe dans le lait maternel : **CONTRE-INDICATION ABSOLUE**

COMPOSITION DU LAIT

(89)(96)(41)(70)(16)(7)(8)(106)(90)(76)(77)(78)

I) La fabrication du lait

Elle débute lorsque la prolactine se fixe sur ses récepteurs des cellules glandulaires.

90% des constituants du lait proviennent de la filtration passive du sang vers les cellules glandulaires : eau, protéines de bas poids moléculaires, quelques acides gras, sels minéraux et vitamines et cellules anti-infectieuses.

Seuls le lactose, les caséines et les graisses sont issus d'une fabrication active au sein de la cellule. Cette fabrication obéit à un code génétique.

Le lactose est assemblé en premier puisque cette manœuvre ne nécessite que 2 molécules et 2 enzymes et parvient à l'enfant avec les produits de la filtration.

Puis sont fabriquées les caséines et enfin apparaissent en fin de tétée, les lipides apportant la ration énergétique.

ASPECTS PRATIQUES :

La composition du lait varie au cours de la tétée. Si on change le bébé de sein au terme d'un temps arbitraire (souvent 10 mn) l'enfant peut ne recevoir que du lactose et pas de graisses. Or ces graisses apportent la ration énergétique et entraînent la sensation de satiété.

Entre les tétées persiste une filtration passive d'eau, de sucres et sels minéraux constituants du pré lait (ou tisane) stocké dans les sinus des canaux galactophores. C'est ce pré lait que l'enfant boit en début de tétée et le motive à continuer sa succion. C'est aussi ce pré lait qui a été analysé pendant de nombreuses années et a donné naissance à la légende du « lait peu nourrissant ».

II) La composition du lait est spécifique de l'espèce

La synthèse des éléments obéit au code génétique spécifique de chaque espèce.

Dans toutes les espèces les mêmes classes de composants sont représentées mais dans des proportions différentes : le lait de vache est plus riche en protéines mais il est deux fois moins sucré que le lait maternel. Ainsi la croissance du veau est plus rapide que celle de l'enfant mais le cerveau humain évolue et grossit deux fois plus vite que la cervelle du veau.

Certains composants sont cependant spécifiques d'une espèce : les caséines sont différentes d'une espèce à l'autre ; la bêta lactoglobuline de la vache est absente chez l'homme qui lui possède l'alpha lactalbumine .

III) La composition et la quantité de lait s'adapte à l'enfant au cours du temps

A) Le colostrum

Le colostrum est un concentré de sels qui retiennent l'eau que l'enfant perd à sa naissance.

Il contient un système complet de défense contre les microbes sous forme de protéines qui sont des Immunoglobulines à 90% (Ig A sécrétoires surtout) et des cellules de défense (macrophages surtout mais aussi polynucléaires neutrophiles et lymphocytes). Les Ig A sécrétoires synthétisés via le cycle entéro-mammaire sont spécifiques des antigènes de l'environnement et de l'alimentation de la mère et apportent une protection adaptée au milieu dans lequel l'enfant doit vivre. Ce même type de cycle existerait au niveau respiratoire.

Au niveau intestinal, le pouvoir osmotique du colostrum facilite l'évacuation du méconium et rend acide les selles d'où multiplication des bifidobactéries saprophytes et limitation de l'implantation des bactéries pathogènes.

Il possède les éléments essentiels à la maturation de ses fonctions vitales (hormones de croissance) et évite tout travail inutile (surtout hépatique et rénal) au nouveau né puisque les matériaux de construction sont prédigérés (acides aminés prêts à l'emploi).

B) Progressivement, sur une vingtaine de jours environ, le lait s'adapte aux capacités d'autonomie de l'enfant.

Cependant ce délai dépend aussi du terme de la grossesse au moment de l'accouchement : le colostrum dure plus longtemps en cas de prématurité.

Progressivement le volume produit augmente et le lait s'enrichit en lactose et en lipides tandis que les concentrations protéiques diminuent : on obtient alors un liquide aqueux, transparent et presque bleuté : LE LAIT. Cet aspect trompeur a d'ailleurs aussi beaucoup contribué à la naissance de la légende du lait « peu nourrissant ».

a) Les Protéines (caséines et protéines du lactosérum)

1) Propriétés nutritives adaptées aux besoins de l'enfant.

La nature des acides aminés est adaptée à l'immaturité hépatique et rénale du nouveau né (moins de Méthionine).

Richesse en Taurine qui facilite l'absorption des graisses et qui joue un rôle de transmetteur et modulateur du système nerveux central.

Les protéines du lactosérum étant beaucoup plus nombreuses que les caséines (contrairement au lait de vache), le coagulum gastrique est moins épais ce qui facilite la vidange gastrique et la digestion.

L'alpha lactalbumine humaine est un élément important du système enzymatique de la synthèse du lactose.

La lactoferrine permet le transport du fer et son absorption au niveau intestinal. D'autres peptides ligands ont le même rôle vis à vis de la VIT B12, acide folique et Zinc.

2) Propriétés immunologiques

Les caséines humaines ont un effet facilitateur sur l'activité bifidus au niveau intestinal.

Absence de bêta-lactoglobuline présente dans le lait de vache et responsable des allergies au lait de vache.

La lactoferrine a une activité bactériostatique liée à la compétition vis à vis du fer. Le même processus est établi pour d'autres peptides ligands vis à vis de la VIT B12, acide folique et Zinc.

Les Ig A sécrétoires protègent les muqueuses digestives comme nous l'avons déjà dit.

Les lysosymes ont une activité bactéricide.

Les nucléotides favorisent le développement et l'activité des tissus lymphoïdes, la production d'interleukines 2 et la prolifération des bifidobactéries.

3) Elaboration des tissus

Elles auraient un effet trophique sur la muqueuse intestinale et un effet bénéfique sur le métabolisme hépatique et elles agiraient sur le profil lipidique.

4) Modification de la motilité intestinale

Par les peptides opioïdes et la motiline dérivés des caséines.

5) Compensation de l'immaturité digestive par des enzymes (lipase, alpha amylase ...)

b) Les glucides

- 1) Métabolisme énergétique
- 2) Fabrication des galactolipides du système nerveux central
- 3) Propriétés immunologiques

Transformation en acide lactique et acétique ce qui abaisse le pH intestinal : l'acidité inhibe la croissance de certaines bactéries pathogènes. Richesse en oligosaccharides facilitant la croissance des facteurs bifidus et inhibant l'adhérence des germes pathogènes à l'intestin.

c) Les lipides

- 1) Principale source d'énergie
- 2) Absorption des vitamines liposolubles
- 3) Elaboration des tissus humains

Les métabolites de l'acide linoléique et l'acide alpha linoléique (2 acides gras essentiels qui dépendent d'apports exogènes) ainsi que l'acide arachidonique, le DHA et EPA sont des constituants essentiels des membranes du tissu nerveux et des tissus sensoriels comme la rétine. Or ces composants sont quasi absents du lait de vache.

D'autre part les graisses du lait maternel sont remarquablement bien absorbées via leur forme de globules graisseux et la présence dans le lait d'une lipase hydrolysant les triglycérides et activant la lipase pancréatique.

4) Effets immunologiques

Certaines acides gras altèrent directement les membranes virales et bactériennes.

d) Les cellules : Effets immunologiques

Les macrophages et lymphocytes ont un effet virucide et bactéricide direct mais joue aussi un rôle de transfert de l'immunité de la mère à l'enfant.

e) Les hormones et peptides trophiques du lait

1) Elaboration des tissus (GH, insuline, IGF 1, EGF, Prolactine...)

2) Facilitation de la croissance, la différenciation d'organes et tissus

3) Rôle de l'EGF dans le transport du calcium et du lactose.

4) Effets immunologiques

f) Remarquable bio disponibilité des sels minéraux du lait humain pour compenser des concentrations lactées très pauvres

75% pour le calcium, 70% pour le fer, 70% pour le Zinc qui joue un rôle dans de nombreux systèmes enzymatiques. Bio disponibilité forte aussi pour le cuivre qui intervient dans la synthèse de l'hème, du collagène, de l'élastine, de neurotransmetteurs et dans le métabolisme énergétique. Il en est de même pour le sélénium intervenant dans l'anti-oxydation des membranes cellulaires, le métabolisme des hormones thyroïdiennes .

g) Les vitamines

Leurs taux correspondent aux besoins du nouveau né. Une seule insuffisance apparaît cependant : la Vitamine K qui doit être supplémentée.

Une supplémentation en Vit D est aussi conseillée.

DEROULEMENT DE LA TETEE

(106)(90)(53)

I) Premier facteur de réussite : une bonne position

La mère doit être confortablement installée : aucune tension musculaire ne doit être ressentie.

Les positions idéales de l'enfant sont celles pour lesquelles son ventre est au contact de la mère, son menton est collé au sein et sa bouche est dans l'axe de l'aréole et du mamelon.

Les gencives de l'enfant doivent être en arrière du mamelon sur l'aréole, ses lèvres sont retroussées sur le sein et quand on abaisse la lèvre inférieure on voit la langue en gouttière sous le sein. Les tempes du bébé bougent au rythme des mouvements de succion.

L'enfant respire correctement même si son nez est collé au sein. Si la mère a peur que l'enfant s'étouffe, elle peut soutenir le sein tété par dessous.

Une mauvaise position peut causer trois problèmes : tétée inefficace, fausses-routes et crevasses

II) Second facteur de réussite : la succion efficace

A) Le bébé est guidé vers le sein : le réflexe de fousissement

La mère effleure les lèvres de son bébé avec le mamelon. L'enfant, attiré par la substance sécrétée par le Tubercules de Montgomery, fouine du nez et, une fois la région repérée, ouvre la bouche et saisi le sein.

Le fousissement est très développé en post-partum immédiat: la première mise au sein doit s'effectuer dans les 2 heures du post-partum. La désinfection de l'aréole avant la tétée supprime un repère qui est l'odeur : c'est un facteur d'échec. Il est donc conseillé une douche par jour et quelques savonnages des seins par semaine en évitant de les effectuer avant une tétée

B) La succion et la déglutition infantiles

L'enfant sort sa langue, l'enroule en gouttière sous l'aréole et amène le mamelon jusqu'au milieu du palais. Il bouge sa langue en un mouvement d'étirement ondulatoire auquel les récepteurs sont sensibles : c'est le signal tétée. En même temps, les mâchoires appuient sur l'aréole afin de comprimer les sinus lactifères et faciliter la sortie du lait maternel. L'enfant tétant dans l'axe du jet, le liquide arrive directement sous pression dans l'œsophage. Il tète, avale et respire en même temps.

Au début de la tétée, l'enfant fait sortir du pré lait qui prévient le bébé qu'il est au bon endroit pour s'alimenter et le motive à poursuivre son effort. Il suce rapidement mais dégluti peu. Puis survient un réflexe d'éjection, la succion est plus lente et on entend l'enfant déglutir à chaque mouvement de succion où entre 2, 3, 4, 5 mouvements de succion. Il survient plusieurs réflexes d'éjection par tétées entre lesquels l'enfant fait des pauses.

C'est l'aréole qui possède les récepteurs : sucer le mamelon est donc inefficace et sa forme au repos n'influe pas sur la réussite de l'allaitement.

Le mouvement de succion est puissant et la stimulation des récepteurs est prolongée. Cela explique l'hypersensibilité locale lors des dix premiers jours, sensation désagréable et inquiétante pour les mamans.

Il existe **un temps de latence** entre le début de la stimulation et la sécrétion/excrétion, période pendant laquelle rien ne s'écoule du sein : certains petits impatients se manifestent alors souvent bruyamment, comportement interprété par la maman comme un refus du sein. Il faut proposer à la maman de provoquer le flux d'éjection à la main ou au tire lait puis de mettre l'enfant au sein.

C) La déglutition adulte

La tétine pénètre seule dans la bouche et, afin d'en ouvrir les trous, l'enfant doit la pincer légèrement entre ces deux gencives. Le lait s'écoule et arrive sans pression dans la bouche : pour avaler l'enfant le pousse en arrière en remontant sa langue vers le haut. Le cerveau coordonne déglutition et respiration afin d'éviter les fausses-routes car l'enfant ne peut pas respirer et avaler en même temps. Pour reprendre son souffle l'enfant doit relâcher la tétine.

ASPECT PRATIQUE : l'expérience de la tétine chez un enfant allaité met en route l'apprentissage cérébral de ce type de déglutition ce qui entraîne souvent une confusion sein tétine.

COMMENT S'ASSURER QU'UN ENFANT EST CORRECTEMENT ALLAITE ?

(106)(90)(105)(89)(66)(41)(70)(81)(84)

I) Un enfant correctement allaité prend du poids

Les courbes des carnets de santé actuels correspondent à la croissance normale des enfants nourris au biberon et non allaités.

Un enfant allaité prend, en moyenne, 500 grammes par mois les 3 premiers mois. Il double son poids de naissance à 6 mois. Il triple son poids de naissance à 1 an.

II) Un enfant correctement allaité n'est pas déshydraté

A) L'hydratation est évaluée sur la clinique et sur les sorties.

a) Les urines

La quantité d'urine augmente à partir de J+3 et à une semaine l'enfant doit mouiller 4 à 6 changes complets par jour (un change complet mouillé = un change complet imbibé de 6 à 8 cuillerée à soupe d'eau)

b) Les selles :

Les 3 premiers jours l'enfant élimine son méconium puis les selles commencent à jaunir. Les selles deviennent nombreuses, jaunes, molles ou liquides. Elles peuvent être rares mais elles doivent être très abondantes et rester molles.

B) La situation d'hydratation est inquiétante :

Quand l'enfant mouille moins de 4 à 6 changes complets par jour à partir de la première semaine de vie. Quand l'enfant a moins de 3 à 4 selles jaunes et molles par jour à partir de la première semaine de vie.

C) La situation d'hydratation est alarmante

Quand l'enfant mouille moins de 2 changes complets par jour à partir de J+3.

L'enfant a toujours des selles foncées à J+5.

III) Un enfant correctement allaité tête fréquemment et de façon efficace

A) Ce à quoi il faut s'attendre

La plupart des bébés tètent 8 à 12 fois par jour lors du premier mois, les tétées durent au moins 15 à 20 mn.

Le bébé a la bouche grande ouverte quand il tète. Il a d'abord des mouvements de succion rapides puis, les mouvements deviennent plus lents et s'accompagnent de déglutition audible.

La mère ressent, en général, « la montée de lait » sous forme d'une contraction ou de picotements dans le sein.

La tétée n'est pas douloureuse.

L'enfant est calme et détendu après la tétée.

B) La situation est inquiétante :

Lorsque l'enfant tète moins de 8 fois par jour.

Les tétées sont courtes.

Lorsque la mère n'entend pas son enfant déglutir régulièrement

La mère a l'impression de ne pas avoir eu sa « montée de lait » à J+5

Les tétées sont douloureuses.

C) La situation est alarmante :

Lorsque l'enfant n'a que des mouvements de succion rapides et lorsque sa mère ne l'entend pas avaler.

Lorsque l'enfant dort en permanence ou au contraire est continuellement au sein.

IV) Un enfant correctement allaité est un enfant en bonne santé bien éveillé

La situation est inquiétante :

Si le bébé est apathique, pleure tout le temps ou est geignard

Si le bébé est maigre ou d'aspect vieux

Si le bébé est hypotonique ou hypertonique.

ALLAITEMENT MATERNEL ET CROISSANCE

(106)(105)(90)(89)(66)(41)(70)(81)(84)

I) Définitions des troubles de la croissance

A) On parle de stagnation staturo pondérale

Chez un enfant qui continue à perdre du poids au delà du 10ème jour de vie.

Chez un enfant qui n'a pas repris son poids de naissance à trois semaines de vie.

Chez un enfant dans la croissance pondérale et/ou staturale est en dessous de 2ème écarts type ou 3^{ème} percentile.

Chez un enfant qui présente une cassure brusque de courbe de croissance

B) Une courbe de poids inférieure à la moyenne mais régulière avec une croissance harmonieuse est définie comme une prise de poids lente.

La plupart sont liées à des facteurs héréditaires.

II) Principales causes de prise de poids insuffisante lors de l'allaitement au sein.

A) Les facteurs maternels

a) Une sécrétion de lait nulle ou insuffisante : agalactie et hypogalactie

1) En majorité (90%), conduite pratique de l'allaitement inadaptée.

2) Les causes primaires sont rares

Troubles hormonaux de l'axe hypothalamo hypophysaire et hypogénésies et agénésies mammaires.

3) Autres facteurs :

Fatigue, maladie, alimentation carencée, déshydratation, rétention placentaire, médicaments (PARLODEL*, pilule), autres toxiques, nouvelle grossesse.

Bouleversements émotionnels et troubles psychologiques.

Lésions chirurgicales ou traumatiques de la glande mammaire ou des canaux.

b) Une anomalie de l'éjection

1) Le réflexe d'éjection trop fort et ses manifestations :

L'enfant peut s'étouffer sous la pression du lait .

Il peut aussi refuser le sein ou le prendre mais laisse dégouliner du lait sur le coté.

Beaucoup d'air entrant lors de la déglutition, il peut apparaître des coliques violentes, une émission de selles vertes

2) Autres Facteurs

Facteurs émotionnels

Prise des médicaments (L dopa, ergot de seigle et METHERGIN) ou toxiques

Troubles hormonaux

Chirurgie ou traumatisme mammaire

c) Composition du lait inadaptée : « le lait pas assez riche » n'est qu'un mythe.

Le lait maternel suffit à lui seul pendant les 6 premiers mois de vie environ. Cependant il existe trois cas où la vigilance est nécessaire :

- La malnutrition majeure très rare dans nos pays occidentaux.
- L'involution mammaire (engorgements répétés, des tétées trop espacées ou des mastites répétées). On note alors une augmentation du sodium dans le lait donnant un goût salé désagréable.
- La grande prématurité (< à 1700 g): le lait maternel est l'aliment de base mais il doit être complété.

d) Les mamelons rétractés

L'aspect des mamelons avant la grossesse influe peu sur la réussite de l'allaitement pour 3 raisons :

- Le mamelon est un organe érectile sensible à la succion
- L'enfant ne tète pas le mamelon mais l'aréole
- La protractilité du mamelon s'améliore lors de la grossesse, avec le nombre de grossesses et avec le nombre et la durée des allaitements antérieurs.

Un examen systématique des seins en fin de grossesse permet de détecter les femmes qui sont susceptibles d'avoir des problèmes d'allaitement. Si, à l'inspection, le mamelon semble plat ou invaginé, il faut tester la protractilité du mamelon :

- Si le mamelon ressort : il faudra être attentif aux enfants faibles seulement.
- Si le mamelon reste rétracté , des problèmes peuvent se poser avec les enfants faibles ou non. Ces cas restent rares et en général l'invagination est unilatérale.

B) Les facteurs liés à l'enfant

a) Succion inefficace

1) Conduite inappropriée de l'allaitement

2) Confusion sein tétine(avec biberon et bouts de sein)

La confusion sein tétine intervient chez des enfants nourris au biberon dans les premières semaines de leur existence mais elle n'est pas systématique.

Les manifestations en sont invariables : le plus souvent les enfants refusent de prendre le sein ou prennent le sein mais la succion est inefficace.

3) Troubles variés de la succion

L'enfant tète ses lèvres : le plus souvent la lèvre inférieure avec crevasse sous le sein.

Le bébé rétracte sa langue : la langue enroulée dans le fond de la bouche est en friction avec le mamelon qui est douloureux, déformé et rouge vif.

Le bébé qui sert les gencives : trouble lié à un réflexe de morsure trop tonique. Le mamelon est décoloré après la mise au sein et les douleurs sont importantes lors des tétés.

4) Troubles neurologiques

Le bébé hypotonique : bébé qui lâche le sein et qui est très somnolent. Il faut rechercher un trouble neurologique en particulier une trisomie.

Paralysie linguale et palatine

Troubles cérébraux par anoxie ou hypoxie lors de la naissance

Trisomies, myasthénie, maladies neuro musculaires et autres maladies génétiques

5) Le bébé hypertonique

Ses enfants sont décrits comme des enfants « hypersensibles aux stimuli sociaux ».

Dans une atmosphère bruyante et/ou éclairée ils restent éveillés, le regard fixe, les sourcils froncés. La moindre tentative d'approche, aussi douce soit elle, entraîne une réaction, plus ou moins bruyante de l'enfant. Au maximum, il hurle, il vomit, il défèque.

6) Bébé somnolent (anesthésie péridurale, ictère du nouveau né)

7) Prématurité, post maturité et retard de croissance intra utérin

8) Candidose buccale

9) Anomalies anatomiques (fentes labiales et palatines, anomalies linguales)

Frein de la langue trop court : la langue de l'enfant n'est pas placée en gouttière sous le sein lorsqu'on abaisse la lèvre inférieure. Les symptômes en sont des crevasses du mamelon et du cadran inférieur de l'aréole.

b) Défauts d'assimilation du lait (vomissements, diarrhées ou maladie de malabsorption)

c) Autres facteurs (carence affective)

III) Que faire en cas de troubles de la croissance lors de l'allaitement maternel ?

A) Il faut évaluer la conduite de l'allaitement et corriger les défauts

Dans la majorité des cas d'insuffisance de sécrétion lactée, un allaitement efficace intensif pendant quelques jours doit suffire à corriger le trouble. Un excès d'hydratation ne sert à rien.

La mère doit consentir à passer beaucoup de temps avec son enfant : les tétées doivent être fréquentes et le bébé doit être laissé au sein tant qu'il le souhaite.

La mère doit pratiquer la super alternance : elle doit proposer le deuxième sein dès que l'enfant lâche le premier.

B) Recherche et prise en charge d'une pathologie de la mère ou de l'enfant

a) La confusion sein tétine : Il vaut mieux prévenir que guérir !

1) Prévention

En cas d'allaitement, les compléments ne sont donnés que sur prescription médicale et de préférence autrement qu'au biberon.

2) En cas de confusion avec les tétines :

Supprimer les tétines et les sucettes

Les compléments de lait de substitution sont remplacés progressivement par des compléments de lait maternel :

- 1^{ers} jours: pas de sein, pas de tétine (complément donné à la pipette, tasse , cuillère ...)
- 2^{ème} étape: on propose le sein après avoir nourri l'enfant avec le complément ou dès qu'il a envie de sucer ou lorsqu'il est somnolent. On peut déposer du lait à la commissure labiale avec une pipette lorsque l'enfant est au sein ou encore ne mettre l'enfant au sein qu'après avoir déclenché le réflexe d'éjection (manuel ou tire lait). Si l'enfant refuse, retourner à l'étape N°1.
- 3^{ème} étape : lorsque l'enfant prend le sein correctement, la mère doit pratiquer un allaitement intensif pendant quelques jours

3) En cas de confusion avec les bouts de sein :

Enlever les bouts de sein une fois le réflexe d'éjection obtenu manuellement ou découper chaque jour un peu plus l'extrémité du bout de sein .

b) Les mamelons rétractés

Des méthodes de préparation des seins proposées, aucune n'a fait ses preuves (exercices d'Hoffmann, coupelles d'allaitement ou le soutien gorge découpé). Le mieux est donc de veiller à une mise au sein adéquate. Pour les enfants plus faibles, il est parfois nécessaire de tirer le lait pendant quelques temps afin de stimuler la sécrétion lactée. Si un seul mamelon est rétracté, l'allaitement avec un seul sein est parfaitement possible.

c) Hypotonie

Ces enfants nécessitent des mises au sein plus fréquentes et il faut rechercher la position dans laquelle l'enfant est le plus efficace.

Pour le stimuler, la mère peut aussi soutenir le menton lors de la tétée, elle peut aussi lui faire téter son doigt pendant quelques minutes avant la tétée.

d) L'enfant hypertonique

L'enfant ne supporte qu'un seul stimulus à la fois.

Porter l'enfant de préférence en position assise : son dos est contre la poitrine de la mère ; la mère soutient les cuisses avec un bras.

Allaiter dans un endroit sombre, sans bruit.

La mère doit faire le moins de mouvements possible lors de la tétée.

On emmaillote le bébé pour la tétée : les mains sont cachées et croisées sur sa poitrine alors que les pieds sortent du maillot.

Position d'allaitement recommandée : Position du ballon de rugby.

Comment calmer l'enfant ?

Le mieux est de le bercer dans l'axe passant par les 2 oreilles (comme dans un hamac), la succion du doigt est aussi un bon moyen de calmer l'enfant .

e) Le bébé gros dormeur (enfant qui dort et se laisser dépérir.)

On doit veiller à mettre l'enfant au sein 8 à 12 fois par jour. Il est mis au sein dès qu'il s'éveille ou lorsqu'il est en sommeil léger.

Il faut le stimuler avant la tétée (donner un bain, faire bouger les bras et les jambes) et pendant la tétée. Il faut pratiquer la super alternance.

L'efficacité de la succion doit être évaluée.

Eviter les compléments et les sucettes

Ne pas trop couvrir l'enfant car la chaleur a un effet sédatif.

f) Les troubles variés de la succion

La mère doit bien sûr tirer son lait pour alimenter son enfant et pour stimuler la lactation.

Correction des troubles :

- L'enfant tète sa lèvre inférieure :

La mère doit retrousser la lèvre de son enfant quand il tète. Ce geste devra parfois être réitéré plusieurs fois lors d'une même tétée.

- Le bébé rétracte sa langue :

Il faut faire téter l'enfant sur le ventre, l'index (pulpe vers le haut, ongles courts) 5 mn avant chaque tétée. Les positions des tétées sont celles où l'enfant a le menton coincé dans la poitrine ou encore à califourchon sur les genoux.

Si ces méthodes ne suffisent pas, une rééducation est nécessaire.

- Le bébé qui sert les gencives :

Il faut conseiller à la mère d'appuyer sur le menton vers le bas pendant la tétée.

Souvent cette méthode est insuffisante et un recours à la rééducation est nécessaire.

g) Frein de la langue trop court = intervention chirurgicale

h) Réflexe d'éjection trop fort

Dès que la mère sent le réflexe d'éjection, elle doit enlever son enfant du sein et attendre que le lait ne gicle plus avant de le remettre au sein. Le bébé doit être dans une position verticale pour ne pas s'étouffer. Effectuer plusieurs pauses pendant la tétée et faire faire à l'enfant son rôle.

C) Les compléments

Ils ne seront jamais proposés d'emblée en cas de prise de poids limite (300 à 500 grammes dans le mois) mais sont nécessaires en première intention en cas de stagnation ou en cas de perte de poids.

Ils seront toujours proposés après le sein.

Ce seront, de préférence, des compléments de lait maternel.

Ils seront donnés, de préférence, autrement qu'au biberon.

D) Conseiller de peser l'enfant 1 à 3 fois par semaine et de tenir un journal de bord

Noter les tétés, compléments, couches mouillées, selles, comportement du bébé...

PRISE EN CHARGE DES

PATHOLOGIES MAMMAIRES

(16)(59)(106)(90)(89)(41)(70)(7)(55)(61)(84)(52)

I) Les crevasses

A) Les causes allient souvent un traumatisme extérieur à un défaut d'hydratation de l'épiderme

a) La première cause est une mauvaise position (90%)

b) Plus rarement on retrouve

Des défauts de succion

Des produits et pratiques altérant la lubrification du sein

Des facteurs personnels (absence partielle des glandes de Montgomery, peau sèche...)

B) Prévention et traitement

a) Prévention

Expliquer le déroulement de la tétée avant l'accouchement et s'assurer de la bonne conduite pratique de celui ci dès l'accouchement.

Maintenir une hydratation correcte de la peau : Séchage progressif après la tétée ; bannir le sèche cheveux ; utilisation locale d'un émollient après la tétée.

b) traitement

Observer une tétée pour corriger un problème de position ou de succion.

Il faut rétablir l'hydratation de la peau (cf. prévention)

Quelles pommades peut on utiliser en prévention ou pour traiter ?

- Le meilleur produit qui soit reste le lait.
- Pommade LANSINOH* (6 euros le tube de 7 g) Commande auprès de LLL info services
- Pommade PURELAN* (3.8 euros les 7g ; 6 euros les 37g) ; En pharmacie ou auprès des services de MEDELA
- Pommade PRELAN* (4.3 euros les 30ml ; En pharmacie ou au CAPS Recherche SA)
- le spray OLIGOSOL Manganèse Cuivre

II) L'engorgement

A) Physiopathologie

a) Un engorgement physiologique est lié à l'accélération de la lactogénèse lors des premiers jours du post partum ; par la suite peuvent apparaître des engorgements pathologiques

L'engorgement est dû à une augmentation du débit sanguin mammaire et à la relative fragilité des réflexes neuro-hormonaux et de la sécrétion d'ocytocine (défaut de succion du bébé qui ne maîtrise pas encore bien la technique et labilité émotionnelle de la mère). Les matières premières arrivent bien au sein afin de produire du lait mais le réflexe d'éjection a encore du mal à se mettre en place, il en résulte un arrêt de la production de lait au niveau des acini et une extravasation de l'eau sanguine dans les tissus interstitiels : l'engorgement est donc lié à un œdème des tissus interstitiels.

b) Facteurs de risque d'engorgement pathologique

Diminution arbitraire de la durée de la tétée.

Diminution du nombre de tétées : des tétées espacées de plus de 6 heures, le bébé fait ses nuits lors de la diversification de l'alimentation, lors de la reprise du travail.

L'utilisation de biberons de compléments, de sucettes et de bouts de sein.

Port de coupelles de recueil car en appuyant sur le mamelon elle stimulent la lactation.

B) Clinique

Sein chaud, tendu, douloureux.

C) Prévention et traitement

Repos au lit et rassurer la mère.

Vérifier la bonne pratique de l'allaitement. Augmenter la fréquence des tétées ou exprimer le lait à la main ou le tirer le plus souvent possible.

Traiter la douleur : douches chaudes, massages lymphatiques, prises d'antalgiques, pour diminuer l'inflammation : application de froid entre les tétées pour provoquer une vasoconstriction qui limite l'extravasation ; homéopathie (BELLADONE 5 CH : 2 granules toutes les tétées ou 1 dose par jour ou URTICA URENS 5 CH : 2 granules toutes les tétées) ; éventuellement ASPIRINE (à éviter lors de la première semaine post partum) ou le VOLTARENE.

SONT INUTILES : Restriction hydrique, diurétiques et purges.

III) Un trop plein de lait

A) La tisane de sauge

B) Réduire la stimulation mammaire

Faire téter un seul sein par tétée voire pendant 2 ou 3 tétées

Tirer un peu de lait à l'autre sein pour éviter l'engorgement

IV) Les infections du sein

A) les facteurs de risque

La fatigue et le stress ; terrain anémique ou carence en Vitamines ou oligo éléments, tabagisme, les crevasses, l'engorgement, toute compression bloquant l'écoulement du lait antécédents de lésions mammaires

B) Mastite aiguë ou lymphangite

a) Aspect clinique

Aspect inflammatoire soudain, unilatéral le plus souvent et localisé à une zone. Il est accompagné d'un syndrome grippal et fièvre élevée.

b) Il faut traiter dès l'apparition des premiers symptômes :

Eviter les facteurs déclenchants

Continuer l'allaitement des 2 côtés (il n'y a pas, à ce stade, de germes dans le lait), à la demande en augmentant la fréquence des tétées et si besoin favoriser le flux d'éjection (expression du lait à la main ou au tire lait) avec du repos, un traitement de la douleur voir des actions anti-inflammatoires (cataplasmes froids, aspirine, VOLTARENE).

c) Dans quels cas doit-on mettre en route un traitement par antibiotiques ?

En cas d'absence d'amélioration des symptômes au bout de 24 à 48 heures malgré les premiers soins ci dessus.

Mastite dans les 10 premiers jours du post partum

Mastite bilatérale

Signes locaux d'infection et/ou Pus ou sang dans le lait

Altération de l'état général majeure

Tuberculose de l'entourage

d) Quel traitement peut on alors proposer ?

Les germes étant le plus souvent des staphylocoques dorés et parfois E COLI ou streptocoques, les antibiotiques les plus utilisés sont les PENICILLINES (Pénicilline M ; Amoxicilline ; Pénicilline G ; Ampicillines) ou encore l'ERYTHROMYCINE ou ROVAMYCINE en cas d'allergies à la Pénicilline. Le traitement devra être d'une durée de 10 jours au minimum.

C) Mastites chroniques et récidivantes

La première cause de mastite chronique est LA CANDIDOSE.

Vérifier que le sein atteint est tété.

Réviser l'Hygiène maternelle.

Vérifier que l'antibiothérapie a été suivie correctement. Si oui changer l'antibiotique.

L'antibiothérapie devra parfois être poursuivie pendant des semaines ou des mois.

Des prélèvements de lait mais aussi de gorge et de nez chez l'enfant sont parfois nécessaires pour déterminer le germe en cause.(infection du lait par l'enfant)

D) Evolution de la mastite vers la galactophorite

Les signes généraux sont plus discrets que lors de la lymphangite. Il existe une douleur et une rougeur d'une zone plus ferme sans que l'on puisse individualiser un noyau. Le sein est tendu, il n'y a pas d'adénopathie. Mais on retrouve du pus dans le lait (signe de BUDIN).

Il est plus prudent de faire un prélèvement de lait et une hémoculture pour identification du germe en cause.

Outre les consignes données pour la lymphangite, l'antibiothérapie est nécessaire et l'allaitement doit être suspendu du coté atteint. Cependant cette SUSPENSION EST MOMENTANEE : le lait doit être tiré du coté atteint afin de maintenir la lactation puis jeté.

L'allaitement du coté sain peut être poursuivi si la mère n'est pas trop fatiguée, si l'antibiotique donné n'est pas trop toxique et si les conditions d'hygiène sont bien respectées.

Si l'allaitement est suspendu, la mère doit tirer son lait afin de maintenir la lactation car **CE N'EST PAS UNE CAUSE DE SEVRAGE DEFINITIF.**

E) Evolution de la galactophorite vers l'abcès du sein

Souvent lié à un drainage insuffisant lors de la mastite et de la galactophorite.

La zone atteinte est plus rouge, plus œdémateuse et plus douloureuse (douleur pulsatile voire insomniente). On peut parfois sentir la collection ferme ou fluctuante à la palpation. Du pus peut sortir du mamelon (Signe de BUDIN). L'altération de l'état général s'amplifie .

Le prélèvement de lait et hémocultures sont utiles.

Le traitement consiste en un drainage de l'abcès (Ponction sous écho si possible) associé au tirage du lait et à l'antibiothérapie antistaphylococcique (3 semaines). Certains abcès froids nécessitent une intervention chirurgicale directe.

Allaitement du côté sain : cf galactophorite.

L'allaitement peut reprendre du côté atteint 2 à 3 semaines après disparition des signes cliniques et cicatrisation et 2 prélèvements de lait stériles à 8 jours d'intervalle.

F) La candidose fréquente et bénigne peut compromettre l'allaitement maternel.

a) Facteurs de risque

Autre site de candidose chez la mère.

Diminution de l'immunité.

Diabète.

Prise d'œstrogènes ou de stéroïdes.

Prise d'Antibiotiques.

Macération du mamelon.

Pas assez ou trop d'hygiène du sein.

Crevasses.

b) Clinique

La candidose mammaire est souvent associée au muguet ou à la dermatite fessière chez l'enfant.

L'atteinte du sein donne les symptômes suivants :

- Une douleur intense et continue, persistante entre les tétées. Cette douleur est à type de brûlure de la peau du sein ou à l'intérieur du sein. Elle irradie parfois aux épaules et dans le dos.
- La douleur peut s'accompagner de prurit.
- Le sein peut avoir un aspect normal mais le tableau peut être complété par un aspect rose vif du mamelon voir un traumatisme visible à l'œil nu.

c) Le traitement

La mère et l'enfant doivent être traités simultanément. Le traitement doit se poursuivre 14 jours après disparition de symptômes.

1) Il faut respecter certaines mesures d'hygiène :

- Laver les mains après tout contact avec les zones atteintes.
- Tout matériel en contact avec les zones atteintes doit être stérilisé (sucette, tire lait, jouet ...) ou javéalisé (baignoire, matelas à langer ...) tous les jours. Changer de soutien gorge et de vêtements tous les jours. Ils doivent pouvoir être lavés à l'eau très chaude. Les laisser sécher au soleil si possible. Changer régulièrement les coussinets.
- En milieu et fin de traitement changer tétines et sucettes.
- Ne pas conserver de lait tiré.

2) Traitement local

- Le violet de gentiane (solution aqueuse à 1%)

Une fois par jour pendant 4 Jours (après les autres tétées la mère applique un antifongique local). Ne pas dépasser 7 Jours de traitement.

Donner à sucer au bébé un coton tige imbibé de violet puis le mettre au sein : le sein et l'enfant sont traités en même temps. Si le sein n'est pas assez coloré après la tétée, il faut le badigeonner de violet.

Pendant le traitement l'enfant peut refuser le sein : en général la solution est trop concentrée et crée des lésions dans la bouche. Arrêter le traitement.

- Les antifongiques locaux

Il faut traiter après chaque tétée (sauf utilisation de violet) : MYCOLOG*

- Autres mesures locales

Application avant traitement local par antifongique de vinaigre de vin blanc dilué (une cuillère à soupe pour une tasse d'eau) ou du bicarbonate de soude (une cuillère à café rase pour une tasse d'eau) ou de l'eau de Vichy.

Il est conseiller d'exposer les seins au soleil quelques minutes plusieurs fois par jour.

3) Traitement per os

KETODERM*, DAKTARIN*, TRIFLUCAN...

d) Pour éviter les récurrences

Vérifier que le traitement a été correctement suivi et poursuivi aussi longtemps qu'il avait été conseillé.

Vérifier que la mère n'est pas atteinte de carence, diabète ou déficit immunitaire.

Vérifier l'hygiène ; enquêter sur l'environnement familial et les animaux domestiques.

V) Le galactocèle

Complication rare survenant le plus souvent au moment du sevrage voire jusqu'à 10 ans après la fin de la lactation, c'est une tumeur bénigne remplie de lait altéré et liée à l'oblitération d'un canal galactophore. La paroi est formée de l'épithélium abîmé du canal avec au pourtour des cellules inflammatoires et du tissu conjonctif.

Cliniquement, elle se manifeste par une masse ronde de consistance molle.

L'échographie révèle une tumeur transsonique avec des échos internes.

La ponction ramène un liquide blanchâtre.

On peut évacuer la totalité du liquide à l'aiguille mais s'il y a doute sur le diagnostic le traitement chirurgical s'impose. Certains galactocèles régressent même seuls.

CE N'EST PAS UNE CONTRE INDICATION A L'ALLAITEMENT bien au contraire.

VI) Les écoulements atypiques

Ils se manifestent sous forme de coloration du lait (marron, gris, verdâtre, rouge sang).

Rares, ils provoquent de véritables paniques mais sont bénins. Ils atteignent plus souvent les primipares en post partum immédiat et sont souvent bilatéraux. Ils cessent en général spontanément lorsque la lactation est établie mais peuvent se prolonger dans le mois qui suit l'accouchement.

Aucun examen complémentaire n'est justifié mais il faut surveiller.

L'ALLAITEMENT N'EST PAS UNE CONTRE INDICATION.

VII) Comment gérer la douleur dans les affections liées à l'allaitement ?

Commencer et finir la tétée par le sein le moins douloureux. Si les deux seins sont douloureux il faut provoquer le réflexe d'éjection au tire-lait ou à la main avant la mise au sein.

Varier les positions d'allaitement au cours d'une même tétée.

Avant la tétée, elle peut passer un glaçon entouré d'un linge sur le mamelon et/ou la crevasse.

Elle peut aussi prendre un antalgique compatible avec l'allaitement une demi heure avant la tétée.

Si la mère ne peut supporter la douleur, on peut lui proposer des bouts de sein ou un arrêt momentané de l'allaitement (Dans ces cas là elle doit tirer son lait).

AUTRES QUESTIONS MATERNELLES

CONCERNANT L'ALLAITEMENT

I) Fertilité, contraception et allaitement((32)(106)(89)(66)

L'ovulation est bloquée par un système de rétroaction hypothalamo-hypophyso-ovarien. Ainsi, il est établi que pour un allaitement datant de moins de 6 mois, avec une persistance de l'aménorrhée et un allaitement exclusif au sein, une femme a environ 2 % de risque de débiter une nouvelle grossesse. C'est la méthode MAMA (méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée) utilisée comme méthode de planification familiale.

Cependant ces conditions sont peu respectées dans nos pays développés car :

- Il faut un certain nombre de tétées dans le nyctémère pour maintenir ce blocage
- Il s'avère que l'intervalle de temps entre 2 tétées est tout aussi important pour bloquer l'ovulation : cesser les tétées nocturnes a une incidence sur la reprise de l'ovulation.
- Il existe des disparités personnelles.

Il faut donc se protéger d'une nouvelle grossesse. Certains professionnels préconisent ainsi souvent les préservatifs ou autres méthodes locales lors de 2 à 3 premiers mois, période où la fertilité est très faible.

Puis une contraception vraie à partir du début du troisième mois :

- DIU (mais pas avant 2 mois post partum car risque accru de perforation et d'expulsion du DIU)
- Hormones progestatives pures en continu

Cependant la méthode MAMA reste un moyen intéressant pour les couples ne souhaitant d'autre moyen de contraception.

II) Allaitement et séparation mère-enfant (3)

A) Allaitement retardé ou suspendu pendant plusieurs semaines

Si la lactation n'est pas établie, la mère doit tirer son lait, dès la naissance au tire-lait, pendant 15 à 20 mn toutes les 2 à 3 heures.

Si la lactation était établie la mère doit tirer son lait aussi souvent que le bébé tétait.
Le tire-lait électrique est loué sur ordonnance en pharmacie.

B) Allaitement suspendu pour quelques jours

La mère doit tirer son lait aussi souvent que son bébé tétait.

C) Séparations de quelques heures

a) Périodes inférieures à 4 heures

La mère allaite juste avant de partir puis en rentrant. Elle tire son lait si elle a peur que son enfant réclame pendant son absence ou en cas d'engorgement.

b) Périodes de 4 à 6 heures

La mère fait téter l'enfant avant de partir et en rentrant et elle doit tirer son lait absolument au milieu de la période d'absence.

c) Absences de plus de 8 heures

1) Si la mère souhaite seulement garder une relation privilégiée avec son enfant :

Elle peut garder une tétée le matin et une tétée le soir et lui donner le sein le week-end. Pour les autres tétées, l'enfant reçoit des produits de substitution. Il sera nécessaire que la mère tire son lait dans la journée lors des premiers jours afin d'éviter les engorgements.

2) Si la mère souhaite nourrir son enfant seulement avec son lait

Elle doit tirer assez de lait et le conserver au congélateur.

Elle doit commencer les stocks plusieurs semaines avant la reprise du travail.

Elle doit continuer à tirer son lait pendant son absence en tenant compte du rythme des tétées de son enfant.

3) Quelle quantité tirer ?

En moyenne un enfant allaité nécessite 800 à 900 ml de lait maternel par jour.

4) Comment augmenter l'expression de lait au tire lait?

Humecter le sein afin d'améliorer l'adhérence au tire-lait.

Commencer doucement et augmenter progressivement la force de succion.

Une stimulation douce des mamelons avant de tirer peut être utile.

5) Conservation du lait ?(Petit mémo de conservation du lait)

La technique du bac à glaçon permet de conserver de petites quantités à la fois et de limiter le gaspillage.

Verser le lait dans un bac à glaçons en plastique souple. Quand les glaçons sont faits, les démouler dans un sac plastique et les remettre au congélateur.

III) Ictère (45)(90)(70)(7)

A) Ictère de l'allaitement

a) Ictère physiologique (2^{ème} au 5^{ème} jour bilirubinémie<150mg/l)

Il touche un enfant sur deux en moyenne mais il est plus fréquent chez les enfants allaités. Les bébés allaités à risque sont les enfants qui ont du mal à prendre le sein (prématurés, souffrance fœtale, bébé de petit poids de naissance, bébé somnolent, bébé hypotonique...) ou des enfants ayant reçu des compléments d'eau ou d'eau sucrée.

Plus fréquent chez les primipares.

Il n'existe pas d'hépatosplénomégalie, les urines sont claires, les selles ne sont pas décolorées mais en général en plus faible quantité.

Il persiste une dizaine de jours. Sa disparition est plus lente chez les enfants allaités mais l'allaitement n'est dans aucun cas contre indiqué.

b) Ictère tardif de l'enfant allaité

1) Il succède à l'ictère physiologique ou débute au 5^{ème} jour :

Les taux de bilirubine sont plus élevés mais en général $< 200\text{mg/l}$. Il peut mettre des mois à disparaître. Il atteint de façon plus ou moins intense tous les enfants d'une même mère car il existe une prédisposition génétique.

2) Clinique

Isolé sans anémie ni hépatosplénomégalie, les urines sont claires et les selles sont normales.

c) Hypothèses physiopathologiques de l'ictère lié à l'allaitement maternel encore mal élucidées

Pour l'ictère physiologique important de l'enfant allaité, une hypothèse se porte de plus en plus sur une mauvaise conduite pratique de l'allaitement.

Pour l'ictère tardif : Présence d'une substance dans le lait qui inhiberait le métabolisme de la bilirubine ? D'autres auteurs ont évoqué un facteur facilitant la réabsorption de la bilirubine.

d) Prévention de l'ictère lié à l'allaitement maternel

Allaiter dès la naissance.

Allaiter souvent.

Proscrire les compléments.

e) Traitement de l'ictère physiologique et de l'ictère de l'allaitement

Autrefois l'arrêt de l'allaitement était préconisé pendant 12 à 24 heures dans un but diagnostique et thérapeutique. Cependant, il n'a jamais été démontré que cette pratique avait un effet sur les troubles liés à l'ictère par contre, cette pratique avait un impact négatif sur la réussite de l'allaitement.

C'est pourquoi l'attitude recommandée est une simple surveillance pour un enfant allaité exclusivement né à terme en bonne santé, de poids de naissance normal, qui ne présente aucun des facteurs de risque décrits ci dessus et pour lequel le taux de bilirubinémie ne dépasse pas 200 mg/l

Lorsqu'on soigne un enfant à risque ou lorsque la bilirubinémie est trop élevée il faut augmenter les apports (augmenter la fréquence des tétées ou donner des compléments) puis essai de la photothérapie. A savoir que l'exposition de l'enfant seulement vêtu d'une couche devant une fenêtre bien exposée (mais pas en plein soleil) est tout aussi efficace.

L'exsanguino-transfusion n'est nécessaire que dans certains cas très précis.

L'ictère entraîne souvent une somnolence : il faut que la mère mette son enfant au sein 8 à 12 fois par jour. Tirer le lait sera parfois nécessaire.

B) Ictère pathologique

b) La principale cause : incompatibilité sanguine mère-enfant

L'enfant peut naître ictérique, dans le cas contraire, l'ictère apparaît dès les premières heures de vie. L'allaitement n'est pas une contre-indication.

b) La cholestase

Certains troubles métaboliques ont pour conséquence une atteinte hépatique et une cholestase. Ces troubles nécessitent parfois un régime particulier et l'allaitement maternel peut être dans certains cas là contre-indiqué.

IV) Les coliques du nourrisson

Fréquentes chez l'enfant allaité, elles sont bénignes et disparaissent par elles-mêmes rapidement car liées à l'immaturation digestive. Cependant de petits conseils sont utiles.

L'interrogatoire recherchera :

- la notion de bébé goulé car dans ce cas l'enfant avale autant d'air que de lait même au sein. Petits conseils : Faire des pauses régulières lors de la tétée et faire rôter.
- la notion de tétée écourtée de façon arbitraire. Bien signaler à la maman de laisser l'enfant au premier sein jusqu'à ce qu'il le lâche
- la consommation importante de produits lactés par la mère : réduire la consommation.

ALLAITEMENT ET MEDICAMENTS

(89)(41)(7)(28)(28bis)(90)

Dans l'ensemble, l'enfant allaité reçoit environ 1% de la dose prise par la mère.

I) Sur quels critères choisir un médicament?

A) Traiter seulement quand il est nécessaire et mettre la mère en garde contre l'automédication

B) Un médicament utilisable en pédiatrie est utilisable lors de l'allaitement

C) Un médicament utilisable pendant la grossesse ne l'est pas forcément pendant l'allaitement

D) Eviter les molécules ayant des métabolites actifs

E) Le médicament idéal doit avoir:

Un taux sérique faible , une demi vie courte , une forte liaison aux protéines plasmatiques, des rapports Lait sur plasma bas, une bio disponibilité orale faible, une toxicité faible.

F) La décision finale appartient toujours à la mère qui doit être informée des risques pour son enfant

G) Une suspension momentanée de l'allaitement est toujours possible le temps du traitement si celui ci est contre-indiqué et s'il s'avère nécessaire.

H) Il ne faut pas hésiter à joindre le centre de pharmacovigilance le plus proche

I) Dans le cas où mère et enfant prennent le même médicament il faut tenir compte des apports lactés pour calculer la posologie donnée à l'enfant

II) Revue des médicaments les plus utilisés

Attention !: Cette liste a été effectuée sur la base du VIDAL et des recommandations de De SCHUITENEER B. dans «Médicaments et Allaitement», référence en la matière. Elle peut comporter des erreurs. Ne pas hésiter à joindre le centre de pharmacovigilance le plus proche en cas de traitement médicamenteux nécessaire et doute sur la toxicité.

A) Les Anti infectieux

a) Pénicillines

Utilisation autorisée. Risques de sensibilisation, de diarrhée, de mycoses, d'induction d'une résistance et de difficultés d'interprétation de résultats de prélèvements en culture en cas de fièvre inexpliquée chez l'enfant. Prudence chez le prématuré et en cas d'ictère néonatal pour ORBENINE* et BRISTOPEN* car ils déplacent la bilirubine de sa liaison à l'albumine.

b) Céphalosporines

Utilisation autorisée. Risques de sensibilisation, d'allergies croisées avec la pénicilline, de diarrhée et de mycoses.

Attention à l'absence de documentation sur CEFALOBJECT*, CEFAPEROS*, AXEPIM*, OROKEN* .

Attention au risque d'accumulation lactée de la ROCEPHINE*

Contre indication du MOXALACTAM* (Anomalie de la coagulation par déficience en vit K)

c) Autres bêta lactamines

AUGMENTIN*, TICARPEN* sont prescrites sans danger. Pas de données sur le TIENAM*.

d) Les Aminosides

Risques oto-néphrotoxique, d'absorption par le tractus digestif, de modifications de la flore intestinale et de difficultés d'interprétation des résultats des prélèvements en culture en cas de fièvre inexpliquée chez le nouveau né. Ils sont contre-indiqués en cas de fonction rénale diminuée ou d'inflammation digestive chez l'enfant. Si la prescription est nécessaire il faut un suivi des taux plasmatiques et de la fonction rénale chez la mère et l'enfant (surtout pour GENTAMYCINE, KANAMYCINE, NETILMICINE, TOBRAMYCINE)

Sont autorisés AMIKLIN*, NEOMYCINE, PAROMOMYCINE.

Il n'existe pas de documentation fiable sur la SPECTINOMYCINE (TROBICINE*)

Un seul fortement contre-indiqué: STREPTOMYCINE*

e) Chloramphénicol, Thiamphénicol: contre-indication formelle

f) Les quinolones: Contre-indiquées (atteinte des cartilages)

g) Les macrolides et apparentés

ERYTHROMYCINE: A éviter pendant la première semaine du post-partum, en cas d'ictère néonatal. Eviter le sel d'estolate d'érythromycine (risque de cholestase).

ROVAMYCINE*: à éviter. Si utilisation, dosages lactés et plasmatiques du produit chez la mère.

Déconseillés: JOSACINE*, CLARAMID*, RULID*, NAXY*, ZECLAR*, DYNABAC*

Contre-indiqué: ZITHROMAX*.

Manque de données sur la PYOSTACINE*. Risque de colite pseudo membraneuse avec LINCOMYCINE et CLINDAMYCINE.

h) Les tétracyclines

En théorie, contre-indication formelle car risque de coloration de l'émail dentaire, de ralentissement de la croissance osseuse, de mycoses et diarrhée (surtout pour DOXYCYCLINE et MINOCYCLINE). En pratique, un traitement d'une semaine serait probablement sans danger.

i) les sulfamides: BACTRIM*, PEDIAZOLE*

Leur prescription est contre-indiquée chez le prématuré, chez l'enfant de moins de 4 semaines, en cas d'hyper bilirubinémie et en cas de déficience en G6PD pour les raisons suivantes: déplacement de la bilirubine de sa fixation protéique et inhibition de sa glucurono-conjugaison, risque d'anémie hémolytique en cas de déficience en G6PD et risques d'allergies. Si la prescription est nécessaire elle ne doit pas excéder 10 jours.

j) Antibiotiques divers

Sont à éviter ACIDE FUCIDIQUE, FOSFOMYCINE, OCTOFENE*, NANBACINE* (manque de données), COLISTINE (néphrotoxicité), VANCOMYCINE (oto et néphrotoxicité, allergies dyscrasies sanguines)

Est contre-indiquée la TEICOPLANINE (oto néphrotoxicité et demie vie longue).

k) Antiseptiques de voies urinaires

NITROFURANTOINE est contre-indiquée si déficience en G6PD et lors du premier mois de vie. MICTASOL* est à éviter (hématurie, dysurie, allergies). NIBIOL*, ACIDE ACETOHYDROXAMIQUE, OXUBUTINIUM sont déconseillés.

l) Les antiviraux

Des données complémentaires seraient nécessaires pour affirmer l'innocuité du ZOVIRAX* mais le VIDAL permet son utilisation sous toutes ses formes. Les autres antiviraux sont contre-indiqués par manque de données et vu leur toxicité potentielle. L'administration de LYSOSYME est probablement sans danger pour l'enfant.

m) Les antituberculeux

Certains médicaments antituberculeux sont autorisés pendant l'allaitement:

- Si l'enfant contracte la tuberculose pendant l'allaitement, il faudra simplement tenir compte des doses qu'il reçoit déjà via le lait de sa mère (on considère 25% de la dose pédiatrique) pour déterminer les doses de son propre traitement.
- Si un contrôle des enzymes hépatiques chez la mère et l'enfant, des taux plasmatiques, urinaires et lactés de la molécule sont effectués.

ISONIAZIDE autorisé en une dose unique quotidienne et après la tétée du soir. Elle n'allaiter alors son enfant que le lendemain. Cette prise doit être associée à un apport en Vit B6.

RIFAMPICINE aussi est autorisée. Une coloration du lait en orange est possible.

ETHAMBUTOL, PYRAZINAMIDE, RIFABUTINE déconseillés par manque de données et vu les risques toxiques potentiels.

n) Les antimycosiques

FUNGIZONE*: Pas de données dans le VIDAL sauf attention au risque de toxicité rénale en cas d'utilisation IV. La FUNGIZONE* est cependant utilisée sous forme pédiatrique.

NYSTATINE et NATAMYCINE peuvent être administrées

MICONAZOLE : contre-indiqué en per os ou IV mais peut être administré pour les mycoses buccales (gel) ou vaginales (ovules) en traitement inférieur ou égal à 7 jours.

KETOCONAZOLE est à éviter dans le premier mois du post partum (risque hépatique) ; si le traitement est nécessaire il ne doit pas dépasser 7 jours et des dosages plasmatiques et lactés du médicament sont nécessaires ou interrompre l'allaitement momentanément.

ITRACONAZOLE et FLUCONAZOLE: si le traitement est nécessaire il faut surveiller les taux plasmatiques et lactés du médicament sinon interrompre l'allaitement le temps du traitement.

GRISEOFULVINE est contre-indiquée.

Le manque de données fait déconseiller la FLUCYTOSINE et la TERBINAFINE .

o) Les anti-parasitaires

1) Antihelminthiques :

Il manque des données sur le PYRANTEL, PYRVINIUM, NICLOSAMIDE mais la survenue d'effets nocifs est peu probable.

Passage lacté de la PIPERAZINE méconnu mais contre-indiquée pour sa toxicité potentielle.

ZENTEL* (T_{1/2} de 8.5 heures), FLUVERMAL* (T_{1/2} 16 heures) : la prise étant unique il suffit d'interrompre l'allaitement pour une durée égale à 5 fois la T_{1/2}.

2) Parmi les antimalariques :

La première précaution est de ne pas voyager dans des pays à haut risque de paludisme pendant la période de l'allaitement. Si le voyage est nécessaire ne pas oublier la moustiquaire et les répulsifs.

Dans un but prophylactique peuvent être utilisés : NIVAQUINE*, PALUDRINE*. Attention cependant au manque de données sur la PALUDRINE*.

Dans un but curatif peut être utilisée la QUININE plus ou moins associée à la SULFADOXINE combinée à du MALOCID* (FANSIDAR*). NIVAQUINE* peut aussi être prescrite en curatif.

QUININE : Attention en cas de prématurité et d'insuffisance hépatique chez l'enfant.

MALOCID* (FANSIDAR*) est administré en une prise unique seulement.

Le LARIAM* et HALFAN* sont contre-indiqués.

ATTENTION : En cas d'utilisation de la NIVAQUINE* en usage rhumatologique dans le cadre d'un traitement prolongé, il est préférable de suspendre l'allaitement.

ATTENTION : La prise répétée de MALOCID* (FANSIDAR*) (traitement de la toxoplasmose par exemple) contre indique l'allaitement.

3) Parmi les autres anti-parasitaires :

METRONIDAZOLE(24h), FAZIGYNE*(72h), TIBERAL*(72h), VANSIL*: une prise unique peut être envisagée avec une suspension de l'allaitement (temps indiqué après chaque nom). L'administration répétée n'est pas compatible avec l'allaitement.

BILTRICIDE* peut être utilisé en une dose unique ou en doses répétées. Pour une dose unique : suspension de 24 heures. Pour des doses répétées suspendre l'allaitement pendant le traitement et jusqu'à 24 heures après la dernière prise.

NAXOGYN*, FLAGENTYL* sont déconseillés.

PENTACARINAT*, GLUCANTIME* sont contre-indiqués.

B) Antalgiques et analgésiques

a) Les corticoïdes

PREDNISONE, PREDNISOLONE, METHYL PREDNISOLONE : l'allaitement peut être poursuivi pour des doses de 20 mg une à deux fois par jour. Des doses plus importantes sont probablement sans danger mais il faut les prendre après une tétée et attendre 3 à 4 heures avant d'allaiter de nouveau l'enfant.

BETAMETHASONE, DEXAMETHASONE, PARAMETHASONE, TRIAMCINOLONE: déconseillés pour manque de données. Si nécessaire : dosages plasmatiques et lactés des produits.

b) Antalgiques non antipyrétiques non morphiniques

ACUPAN*: prise occasionnelle sans danger mais prise répétée contre-indiquée.

IDARAC* contre-indiquée pour cause de risques allergiques.

c) Analgésiques antipyrétiques

Le PARACETAMOL est autorisé. Eviter la prise répétée sur plusieurs jours et prendre le comprimé après la tétée. Il existe aussi un risque allergique.

L'ASPIRINE*, CARBASILATE CALCIQUE, ETHENSAMIDE, BENORILATE sont contre indiqués lors de la première semaine de vie (risque hémorragique et d'ictère). Une prise occasionnelle est ensuite possible de préférence après une tétée. Si un traitement long à des doses importantes est nécessaire, l'allaitement est contre-indiqué. Le risque allergique existe aussi.

DIFLUNISAL, PHENACETINE sont contre-indiqués.

AVAFORTAN* et VISCERALGINE*: interruption de l'allaitement pendant la prise puis pour une durée de 48 heures après la dernière prise. Les autres dérivés pyrazolés sont contre indiqués.

d) Antalgiques morphiniques et leurs antagonistes

CODEINE, MORPHINE: prise unique possible avec surveillance clinique de l'enfant; un traitement en continu est contre-indiqué. Chez les patientes toxicomanes aux morphiniques la prise est autorisée pendant l'allaitement avec une surveillance clinique et biologique de l'enfant car en cas d'arrêt brutal il y a un risque de syndrome de sevrage chez l'enfant.

DOLOSAL*: contre-indiqué même pour une prise unique (dépression respiratoire)

DEXTROPROPOXYPHENE: prise unique possible mais administration répétée contre indiquée.

NUBAIN*: une prise unique sans danger mais des doses répétées nécessitent une surveillance clinique et biologique chez l'enfant.

METHADONE : L'instauration d'un traitement est contre-indiqué pendant l'allaitement. Chez les patientes consommatrices pendant leur grossesse, le traitement peut continuer à petites doses pendant l'allaitement avec surveillance clinique de l'enfant. En cas d'arrêt brutal un syndrome de sevrage est possible chez l'enfant.

TEMGESIC*, PALFIUM*, FORTAL*, TRAMADOL: pas de données fiables pour l'instant.

NARCAN*: une dose unique ne pose pas de problème après une tétée mais des doses répétées nécessitent une interruption de l'allaitement.

NALTREXONE et NALORPHINE sont déconseillées.

e) Les antimigraineux

Dérivés de l'ERGOT DE SEIGLE, VIDORA*, NOCERTONE*, SANMIGRAN*, TRIPTAN sont contre-indiqués.

f) Les anti-inflammatoires

- 1) Les dérivés pyrazolés (PHENYLBUTAZONE) sont contre indiqués.

2) Les dérivés arylacétiques :

DICLOFENAC* : peut être prescrit pendant l'allaitement (sauf la forme retard) en cure courte. Il doit être administré juste après la tétée. En cas de traitement prolongé, il faut surveiller les taux plasmatiques et lactés.

SULINDAC déconseillé.

BUFAC*, CALMADERM*, PARFENAC*, LODINE* contre-indiqués par faute de données.

3) Dérivés arylpropioniques

IBUPROFENE, IBUPROXAM peuvent être administrés pendant l'allaitement, prise après la tétée.

NAPROXENE: une cure courte est sans danger ; une cure longue est à éviter à moins de doser le produit dans le sérum et le lait maternel.

ANTADYS*, CEBUTID* : utilisation autorisée.

SURGAM* : La prise occasionnelle est sans danger. La prise répétée est à éviter.

FENOPROFENE, KETOPROFENE à éviter pendant l'allaitement car absence d'études.

FENBUFENE: une cure courte est sans danger. Innocuité d'un traitement prolongé non étudiée.

4) INDOCID*

La prise occasionnelle est sans danger. Il faut éviter des prises répétées.

5) Fénamates

PONSTYL* : cure courte autorisée. L'innocuité d'un traitement prolongé n'a pas été étudiée.

NIFLURIL* : à éviter car non étudié.

6) Les oxicams

PIROXICAM : cure courte possible ; si cure longue : dosages plasmatiques et lactés nécessaires

TILCOTIL* déconseillé.

g) Les sels d'or

ALLOCHRYSSINE* et RIDAURAN*: si la mère désire absolument allaiter, l'enfant doit être suivi au niveau clinique et biologique (NFS plaquettes, fonction rénale et biochimie + dosage des sels d'or dans le lait et le sérum maternel, dans le sérum et les urines de l'enfant)

TROLOVOL* contre-indiqué.

h) Les antipaludéens de synthèse

NIVAQUINE*: cf. antimalariques

PLAQUENIL* contre-indiqué.

i) Calcitonine et diphosphonates sont contre indiqués

j) Les anti-goutteux

COLCHICINE*, DESURIC*, DESATURA*, PROBENECIDE contre-indiqués.

ALLOPURINOL: allaitement déconseillé pour des dosages de 300 mg/j. Si dosages inférieurs l'allaitement peut être poursuivi avec dosages plasmatiques et lactés et surveillance clinique.

URICOZYME* déconseillé.

C) Les médicaments du système nerveux

a) Les anxiolytiques

NOCTAMIDE*, HYPNOVEL*: autorisés avec surveillance clinique et biologique. Les prises s'effectuent après les tétées avec des intervalles de 4 heures entre les tétées. NOCTAMIDE* est contre indiqué dans la première semaine du post partum et en cas de prématurité.

VALIUM*, TEMESTA*, SERESTA*, LIBRAX*, LYSANXIA*, NORMISON*, RIVOTRIL*, MOGADON*: une prise occasionnelle d'une dose modérée est autorisée avec surveillance clinique et biologique. Les cures longues sont contre-indiquées ainsi que les prises lors de la première semaine du post partum et en cas de prématurité .

ROHYPNOL*, TRANXENE*, NOCTRAN*, NORDAZ*: fortement déconseillés

XANAX *et les autres benzodiazépines n'ont pas été étudiées et par conséquent sont à éviter .

b) Les hypnotiques

ZOLPIDEM : une prise occasionnelle est sans danger en attendant 4 heures après la prise pour une nouvelle tétée. L'innocuité de prises répétées n'est pas vérifiée.

ZOPICLONE : Une prise unique est sans danger. Les prises répétées sont contre-indiquées.

AUBEPINE, PASSIFLORE, VALERIANE : Si le risque est sans doute faible, il faut les éviter.

BUSPAR*, EQUANIL*, COVATINE*, STRESAM*, NOPRON* : contre-indiqués.

c) Les Neuroleptiques

LARGACTIL*, TRILIFAN RETARD* : déconseillés car effets secondaires chez l'enfant. Les autres PHENOTHIAZINES restent contre-indiquées par manque de données.

CLOPIXOL*, FLUANXOL* : l'usage chronique est déconseillé.

HALDOL* : la prise unique d'une dose faible est sans danger mais les prises répétées sont contre-indiquées. Les autres BUTYROPHENONES sont déconseillées par manque de données.

DOGMATIL* : le traitement en dose unique ou en cure courte reste possible avec une surveillance clinique et biologique. Le traitement au long court reste contre-indiqué.

SEMAP*, ORAP*, LEPONEX*, LOXAPAC*, BARNETIL*, AGREAL* : Contre-indication

d) Les stimulants centraux sont contre-indiqués

e) Les anti-parkinsoniens sont contre-indiqués

f) Les myorelaxants

COLTRAMYL*, MIOREL* : contre-indiqués

LIORESAL* : si la prescription est nécessaire, la surveillance clinique de l'enfant et les dosages lactés et plasmatiques sont indispensables.

g) Les antidépresseurs

1) Tri cycliques et apparentés

LAROXYL* : administration possible sans dépasser une dose de 100 mg par jour à prendre après la dernière tétée du soir. Il faut suivre les taux plasmatiques chez la mère ($<$ ou $=$ à 0.1 mg/l). L'innocuité d'une prise chronique est inconnue, il faut conseiller la prudence.

TOFRANIL*, PROTHIADEN* : prescription possible mais donner la plus petite dose possible en une seule prise par jour après une tétée et suivre les taux plasmatiques chez la mère et l'enfant. L'innocuité d'une prise chronique est inconnue .

ANAFRANIL* : contre-indiqués

LUDIOMIL*, DEFANYL*, SURVECTOR*, ATHYMIL*, SURMONTIL*, VIVALAN* :
déconseillés

2) IRS

PROZAC*, FLOXYFRAL* : à éviter car études imprécises

Les autres IRS n'ont pas fait l'objet d'études

3) IMAO à éviter et LITHIUM contre-indiqué

h) Les antiépileptiques

PHENOBARBITAL, MYSOLINE* : pas d'allaitement si introduction du traitement en post partum. Mais une mère qui a pris ces molécules pendant sa grossesse peut continuer à les prendre tout en allaitant : une surveillance des signes cliniques chez l'enfant, les dosages lactés et plasmatiques doivent être effectués régulièrement.

DIHYDAN* : doit être évité lors des 2 premiers jours de la vie. Des dosages lactés et plasmatiques sont nécessaires. Des effets secondaires sont possibles en cas de cure longue.

TEGRETOL*, DEPAKINE* : Si prescription, la surveillance clinique de l'enfant, les tests hépatiques et NFS , les dosages lactés et plasmatiques sont indispensables.

ZARONTIN * et autres anti-épileptiques: contre-indiqués

i) Traitement de la dépendance alcoolique et tabagique

HEMINEURINE*: Attendre 4 heures après la prise avant une nouvelle tétée. Risque de somnolence ou hypotonie chez l'enfant.

ESPERAL*, AOTAL*, TIAPRIDAL*: contre-indiqués.

Il est conseillé d'éviter les gommes et systèmes transdermiques à la nicotine.

j) Les inhibiteurs de cholinestérase

MYTELASE* : en théorie utilisable, les dosages lactés et plasmatiques sont nécessaires

GENESERINE 3* : aucune donnée.

PROSTIGMINE*, MESTINON* : sont des dérivés bromurés, ils sont donc contre-indiqués.

D) Les médicaments utilisés en cardiologie

a) Les digitaliques

DIGOXINE * : administration possible de doses faibles avec surveillance clinique de l'enfant et dosages sanguins réguliers chez la mère et chez l'enfant.

b) Les dérivés nitrés et autres anti-angoreux sont déconseillés

c) Les anti-hypertenseurs

Les Antihypertenseurs de 1^{ère} intention sont indiqués par +++

1) Les inhibiteurs calciques

ADALATE*+++, TENORDATE*, CHRONADALATE*, ISOPTINE*+++, BAYPRESS*, NIDREL* : Respecter un intervalle de 4 heures entre la prise et la tétée qui suit. Observer une surveillance clinique de l'enfant. Si possible dosage de la molécule chez la mère et l'enfant.

CORDIUM*: contre-indiqué

TILDIEM* et autres inhibiteurs calciques tel AMLOR*: déconseillés (manque de données)

2) IEC :

LOPRIL*+++, RENITEC*+++ : respecter un intervalle de 4 à 5 heure entre la prise et la tétée suivante. Surveillance de la fonction rénale chez la mère et l'enfant.

TRIATEC* et autres IEC : à éviter par manque de données ou absence d'études.

3) Guanéthidine : Contre-indiquée

4) Les anti-hypertenseurs centraux

CATAPRESSAN* : Si la mère n'en a pas reçu pendant sa grossesse il vaut mieux avoir recours à un autre anti-hypertenseur pendant l'allaitement. Si la patiente a déjà été imprégnée pendant sa grossesse, on peut envisagé de le continuer sous surveillance clinique (somnolence, hypotonie, dépression cardio-respiratoire) et dosages plasmatiques et lactés. Il est contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale chez le nouveau né.

ALDOMET* : surveillance clinique de l'enfant (hypotension, bradycardie, dépression du système nerveux central) et dosages plasmatiques et lactés +/- indispensables. Un test de COOMBS doit être effectué chez l'enfant après 3 mois d'allaitement sous ALDOMET* (si le test est positif, il faut arrêter le traitement ou l'allaitement). Surveillance clinique et biologique rapprochées en cas d'insuffisance rénale du nouveau né .

5) Béta-bloquants:

TIMOPTOL*, AVLOCARDYL*+++, TRASICOR*, TRASIPRESSOL* TRANDATE* :
Intervalle de 4 heures entre la prise et la tétée qui suit. Surveillance clinique de l'enfant (bradycardie, troubles respiratoires , hypoglycémie). Dosages plasmatiques et lactés si possible.

CORGARD*, LOPRESSOR*, SELOKEN*, LOGROTON* à éviter.

SECTRAL*, SOTALEX*, TENORMINE* : fortement déconseillés

BETOPTIC*, KERLONE* : Contre-indiqués

Les autres Béta-bloquants et alpha bloquants n'ont pas été étudiés et par conséquent ils sont à éviter en cas d'allaitement.

6) Les diurétiques : Ils diminuent la sécrétion lactée

Les thiazidiques : HYGROTON* et LOGROTON* à éviter car effets inconnus chez l'enfant allaité. Les HYDROCHLOROTHIAZIDES, ESIDREX*, peuvent être prescrits avec surveillance de l'hydratation et du ionogramme de l'enfant allaité. Les autres thiazidiques n'ayant pas fait l'objet d'études, ils sont déconseillés.

ALDACTONE*, SOLUDACTONE* peuvent être prescrits avec surveillance de la kaliémie.

CYCLOTERIAM*, ISOBAR*, PRESTOLE* : déconseillés par manque de données

LASILIX* et BURINEX* : contre-indiqués

DIAMOX* : contre-indiqué chez le prématuré ou en cas d'Insuffisance rénale chez l'enfant ; si la prescription est nécessaire il faut surveiller l'enfant cliniquement (sédation, anorexie, hypokaliémie, hydratation, acidose) et pratiquer des dosages lactés et plasmatiques

d) La supplémentation en potassium n'est pas contre-indiquée.

e) les anti-arythmiques

1) Classe 1:

MEXITIL* : surveillance clinique et dosages plasmatiques et lactés nécessaires

ISORYTHM*, RYTHMODAN*, LONGACOR*, NATISEDINE*, FLECAINE* : contre indiqués

2) Classe 2 : Béta-bloquants (voir anti-hypertenseurs)

3) Classe 3:

CORDARONE* :contre-indiquée et BRETYLAT* : à éviter

4) Classe 4 : inhibiteurs calciques (voir antihypertenseurs)

f) Les anti-hypotenseurs

1) Hypotension aiguë (DOBUTREX*, DOPAMINE*): aucune donnée

2) Hypotension chronique (HEPT A MYL*) : aucune donnée

g) Les vasodilatateurs (MINOXIDIL*, HYDRALAZINE*) contre indiqués

h) Médicaments des troubles vasculaires périphériques et cérébraux et des pathologies cérébrales diverses

TORENTAL* est le seul étudié : une prise unique est sans danger. Pas de données concernant la prise répétée : une surveillance des dosages lactés et plasmatiques est nécessaire.

i) Vasculotropes et capillotropes

DIOSMINES, CIRKAN*, CYCLO 3*, ESBERIVEN*, RHEOFLUX*, VEINAMITOL*, GINKOR*... sont probablement sans danger .

ATEPADENE*, AESCINE , BAMETHAN, DOXIUM*, ETIOVEN*, GLYVENOL*, EXTRAIT DE MARRON D'INDE sont contre-indiqués en principe.

j) Les thrombolytiques : aucune donnée

k) Antiagrégants : à éviter

l) Les anticoagulants

Les HEPARINES peuvent être administrées; Attention aux saignements anormaux chez l'enfant. La PROTAMINE*, antidote de l'héparine peut être administrée pendant l'allaitement

SINTROM*, COUMADINE* : Aucune contre-indication. Supplémentation en Vit K de 1 à 2 mg par jour chez l'enfant.

PREVISCAN* : contre-indiqué par manque de données.

m) les Antihémorragiques

FACTEURS DE LA COAGULATION VIII et IX: Le seul risque est allergique. Ils peuvent être prescrits lors de l'allaitement.

EXACYL* : passage lacté très faible mais données insuffisantes

n) Les hypolipémiants :

Seules les mesures diététiques sont compatibles avec l'allaitement.

E) Médicaments du tube digestif

a) Pathologie gastrique et duodénale

1) Inhibiteurs de la sécrétion gastrique

Anti H2: TAGAMET*, AZANTAC*, RANIPLEX*, PEPDINE* sont contre-indiqués. Pour le NIZAXIDE* les données actuelles ne sont pas concluantes ; la mère devrait s'abstenir d'allaiter son enfant pendant 6 à 8 heures pour réduire les risques chez l'enfant.

IPP : seuls MOPRAL* et LANZOR* ont été étudiés. Pour l'instant ils restent contre-indiqués.

CYTOTEC* : à éviter

2) Renforcement de la défense de la muqueuse gastrique:

ULCAR*, KEAL sont probablement sans danger mais il faut éviter de prolonger le traitement.

BISTMUTH colloïdal : contre-indiqué

3) Antiacides : MAALOX* par exemple

La prise occasionnelle est sans danger ; si le traitement prolongé est nécessaire il faut éviter les dérivés à base de sels d'aluminium seul. Les sels de calcium et de magnésium peuvent être administrés sans danger. Il faut éviter des trop grosses doses de bicarbonate de sodium. Les préparations à base de sels de bismuth et de bromure sont contre-indiquées.

4) Autres molécules:

DIMETHICONE, SIMETHICONE : probablement sans danger car peu résorbés et peu toxiques.

PEPTAVLON* : attendre 2 heures pour allaiter après prise du produit.

b) les spasmolytiques

LIBRAX*, SPASMODEX*, SPASMOPRIV*, BARALGINE à la NORAMIDOPYRINE*, URISPAS*, COLOPRIV*, DUSPATALIN*, DOICETEL*, SPASFON*, NORBILINE*, VISCERALGINE*, COLCHIMAX* sont en principe contre-indiqués pendant l'allaitement. Cependant, une prise unique juste après une tétée est sans danger.

c) Les ferments digestifs (Amylase, lipase, pancréases, pepsine, trypsine) peuvent être prescrits lors de l'allaitement.

d) Pathologie hépatique et vésiculaire

1) Médicaments de la lithiase cholestérolique

CHENODEX*, ARSACOL*, DELURSAN* sont contre-indiqués

2) Cholagogues, cholérétiques, hépatotropes et médicaments de la dyspepsie

SULFARLEM*, CITRATE DE BETAINE, HEPACHOLINE*, DEBRIDAT*, TRANSACALM* à éviter.

e) Antiémétiques

ANAUSIN*, PRIMPERAN*: Une prise occasionnelle, après une tétée et en attendant 4 heures avant une nouvelle tétée est sans danger. L'utilisation chronique est à éviter. Ces molécules sont contre-indiquées en cas de prématurité et dans les premières semaines du post partum.

MOTILIUM*, PERIDYS*: La prise occasionnelle est sans danger. Les études actuelles ne permettent pas d'établir l'innocuité de prises répétées de la molécule.

PREPULSID*: La prescription est peu susceptible d'entraîner une toxicité chez l'enfant.

D'autres études seraient nécessaires pour confirmer ces données.

KYTRIL*, ZOPHREN* contre-indiqués faute de données

VOGALENE* déconseillé.

f) Laxatifs.

1) Les lests:

CARRAGENE MUCILAGES, GUAR GOMME, ISPAGHUL MUCILAGES*, SON DE BLE, PSYLLIUM, STERCULIA GOMME sont autorisés. La PARAFFINE est autorisée pour un traitement court.

ALVERINE (METEOSPASYL*) déconseillée FRANGULE contre-indiquée.

2) Les laxatifs osmotiques

IMPORTAL*, DUPHALAC*, LACTULOSE* SULFATE DE MAGNESIUM, SULFATE DE SODIUM, SELS DE POTASIUM: sans danger. Surveiller la survenue d'une diarrhée.

AUXITRANS*, COMBEYLAX* : à éviter par manque de données.

3) Laxatifs de contact

SENNOSIDES: peuvent être administrés pendant l'allaitement ; risque de diarrhée chez l'enfant.

BISACODYL*: peut être prescrit; risque de coliques abdominales et de diarrhée chez l'enfant.

DOCUSATE DE SODIUM*: abstention en l'absence de données.

PICOSULFATE DE SODIUM*: à éviter.

ALOES, PHENOLPHTHALEINE*: contre-indiqués.

4) Autres laxatifs

PODOPHYLLINE, STRYCHNINE et HUILE DE RICIN, PHOSPHATES MONO ET DI SODIQUES formellement contre-indiquées.

ANIS, BOLDO, COLOQUINTE, GINGEMBRE, FICUS, GUAIAZULENE, JALAP, LIHEN, RHUBRBE, SCAMMONEE RESINE, TAMARINES sont à éviter par manque de données.

g) Antiseptiques intestinaux

INTETRIX*: contre-indiqué.

ERCEFURYL*, PANFUREX*: cf. NITROFURANTOINES chapitre des anti-infectieux.

SALASOPYRINE* : strictement contre-indiquée chez le nouveau né prématuré et en cas de déficience en G6PD, elle peut être utilisée après les 4 premières semaines de post partum tout en étant vigilant à la survenue de diarrhée et/ou de sang dans les selles. Des accidents idiosyncrasiques ont aussi été décrits. Les dosages plasmatique et lactés chez la mère, urinaires chez l'enfant sont nécessaires.

PENTASA*, ROWASA*, DIPENTUM*: L'administration de la molécule est probablement sans danger mais l'innocuité du traitement prolongé n'est pas établie et des risques idiosyncrasiques et de diarrhée existent.

SULFAGUANIDINES : cf. BACTRIM*.

h) Les anti-diarrhéiques

1) Adsorbants et astringents

ACTAPULGITE*, KAOLIN, PECTINE, SMECTA* autorisés.

SELS DE BISMUTH contre-indiqués.

2) Modificateurs de la flore intestinale autorisés

3) Modificateurs de la motricité intestinale

LOPERAMIDE: l'utilisation d'une ou 2 doses (intervalle de 12 heures) est sans danger. Le traitement prolongé est contre-indiqué.

HORDENONE* à éviter par manque de données.

DIARSED*: contre-indiqué.

F) Les médicaments du système hormonal

a) Hormones corticosurrénales

CORTICOIDES (cf. antalgiques), SYNACTHENE*: autorisés.

SYNCORTYL*, FLUDROCORTISONE: déconseillés par manque de données.

ERYTHROPOIETINE: probablement sans danger.

b) Les Médicaments à visée thyroïdienne

1) Hormones thyroïdiennes

LEVOTHYROX*, CYNOMEL*, EUTHYRAL*, TEATROIS*, TRIACANA*, STIMU TSH*: autorisés.

2) Les Antithyroïdiens

PROPYLTHIOURACILE: traitement de 1^{ère} intention, il sera pris après la tétée et la surveillance de la fonction thyroïdienne de bébé est nécessaire. Il existe un risque idiosyncrasique.

BENZYLTHIOURACILE : déconseillé.

NEOMERCAZOLE*: peut être administré si les doses n'excèdent pas 10 à 15 mg par jour avec suspension pendant 4 heures de l'allaitement après la prise et surveillance de la fonction thyroïdienne chez le nouveau né. Il existe un risque idiosyncrasique.

Les DERIVES DE L'IODE sont contre-indiqués en cas d'allaitement maternel.

c) Hormones hypophysaires et hypothalamiques

DESMOPRESSINE, LYPRESSINE, TERLIPRESSINE autorisées.

HORMONES DE CROISSANCE déconseillées par manque de données.

d) Médicaments et diabète

Si l'INSULINE est sans danger, les SULFAMIDES, BIGUANIDES sont contre-indiqués étant donné le risque supposé d'hypoglycémie chez l'enfant. L'ACARBOSE est déconseillé par manque de données.

LE GLUCAGON est autorisé.

e) Hormones sexuelles, stéroïdes, anabolisants, gonadotrophines et substances actives sur l'utérus:

1) Oestrogènes

ETHINYL OESTRADIOL, OESTRADIOL, CLOMID*: contre-indiqués.

2) Progestatifs

MEDROXYPROGESTERONE: à raison de 150 mg IM tous les 3 mois il est sans danger.

MICROVAL* : autorisé. Le prendre juste après une tétée.

LYNESTRENOL*: une mini-pilule à base de 0.5 mg de LYNESTRENOL peut être envisagée.

MEGESTROL: Eviter les doses supérieures à 4 mg par jour en période d'allaitement.

NORETHISTERONE, ETYNODIOL DIACETATE: déconseillés.

CHLORMADINONE et autres POGESTATIFS : déconseillés par manque de données.

3) Androgènes et stéroïdes anabolisants sont contre-indiqués

**4) Antiandrogènes (ANDROCUR*, CLIMENE*, DIANE*):
contre- indiqués.**

5) Gonadotrophines et médicaments agissant sur leur libération

Si la BUSERILINE peut être administrée, les gonadotrophines ne sont pas conseillées et le DANAZOL est lui contre-indiqué .

6) Médicaments agissant sur la libération de la prolactine (PARLODEL*, AROLAC*, DOPERGINE*) sont contre indiqués car inhibiteurs de la lactation.

7) Médicaments agissants sur la musculature utérine

SYNTOCINON*: Favorise la sécrétion lactée.

DINOPROSTONE: pas d'effet sur la lactation.

DINOPROST, GEMEPROST, SULPROSTONE: pas d'indications en période d'allaitement.

ALPROSTADIL: contre-indiqué.

METHERGIN*: à éviter car inhibe la lactation. En cas de besoin il peut être administré à une dose de 0.125 mg 3 fois par jour avec prises après les tétées et traitement court (pas plus de 3 jours). Si survenue de diarrhée, nausées, vomissements, agitation de l'enfant il faut arrêter le traitement.

RITODRINE: Le PRE PAR* n'a pas d'indication en période d'allaitement mais il faut se méfier des substances utilisées dans le bronchospasme et pouvant avoir le même effet pharmacologique.

STERILET, BENZALKONIUM, NONOXINOL: autorisés.

G) Les médicaments du système ORL et respiratoire

a) Antitussifs, mucolytiques et expectorants

1) PHENOTHIAZINES, dérivés BROMURES et IODURES, SYMPATHOMIMETIQUES à éviter

2) CODEINE et dérivés

La prescription de CODEINE doit rester occasionnelle avec des doses maximum de 60 mg et en évitant d'allaiter dans les 2 heures qui suivent la prise. L'utilisation répétée peut entraîner des troubles respiratoires. Les dérivés de la CODEINE doivent être évités.

3) Antitussifs non narcotiques

TUSSISEDAL*: contre-indiqué.

SILOMAT*, CATABEX*, PAXELADINE*: une prise unique occasionnelle est sans danger, il faut éviter les prises répétées (dépression respiratoire).

4) Mucolytiques et expectorants

ACETYL CYSTEINE, CARBOCYSTEINE: autorisées.

VISCOTIOL*, MUCOFLUID*, UROMITEXAN*, TRANSLIGHT*: à éviter.

BISOLVON*, MUXOL*, SURBRONC*, MUCITUX*, EUPNERON*, RESPILENE*: contre-indiqués.

5) Médicaments terpéniques

Le CAMPHRE est contre-indiqué. Les huiles essentielles ou d'essences (Bergamote, Eucalyptus, Cyprès, Menthol, Pin) sont à éviter mais la prise occasionnelle de quelques milligrammes est probablement sans danger.

6) Autres molécules rencontrées

BROMOFORME (NEOCODION*), DIOXETHEDRINE (QUINTOPAN*) ACONIT (EUPHON*, CODOTUSSYL*, POLERY*) sont contre-indiqués.

SULFOGAIACOL (CODOTUSSYL* ...) : une prise occasionnelle est probablement sans danger.

5) Analeptiques respiratoires

VECTARION*, DUXIL*, PNEUMOREL* sont contre-indiqués

b) Sympathomimétiques

L'utilisation en prise unique en spray de VENTOLINE*, BEROTEC*, ALUPENT*, BRICANYL* est sans danger. Attendre 2 à 3 heures après la prise pour allaiter. L'utilisation prolongée comporte des risques : stimulation du système nerveux central, tachycardies, arythmies, hypokaliémie. Les autres bêta-mimétiques doivent être évités.

ISOPRENALINE contre-indiquée.

ADRENALINE: une dose unique est sans danger (suspendre l'allaitement pendant quelques heures). L'administration répétée est contre-indiquée.

c) Théophyllines et Aminophylline

Ils seraient compatibles avec l'allaitement. mais il faut utiliser les doses minimum nécessaires, utiliser des préparations de courte durée d'action, prendre le médicament après la tétée, attendre 4 heures après une prise pour allaiter, éviter thé café et chocolat et effectuer des dosages chez l'enfant. Leurs dérivés doivent être évités.

d) Les anti-cholinergiques (ATROVENT*, BRONCHODUAL*) sont contre indiqués en traitement de fond

e) Les corticostéroïdes (BETAMETHASONE, BUTESONIDE, FLUNISOLIDE, FLUTICASONE) en spray peuvent être utilisés

f) Inhibiteurs de la libération des médiateurs

CROMOGLYCATE SODIQUE, NEDOCROMIL SODIQUE peuvent être prescrits.

ZADITEN*, TINSET* contre-indiqués.

g) Traitements des rhinites et des sinusites

1) Traitements par voie générale

PSEUDOEPHEDRINE, EPHEDRINE et dérivés, PHENYLEPHRINE: administration répétée contre-indiquée. PHENYLPROPANOLAMINE: contre-indiquée.

2) Traitement à usage nasal

- Les préparations à base de VASOCONSTRICTEURS sont déconseillées.

Une dose unique de LLIADINE* et SINEX* est sans danger mais l'usage répété est interdit.

- BECLOMETHASONE, BUTESONIDE, DEXAMETHASONE, FLUNISOLIDE, PREDNISOLONE, TIXOCORTOL sont probablement sans danger pour l'enfant.
- ALLERGODIL* : dose unique sans danger mais il faut éviter l'utilisation répétée.
- Les préparations antibiotiques

ACETYLCYSTEINATE de THIAMPHENICOLGLYCENATE (THIAMPHENICOL et ACETYLCYSTEINE). SULFANILAMIDES (cf. antibiotiques et dermatologie)

ACIDE TENOIQUE, FUSAFUNGINE: à éviter par manque de données.

FRAMYCETINE TYROTHRYCINE: probablement sans danger.

- Anesthésiques locaux Cf. médicaments à usage externe.
- Divers autres produits

Les dérivés ammoniums quaternaires (BENZALKONIUM, BENZODODECINIUM, CETHEXONIUM) sont contre-indiqués.

PILOCARPINE: cf. Médicaments à usage ophtalmologique.

h) La désensibilisation doit être discutée avec l'allergologue

i) Les Anti histaminiques

VIRLIX*, ZYRTEC*, TELDANE*: antihistaminiques de 1^{er} choix avec surveillance clinique +/- dosages plasmatiques et lactés. Attention pour le TELDANE*: risque d'arythmie.

CLARITYNE*: PRUDENCE surveillance des effets sédatifs et anti-cholinergiques.

HISMANAL*: Risque d'accumulation et effets cardiotoxiques.

PERIACTINE*: contre-indiquée.

H) Vaccins, Immunoglobulines et sérums

a) Vaccination de la mère

BCG, IDR, CHOLERA, DIPHTERIE, HEPATITES A et B, INFLUENZA, RAGE, TETANOS autorisés.

La RUBEOLE: peut être envisagée si l'enfant est en bonne santé.

POLIOMYELITIS: utiliser le vaccin tué.

MENINGOCOQUE, TYPHOIDE et PARATHYPHOIDE : abstention préconisée.

FIEVRE JAUNE, OREILLONS, ROUGEOLE, VARICELLE : contre-indiqués.

b) Les gammaglobulines chez la mère sont sans danger

c) Sérums anti-botulique, anti-clostridium, antivenimeux:
l'allaitement doit être suspendu

I) Les anti-tumoraux nécessitent en principe un arrêt de l'allaitement

NB : le METHOTREXATE peut être envisagée pendant l'allaitement utilisé à des doses infimes dans les pathologies rhumatismales et l'asthme mais il faut surveiller la NFS et l'Acide folique chez la mère et l'enfant. De l'Acide folique doit de toute façon être administré.

NB : MERCAPTOPYRINE, AZATHIOPRINE et HYDROXYCARBAMIDE l'allaitement peut être prolongé sous réserve d'un suivi biologique de ces molécules dans le sang et le lait. Si ce suivi biologique n'est pas possible, l'allaitement doit être suspendu.

NB : DOXORUBICINE les risques pour l'enfant sont considérés comme faibles.

J) Traitements des intoxications

Les ANTICORPS ANTIDIGOXINE n'ont pas de raison d'être prescrits puisque l'allaitement est contre-indiqué en cas de prise de digoxine.

ACADIONE* est contre-indiquée.

Le KELOCYANOR, le CALCIUM EDETATE DE SODIUM, le DESFERAL, le DIMERCAPROL, l'ANEXATE*, le CONTRATHION* sont prescrits dans des circonstances incompatibles avec la poursuite de l'allaitement.

K) Minéraux et Vitamines

(entre parenthèses les besoins quotidiens)

Le Fer: Si l'alimentation n'est pas diversifiée au delà de 6 mois (allaitement exclusif) il faut supplémenter en fer l'enfant.

Le fluor: Une prise de trop grandes quantités de FLUOR peut être toxique pour l'enfant. Les mères qui allaitent et qui prennent du FLUOR doivent effectués des dosages plasmatiques et lactés du FLUOR. La supplémentation de l'enfant allaité en FLUOR reste une question controversée.

Le calcium: Avec un apport en VIT D adéquate chez l'enfant et une consommation de 1 à 1,2g de CALCIUM par jour chez la mère, l'enfant allaité reçoit assez de CALCIUM pendant les 6 premiers mois de l'allaitement

Le magnésium: La prise de MAGNESIUM par la mère n'a pas d'influence sur le taux lacté.

Vitamines B1,B2,B3,B5,B6, La biotine : il faut supplémenter seulement les femmes souffrant de malnutrition ou de déficit en VITAMINE B1 (1.7mg/j) ou VITAMINE B2 (2mg/j) ou VITAMINE B3 (20mg/j) ou BIOTINE (0.3mg/j) ou VITAMINE B5 (10mg/j) ou VITAMINE B6(minimum 2.5mg/j). Aucun surdosage via le lait maternel n'a été décrit sauf pour la VITAMINE B6 qui inhibe la lactation.

Acide folique: Il faut supplémenter en cas de malnutrition, de déficit en acide folique, d'allaitement exclusif au delà de 6 mois ou encore chez les patientes recevant un traitement exerçant un effet anti-folique.

Vitamine B12(8ug/j): Doivent être supplémentées les végétariennes et les femmes souffrant de déficit en VITAMINE B12. Aucun surdosage via le lait maternel n'a été rapporté.

Vitamine C(60mg/j): Doivent être supplémentées, les femmes souffrant de malnutrition et les femmes consommant peu de fruits.

Vitamine A: Le déficit lacté n'a pas d'effet clinique chez l'enfant. La supplémentation en cas de déficit n'a pas démontré son efficacité. Aucun surdosage n'a été rapporté.

Vitamine D et dérivés: La supplémentation de l'enfant est nécessaire. Attention au risque d'hypercalcémie en cas de surdosage.

Vitamine E (30U/j): Doivent être supplémentées les femmes souffrant de malnutrition.

Vitamine K1: Il est obligatoire de supplémenter un enfant allaité d'autant plus si la mère prend un traitement anticoagulant oral : au moins 1 mg de Vitamine K1 par semaine aussi longtemps que l'enfant sera allaité. (Actuellement une ampoule de 2mg par semaine)

Vitamine K3 contre-indiquée.

L) Immunosuppresseurs et immunomodulateurs sont tous à éviter

M) Les médicaments utilisés en anesthésiologie

ENFLURANE, ISOFLURANE, PROTOXYDE d'AZOTE: pas de contre-indication.

FENTANYL, PROPOFOL: Administration possible pendant l'allaitement mais attendre 10 à 12 heures avant une nouvelle tétée.

ALFENTANIL, SUFENTANIL, ETOMIDATE, KETAMINE, THIOPENTAL, METHOHAXITAL SODIQUE : Administration possible pendant l'allaitement mais attendre 24 heures avant une nouvelle tétée.

HALOTANE, ACIDE 4 HYDROXYBUTYRIQUE: contre-indiqué.

Les CURARES sont peu toxiques car le passage lacté et l'absorption digestive sont faibles.

N) Médicaments à usage externe en dermatologie

a) Les corticoïdes autorisés sauf sur le mamelon

b) antiseptiques

CHLOREXIDINE, EOSINE AQUEUSE, POLOXAMERE EAU DE JAVEL, HYDROCHONAZOLE*, HEXAMIDINE, DERIVES AMMONIUMS QUATERNAIRES autorisés sauf sur les seins directement.

L'absorption percutanée de l'ALCOOL est faible.

POLIVIDONE IODEE et dérivés de l'iode, DERIVES MERCURIELS, EAU PRECIEUSE*, SYNTHOL*, CICATRYL*, CYTEAL*, TRICLOSAN, HEXACHLOROPHENE, TRICLOCARBAN contre-indiqués.

c) Les antibiotiques

BACITRACINE, MUPIROCINE autorisées.

GENTAMYCINE, NEOMYCINE cf. chapitre antibiotiques mais faible résorption percutanée.

TETRACYCLINES: la résorption percutanée est faible mais l'allaitement est contre-indiqué si de grandes surfaces doivent être traitées car risque de photosensibilité.

ACIDE FUSIDIQUE, GRAMICIDINE, POLYMYXINE B, RIFAMYCINE SV, SULFATHIAZOL, SULFADIAZINATE d'ARGENT: Résorption inconnue; cf. chapitre antibiothérapie per os

VIRGINIAMYCINE, CHLORAMPHENICOL, SULFANILAMIDES, ACRIFLAVIUM, AMPHOTERICINE B sont à éviter.

CLIUQUINOL contre-indiqué.

d) Les antimycosiques

Sont autorisés les DERIVES IMIDAZOLES (sauf SULCONAZOLE), la NYSTATINE, le MYCOSTER*.

e) Les antiviraux

Sont autorisés le ZOVIRAX, les LYSOSYMES.

f) Les anti-parasitaires

Sont autorisés le MALATHION, les PYRETHRINES (sauf si atopie) et le BENZOATE DE BENZYLE.

g) Les Antihistaminiques et analgésiques

SUREPTIL*, DIPHENHYDRAMINE, ISTAMYL*, AGYRAX*, PROMETHAZINE: résorption inconnue et risque de photosensibilité. Cf. chapitre Antihistaminiques per os.
BUTOFORME, CALAMINE: déconseillés.

h) Les anti-inflammatoires

La plupart des AINS sont autorisés sauf ETOFENEMATE, NIFENAZONE et CLOFEZONE.
Eviter les pansements occlusifs et les associations avec les dérivés salicylés.
CAMPBRE, MENTHOL, TEREBENTHINE: contre-indiqués.

i) Médicaments des traumatismes et stases veineuses

Sont autorisés HEPARINOIDES, HYALURONIDASE et RUTOSIDES. A éviter ARNICA et AESCINE.

PLOMB formellement contre-indiqué.

j) Les anti-acnéiques

METRONIDAZOLE, CLINDAMYCINE, ERYTHROMYCINE, ACIDE AZELAIQUE autorisés.

TETRACYCLINES (cf Chapitre antibiotiques)

PEROXYDE DE BENZOYLE, TRETINOINE peuvent être utilisés pour un traitement de courte durée.

Le BROPERASTROL est à éviter.

k) Les anti-psoriasiques

DITHRANOL, ALLANTOINE peuvent être envisagés.

DAIVONEX: prescription occasionnelle sans danger. Innocuité du traitement long non prouvée.

GOUDRON DE HOUILLE contre-indiqué.

l) Les Kératolytiques

DERIVES SALICYLES, UREE, ACIDE ACETIQUE, ACIDE LACTIQUE sont sans danger en évitant les crèmes trop concentrées, le traitement de grandes surfaces et d'une peau lésée.

TEINTURES DE CHELIDOINE, DE THUYA, DE SABINE seulement utilisable sur les verrues.

FLUOROURACILE à éviter.

PODOPHYLLOTOXINE contre-indiqué.

m) Les enzymes sont autorisées

n) Les Hypopigmentants sont à proscrire (MEQUINOL)

o) Médicaments de l'Alopécie (MINOXIDIL) déconseillés

p) Préparations protectrices et cicatrisantes

DEXPANTHENOL, ERGOCALCIFEROL, RETINOL, ALUMINIUM, DIOXIDE DE TITANE, OXYDE DE ZINC, ACIDE HYALURONIQUE, COLLAGENE, METHIONINE, SOUFRE, VASELINE autorisés.

BAUME DU PEROU, CENTELLA ASIATICA, JONCTUM*, TEINTURE DE BENJOIN à éviter.

POMMADES A BASE DE BISMUTH, CHLOROBUTANOL, CLOSTEBOL, HYDRATE DE CHLORAL, contre-indiquées.

O) Les médicaments à usage interne en dermatologie

PHENORO ROCHE est à éviter mais SORIATANE*, MELADININE*, PSORADERM* contre-indiqués.

P) Médicaments à usage ophtalmique

a) Antibiotiques

BACITRACINE, FRAMYCETINE, RIFAMYCINE, TRIMETHOPRIME: possible
TETRACYCLINES, AMINOSIDES: utilisation permise pour un traitement de courte durée.
SULFAMIDES: Risque de réactions allergiques, d'ictère nucléaire, d'anémie hémolytiques en cas de déficience en G6PD. Cf. Chapitre des Antibiotiques per os.
QUINOLONES, ACIDE FUSIDIQUE, POLYMIXINE B, VIRGINIAMYCINE à éviter.
CHLORAMPHENICOL contre-indiqué.

b) Antiseptiques

CETYLPYRIDINIUM, HEXAMIDINE sont autorisés.
DERIVES MERCURIELS, BLEU de METHYLENE, PICLOXYDINE sont à éviter.

c) Les antiviraux: ZOVIRAX seulement est autorisé.

d) Antiallergiques et anti-inflammatoires

CORTICOIDES: traitement ne dépassant pas 2 semaines autorisé.

AINS: FLURBIPROFENE autorisé; pas d'administration répétée d'INDOMETACINE.

ANTIHISTAMINIQUES: seul le LEVOPHTA* en utilisation occasionnelle serait sans danger.

CROMOGLYCATE SODIQUE est sans danger.

ACIDE ACETYLASPARTYL GLUTAMIQUE, LODOXAMIDE, SULFURE DE SELENIUM sont à éviter.

e) Décongestionnants sont à éviter

f) Mydriatiques et Cycloplégiques

ATROPINE, SCOPOLAMINE, CYCLOPENTOLATE contre-indiqués.

HOMATROPINE, TROPICAMIDE: l'utilisation d'une dose unique à visée diagnostique peut être envisagée (attendre 6 heures après l'instillation), les traitement de fond sont à éviter.

g) Les médicaments du glaucome

1) Cholinomimétiques

ACECLIDINE, PHOSPHOLINE IODITE COLLYRE*, GENESERINE 3* PILOCARPINE sont à éviter mais si le traitement est nécessaire mieux vaut choisir la PILOCARPINE en surveillant l'apparition des signes cholinergiques.

2) Béta bloquants

TIMOPTOL* autorisé si fonctions rénale et hépatique de l'enfant normales. Des dosages lactés et plasmatiques peuvent être effectués. La surveillance clinique est nécessaire.

Si l'utilisation des autres Béta-bloquants est indispensable la surveillance clinique +/- des dosages plasmatiques et lactés est nécessaire.

3) EPINEPHRINE , DIPIVEFRINE, GUANETHIDINE à éviter

h) Les anesthésiques: L'utilisation d'une dose unique est sans danger

i) Les Larmes artificielles sont sans danger

j) Médicaments à usage diagnostique ou chirurgical

FLUORESCEINE: contre-indication en IV; en cas d'instillation oculaire attendre 12 heures pour reprendre l'allaitement.

HYALURONATE DE SODIUM autorisé.

k) Cicatrisants et vasoprotecteurs autorisés sauf la DIOPARINE*.

l) Médicaments de la cataracte à éviter

Q) Les médicaments à usage otique

La résorption est peu probable et aucun effet secondaire n'a été décrit. Chaque produit a déjà fait l'objet d'une étude dans les chapitres précédents.

CERUMENOLYTIQUES: pas de risque à les employer.

R) Médicaments à usage bucco-pharyngé

CORTICOSTEROIDES, ANTIBIOTIQUES, ANESTHESIQUES LOCAUX, DERIVES SALICYLES, VITMINES, DERIVES DU FLUOR: cf. Chapitres concernés. La TYROTHRYCINE est autorisée lors de l'allaitement.

Les ANTISEPTIQUES sont autorisés sauf ACETARSOL, ETHACRIDINE, POLYVIDONE IODEE.

DERIVES DU PHENOL, DERIVES DU BORE, DERIVES DU MERCURE, ESSENCES (Benjoin, Camomille, Menthol, Vératrol), HYDRATE DE CHLORAL, AMMONIUM QUATERNAIRES sont à éviter. Une prise occasionnelle d'AMMONIUMS QUATERNAIRES est possible.

S) Les médicaments à usage vulvo vaginal

a) Oestrogènes

Résorption par la muqueuse avec taux plasmatique atteint en 4 heures. Effets systémiques possibles. Cf. chapitre sur les Oestrogènes.

b) Antimycosiques

Sont autorisés IMIDAZOLES, MEPARTRICINE, NYSTATINE

c) Anti-infectieux

Sont autorisés METRONIDAZOLE, NEOMYCINE

d) Antiseptiques :

Sont autorisés ACIDE LACTIQUE, ACIDE TARTRIQUE, BICARBONATE DE SODIUM et TOSYLCHLORAMIDE

e) Les contraceptifs locaux sont sans danger

T) Anesthésiques locaux:

LIDOCAINE (sans vasoconstricteur) autorisée avec attente de 4 heures avant une nouvelle tétée.

MARCAINE*: passage lacté peu important. Les anesthésies épidurales sont autorisées pendant l'allaitement avec suivi des concentrations plasmatique et des concentrations dans le lait.

CINCHOCAINE, ETIDOCAINE, MYRTECAINE, OXYBUBROCAINE, PRAMOCAINE, PROCAINE, QUINISOCAINE, TETRACAINE : passage lacté inconnu, il est conseillé d'attendre 4 à 6 heures après l'anesthésie locale pour effectuer une nouvelle tétée.

BENZOCAINE, EMLA*, COCAINE contre-indiqués.

U) Produits de radiodiagnostic

IODE 125 et 131, GALLIUM 67, THALLIUM 201: Interruption définitive.

IODE 123: Allaitement interrompu 24 heures.

DERIVES DU TECHNICIUM 99: Pour le PERTECHNETATE: allaitement interrompu 24 heures. Pour les autres dérivés interruption de 4 heures de principe.

GADOPENTETATE DE MEGLUMINE: interruption de 48 heures.

SULFATE DE BARIUM: pas d'interruption.

MATERIEL D'ALLAITEMENT

Ce chapitre n'était pas inclus dans le fascicule. Cependant différentes expériences depuis le début de l'étude nous ont permis d'en découvrir l'utilité : connaître les accessoires d'allaitement, les conseiller à bon escient, savoir les manipuler et pouvoir indiquer à la (future) mère où se les procurer font aussi partie d'une bonne prise en charge.

I) Les coussinets d'allaitement

Ce sont des compresses rondes glissées dans les bonnets de soutien gorge afin de protéger les vêtements des écoulements lactés intempestifs.

Ces coussins imbibés sont humides donc sources de macération ; il faut donc les changer régulièrement dans la journée.

Des coussinets jetables sont disponibles dans les pharmacies, les grandes surfaces et les magasins spécialisés dans la puériculture.

II) Coupelles d'allaitement

Ce sont des récipients en forme de demi sphère glissés dans les bonnets de soutien gorge. Le mamelon est placé dans l'orifice percé à la face interne. Certains les utilisent lors du dernier trimestre de la grossesse pour faire ressortir des mamelons plats ou invaginés. En dehors des tétées, ces coupelles stimulent le mamelon, provoquent des flux passifs d'éjection et permettent ainsi de prévenir ou drainer un engorgement : le lait recueilli doit être jeté. Lors des tétées elles permettent de récupérer les écoulements lactés d'un sein alors que l'enfant tète le sein controlatéral : le lait recueilli peut être donné à l'enfant ou congelé. On peut s'en servir aussi pour protéger les mamelons sensibles contre le frottement des vêtements.

Cependant :

- leur utilisation dans la préparation à l'allaitement n'a pas fait ses preuves.
- Ils sont déconseillés dans l'hypergalactie car ils stimulent la lactation et donc entretiennent le phénomène voir l'empirent.
- Des canaux peuvent se boucher à cause de pression constante sur l'aréole, il est donc déconseillé de les utiliser de façon régulière et prolongée.

Ces coquilles sont disponibles en pharmacies et dans les magasins spécialisés en puériculture.

VIII) Les protèges mamelons ou « bouts de sein »

Ce sont des embouts en caoutchouc ou silicone en forme de mamelon, fins et flexibles.

On les pose sur le mamelon et l'aréole lors de la tétée pour faire écran avec la bouche du bébé lors de problèmes locaux comme les crevasses. Cela facilite la guérison et soulage considérablement les douleurs.

Cependant leur utilisation ne doit pas devenir habituelle car la stimulation du mamelon est bien moindre d'où risque d'engorgement et de baisse de sécrétion lactée*. D'autre part il a été décrit des cas où l'enfant refusait de prendre le sein directement suite à leur utilisation.

Les protèges mamelons sont disponibles en pharmacie et dans les magasins spécialisés en puériculture.

* Les soucis de défauts de stimulation sont moindre avec les bouts de sein en silicone fins.

IV) Le tire-lait

A) La mère peut tirer son lait pour plusieurs raisons :

Mise en route et entretien de sa lactation lorsque la mère et l'enfant sont séparés dès la naissance.

Entretien de la lactation lors de la séparation mère enfant souvent dans le cadre de la reprise de travail.

Entretien de la lactation lors d'une suspension momentanée de l'allaitement pour des raisons médicales.

Don de lait au lactarium.

Expression en fin de tétée pour congeler le lait restant.

b) Il existe plusieurs type de tire lait :

a) le tire-lait électrique:

Tire-lait automatique et semi automatique qui reproduit fidèlement le rythme de suctions et de pauses de la tétée d'un enfant.

Tire-lait à expression simple : la mère règle elle même le rythme de succion et de pauses

Certains tire-lait électriques sont à expression double c'est à dire que l'on peut tirer les 2 seins simultanément

Ces tire-lait existent sur pile ou sur secteur.

b) le tire-lait manuel

C) La mère devra choisir un tire-lait en fonction :

a) de son efficacité

Les tire-lait électriques automatiques sont les plus efficaces ; ils sont préférentiellement usités pour le lancement et le maintien de la lactation. A noter que les tire-lait à expression double diminuent de moitié le temps d'expression, permettent de ne pas perdre le lait qui coule du sein controlatéral et stimulent mieux la sécrétion lactée.

b) du confort

L'expression ne doit jamais être douloureuse. Les tire-lait automatiques sont réglés afin de limiter la force de succion sans risque d'endommagements mammaires ce qui n'est pas le cas des autres tire-lait électriques ou tire-lait manuels.

c) facilité d'utilisation

Ils nécessitent tous de tenir la coupole sur le sein d'une main et de régler la succion de l'autre ; le fait de pomper sur les tire-lait manuels est aussi parfois fatigant. La facilité d'utilisation dépend aussi des accessoires.

d) durée d'expression qui diminue avec l'augmentation de l'efficacité.

e) Portabilité

Un tire-lait manuel ou tire-lait sur pile est plus facilement utilisable pour une femme active.

f) Le coût

Le coût est aussi à prendre en compte. EN CAS D'UTILISATION PROLONGEE LE MEDECIN DOIT PRESCRIRE UN TIRE-LAIT ELECTRIQUE DONT LA LOCATION SERA INTEGRALEMENT REMBOURSEE PAR LA SECURITE SOCIALE. La mère devra seulement payer la tétérèlle et le biberon adaptés au tire-lait et livrés avec (moins de 15 euros).

D) Quelle quantité de lait tirer ?

Il est difficile pour une mère d'évaluer la quantité de lait qu'elle devra tirer pour nourrir son enfant quand elle s'absente, cependant, nous pouvons donner quelques repères. Il a été évalué qu'un bébé consomme en moyenne 600 ml par jour de lait pendant les 2 premiers mois puis environ 850 ml par jour par la suite. Ainsi, en divisant par le nombre de tétées, la mère peut avoir une idée approximative de la quantité de lait à exprimer.

E) Améliorer l'expression du lait

La quantité de lait est variable selon de nombreux facteurs et suivant les mères. Il faut savoir rassurer une mère qui a du mal à exprimer son lait : son bébé est beaucoup plus efficace qu'un tire lait et avec un peu de pratique beaucoup de mères augmentent les quantités de lait exprimé. D'autre part il faut conseiller à une mère d'avoir une réserve de lait congelé afin de pouvoir compléter en son absence.

Afin d'améliorer l'expression il est conseillé :

- De masser légèrement l'aréole de la périphérie vers le mamelon puis de manipuler doucement les mamelons.
- D'humidifier le sein pour améliorer l'étanchéité et de mieux faire le vide d'air.
- De commencer doucement la succion et puis de l'augmenter progressivement.
- De chercher les conditions favorables à l'expression : tirer avec son bébé près de soi ou une photo de lui ou avec une musique de relaxation ou dans le calme ; dans un endroit plutôt isolé où elle a un minimum d'intimité ... Chaque mère est différente.
- De ne pas s'énerver.

F) Il faut compter 10 à 15 mn par sein environ.

G) Les tire-lait sont disponibles

En pharmacie pour les électriques.

En pharmacie et dans les magasins spécialisés en puériculture pour les tire-laits manuels.

H) Quelques Adresses utiles pour les conseils sur le tire-lait:

MEDELA FRANCE

29 Avenue des Grenots 91150 ETAMPES

Tel 01 69 16 10 30/Fax 01 69 16 10 32

E MAIL medela@wanadoo.fr

DIFFUSION TECHNIQUE FRANCAISE (tire lait automatique LACTA KITTET)

114 120 Rue Bergson BP 132 42 003 St ETIENNE

tel 04 77 74 51 11/Fax 04 77 79 67 72

E MAIL dtf@wanadoo.fr

MARVEL (tire-lait SANIPHARM manuels, à pile et sur secteur)

34 Avenue D. Papin, BP 24, 46801 St JEAN de BRAY

tel 38 86 04 64/ fax 38 86 41 67

DEC (tire-lait manuel AXICARE)

83 Avenue S BOLIVAR, 75 019 PARIS

tel 01 42 00 51 04

PARMYGIENE (tire-lait à pile BEBISOL)

La Boursidière 92 357 Le PLEIS ROBINSON

Tel 01 46 29 93 00

LABORATOIRES GILBERT (tire-lait AVENT)

928 Avenue du Gal de Gaulle, 14 20 HEROUVILLE St CLAIR

tel 02 31 47 15 15

III) Les méthodes qui remplacent le biberon

Nous avons déjà décrit les conséquences de l'utilisation du biberon dans les premières semaines de l'allaitement (diminution de la sécrétion lactée et surtout confusion sein tétine). Cependant, si la mère est dans l'incapacité d'allaiter directement son enfant lors des premières semaines du post partum*, il existe différentes méthodes pour nourrir son enfant avec son propre lait ou des substituts de lait maternel :

- Tasse ou bol dans lequel l'enfant peut laper le lait. Le lait ne doit pas être versé dans la bouche. Certains modèles sont vendus dans le commerce.
- Cuillère, compte goutte ou seringue à médicament.
- Le DAL (dispositif d'aide à l'allaitement) : un récipient contenant le lait est suspendu au cou de la maman et est relié à un tuyau dont l'embout est fixé au mamelon : ainsi l'enfant tout en stimulant le sein, boit le contenu du récipient. Si le bébé refuse le sein le même système peut être fixé à l'index de la mère que l'enfant sucera. Ce système est utilisé dans des cas particuliers comme les fentes palatines, la prématurité et pour des durées d'allaitement longues. Le seul risque est la dépendance de l'enfant au système.

Il est estimé que le risque de confusion sein tétine est moindre à partir d'un mois et demi mais tout dépend de l'enfant.

CONSERVATION DU LAIT

(3)

Les informations suivantes s'appliquent aux mères qui tirent leur lait pour un usage domestique, qui ont des bébés nés à terme et en bonne santé, qui lavent leur main avant de tirer leur lait, qui utilisent des contenants bien lavés à l'eau chaude savonneuse et bien rincés.

I) Quels récipients ?

Si le lait ne doit pas être congelé les macropages seront mieux conservés dans du plastique.

Si le lait doit être congelé :

- Les récipients en plastique épais transparent ou en pyrex offrent le plus de sécurité.
- on peut utiliser des récipients en verre.
- Les sacs en plastique sont une solution pratique et peu coûteuse. Il faut les mettre en double, veiller à bien les fermer et les mettre dans un bac plastique rigide. Il existe aussi des sacs stérilisés qui évitent de multiples manipulations. Ils sont vendus en pharmacie ou les magasins spécialisés en puériculture, ils s'adaptent directement sur le biberon du tire lait. Ils peuvent aussi servir pour conserver les glaçons de lait. Ces sacs ne sont pas validés par le lactarium.
- Ne pas oublier de dater les recueils.

II) Technique du bac à glaçon

Il suffit de congeler le lait refroidi dans des bacs à glaçons préalablement lavés à l'eau savonneuse. Une fois congelés, il faut les démouler et les transférer dans des sacs à congélation qu'il faut de préférence doubler. Cette technique permet de faire moins de gaspillage en ne prenant que le nombre de glaçons nécessaire à chaque tétée.

III) Durée de conservation

A) température ambiante (20°)

Colostrum : 12 à 24 heures

Lait mature : 6 à 10 heures

B) réfrigérateur

Lait mature : 8 jours

C) Au congélateur

Compartiment surgelé d'un réfrigérateur : 2 semaines

Compartiment surgelé d'un combiné réfrigérateur-congélateur : 3 mois

Congélateur séparé : 6 mois

IV) Comment réchauffer le lait ?

Décongeler et réchauffer sous l'eau courante chaude.

Agiter avant de vérifier la température.

Ne pas utiliser le micro-onde car le chauffage détruit certains composants.

Une fois décongelé le lait doit être bu dans les 24 heures

V) Plusieurs recueils peuvent être mélangés ?

Laisser refroidir les recueils avant de les mélanger.

On peut mélanger des lait exprimés lors du même nyctémère.

Eviter les mélanges en cas de nourrisson malade ou prématuré.

LE SEVRAGE

(15)(106)(96)(41)(7)

I) Il n'y a pas de moment plus opportun qu'un autre pour sevrer

« Sevrage » : de *sevrer* qui en ancien français signifie séparer. Action de priver un enfant du lait maternel pour lui donner une autre nourriture (Garnier Delamare). L'OMS recommande en effet un allaitement exclusif de 4 à 6 mois puis tout en diversifiant l'alimentation on peut continuer l'allaitement jusqu'à 2 ans.

Dans nos pays occidentaux, le terme de sevrage est le plus souvent interprété comme l'arrêt de l'allaitement au sein pour débiter les laits de substitution. Il est très rare de penser qu'une mère puisse arrêter progressivement l'allaitement maternel pour diversifier, avec des aliments solides, la nourriture de son enfant.

Ainsi, le temps du sevrage en France est dans la majorité des cas choisi par la mère, parfois par l'enfant lui même, très rarement par les deux en même temps. L'idéal serait bien sûr d'attendre que cet enfant réclame lui même autre chose à manger.

II) Quelques conseils de mise en route

Mieux vaut débiter le sevrage pendant une période pendant laquelle l'enfant est en bonne santé et la mère bien disposée.

Si c'est la mère qui choisit de sevrer son enfant il faut lui conseiller de prévoir du temps : le temps de compenser par sa présence et ses câlins la perte du sein, le temps de transformer un plaisir par un autre.

Mieux vaut commencer par supprimer les tétées pour lesquelles le lait est moins abondant (fin de journée). Il faut ensuite supprimer, une à une, les tétées suivantes seulement lorsque les seins se sont adaptés au nouveau rythme (risque d'engorgement).

Attendre que l'enfant réclame à manger avant de lui proposer le biberon.

Le mieux est d'abord de proposer des biberons de lait maternel.

S'il refuse la tétine on peut y déposer quelques gouttes de lait pour cacher le goût du caoutchouc. Si malgré cela il refuse, mieux vaut confier la tétée à une tierce personne pendant que la mère s'absente.

Il ne faut pas forcer un enfant s'il refuse de goûter à la cuillère ou au biberon. D'autre part il faut garder à l'esprit qu'un enfant peut ne pas avoir faim.

Un seul changement à la fois : éviter de présenter au même repas pour la première fois la cuillère et le biberon.

Prévenir la mère que les troubles digestifs lors du sevrage sont très fréquents et bénins surtout l'apparition d'un ralentissement des exonérations que les mamans qualifient souvent de constipation.

III) Si le sevrage brutal est indispensable

Avant 12 semaines post partum, l'utilisation d'une agoniste dopaminergique est parfois indispensable, à la condition qu'il ne soit pas contre indiqué : associations médicamenteuses, pathologies vasculaires, antécédents psychiatriques, allergie à la molécule ou aux médicaments vasoconstricteurs.

Après 12 semaines, la prolactinémie est en général revenue à la normale, l'arrêt peu donc s'effectuer sans médicaments.

Dans les deux cas ne pas hésiter à soulager les engorgements et douleurs avec AINS et décongestionnants locaux.

LEGISLATION ET ALLAITEMENT

(16)(90)(38)(111)(89)(41)(66)

I) Commercialisation des substituts du lait maternel

En 1981, l'OMS signe le Code International de Commercialisation des substituts du lait maternel à l'intention des industries et des gouvernements afin de réglementer la promotion et la vente des substituts du lait maternel, des biberons et des tétines. Il faudra attendre 1994 puis 1998 afin de voir la législation française s'enrichir de ces propositions faites par l'OMS. Malheureusement, la loi française ne se limite qu'à la distribution gratuite et à la promotion des laits premier âge, et, d'autre part, de nombreuses infractions sont à déplorer.

II) La Déclaration d'Innocenti (1990)

La déclaration d'Innocenti signée par l'OMS, l'UNICEF, des ONG et 32 gouvernements (dont la France) permet de définir des objectifs de promotion à l'Allaitement maternel :

- Désignation d'un comité national et d'un coordonnateur national.
- Application du code international de commercialisation des substituts du lait maternel
- Protection du droit d'allaitement pour les femmes qui travaillent.
- Suivi des recommandations de l'OMS au sein des maternités pour le succès de l'allaitement maternel (1).

Les pouvoirs publics français se désintéressent de ces mesures qui ne sont pas appliquées et sont inconnues des professionnels de santé et du grand public. Il n'existe toujours pas de comité national afin de regrouper toutes les énergies locales qui fleurissent partout en France et seulement deux maternités françaises possèdent le label « Hôpital ami des bébé ».(1)

III) Le code du travail

A) Le temps d'allaitement

Pendant un an, à compter du jour de la naissance, les femmes disposent d'une heure par jour pour allaiter leur enfant. Cette heure est répartie en deux demi heures (une le matin, une l'après midi). Le moment, où le travail est arrêté, est déterminé par accord entre les deux parties ou, à défaut, au milieu de chaque demie journée. La durée d'allaitement est réduite à deux fois 20 mn si le local est à l'intérieur ou à proximité du local de travail. Aucune loi ne légifère la rémunération de cette heure : en dehors de certaines conventions collectives, la rémunération est donc laissée à l'appréciation de l'employeur.

B) Le lieu de l'allaitement

La mère peut allaiter dans l'établissement mais l'enfant ne doit séjourner dans l'établissement que pendant le temps de l'allaitement. Un règlement d'administration publique détermine si le local où la mère et l'enfant vont être accueillis est aux normes. Ces normes dépendant de la nature et de l'importance de l'établissement. Ainsi un établissement de plus de 100 femmes peut être mis en demeure d'établir des locaux d'allaitement.

Ces locaux doivent être séparés du local de travail, pourvus en eau potable et en lavabo, pourvus en sièges convenables, pourvus de moyens de réchauffer en cas d'alimentation mixte, nettoyés et d'une hygiène irréprochable.

L'employeur prend à sa charge la rémunération du personnel, du médecin, du linge, des changes et du matériel.

FORMATION SUR

L'ALLAITEMENT MATERNEL

EN FRANCE

Les 2 chapitres qui suivent n'étaient pas initialement insérés dans les recommandations données aux médecins.

Suite à l'étude il nous est apparu intéressant de les intégrer dans cet annexe.

La Leache League France Formation

2 Rue Pierre RONSARD

78180 MONTIGNY LE BRETONNEUX

Tel 01 30 96 08 01

FAX 01 30 60 06 78

E mail formation@lllfrance.org

Institut Co-Naitre

Equipe du Dr Marie THIRION

L'escandihado

84120 PERTUIS

Tel : 06 09 52 53 79

Fax : 04 90 79 58 21

E mail : fancello@club-internet.fr

CFDAM (Centre de formation et de documentation sur l'Allaitement Maternel)

Maternité de Lillebonne

76170 LILLEBONNE

02 35 96 39 24

E mail cfdam@wanadoo.fr

Formation en France préparant à l'examen de Consultant en Lactation

Equipe du Dr Laure MARCHAND LUCAS

7 Avenue de la Porte de Choisy

75013 PARIS

01 45 82 03 94

Fax 01 45 86 62 36

E mail LMELUCAS@aol.com

SESAM (Société Européenne de Soutien à l'Allaitement Maternel)

6 Rue de Jarente

75 004 PARIS

Tel 01 42 77 74 37

DOCUMENTATION ET ADRESSES UTILES

AUX PROFESSIONNELS ET AUX PARENTS

I) Pour les professionnels

Pour toute recherche bibliographique, il est possible de consulter les bases de données de la Leche League France.

Médicaments et allaitement

De Schuiteneer B. et de Coninck B.
Edition Arnette-Blackwell 96

Pour un allaitement réussi. Physiologie de la lactation et soutien aux mères

Ed. Masson Obstétrique Pratique 98

La leche League propose :

Le traité de l'Allaitement Maternel

Les Dossiers de l'Allaitement

Revue trimestrielle: conduite pratique de l'allaitement et résumés d'études.

Les cahiers de l'Allaitement

3 compilations d'études parues dans les Dossiers de l'Allaitement « En maternité » « En néonatalogie » « A la maison »

Les feuillets de l'allaitement

Fiches techniques résumant la prise en charge de différents points de l'allaitement comme les mycoses, le DAL, allaitement et Travail ...

Allaitement Actualités

Résumés bibliographiques trimestriels proposés par L'IFBAN.

La conduite pratique de l'Allaitement

Communications de la Leche League dans Médecine et Enfance 87 ;7 ;5 :203-244

De la recherche à la pratique de la pratique à la recherche

Communications de la Leche League dans Les Dossiers de l'Obstétrique 90 ; 170 : 3-26

L'allaitement en question

Les Dossiers de l'Obstétrique 94 N° 216

Pour obtenir les rapports d'étude, les manuels, les livrets, les documents de formation des professionnels proposés par l'OMS/UNICEF et par l'IFBAN

OMS :

Service de publication

1211 GENEVE 27

SUISSE

IFBAN:

IFBAN/GIFA

CP 157

1211 GENEVE 19

SUISSE

CFDAM (cf Formation)

II) Documentation utile aux parents

L'Art de l'Allaitement et l'Allaitement tout simplement

Les 2 ouvrages de la Leche League destinés aux parents. A commander à La Leche ou dans les associations de proximité

L'allaitement

Dr Marie THIRION

Ed. Albin Michel 94

L'allaitement de mon Enfant

MARIE MD, MORENA C.

Livret produits par 3 associations d'aide à l'allaitement.

Commande : les Mutuelles de la Drôme BP 1026 26028 VALENCE

Allaiter aujourd'hui

La revue trimestrielle de la Leche League adressée aux parents

Les vidéos utiles :

L'allaitement un bonheur partagé

L'allaitement , le temps d'y penser

A commander à MEDIALACTEE

7 place du Mal Foch

80480 DURY

Quelques adresses utiles

Pour connaître les associations de proximité, écrire au

COURRIER INTER ASSOCIATIONS

19 Rue de Dalhain

67200 STRASBOURG

LA LECHE LEAGUE France

BP 18

78 620 l'Etang la Ville

http : www.lllfrance.org

SOLIDARILAIT

Tel 01 40 44 70 70

IPA (Information pour l'allaitement)

<http://assoc.wanadoo.fr/ipa/>

APA (Action pour l'Allaitement)

<http://web.superb.net/apastras>

Références Bibliographiques

(1) AJURIAGUERRA (de) M, BITOUN P

Initiative " Hôpital, Ami des bébés". Une démarche en faveur de l'allaitement maternel

Progrès en Néonatalogie, 1993,13, 271-285.

(2) Allaitement et développement des structures faciales

Les dossiers de l'allaitement, 2000, 42.

(3) Allaitement et travail

Cahiers de l'Allaitement N°2 "A la maison", LLL France, Ed 1999

(4) Anatomie du sein

Les cahiers de l'Allaitement N°1 "A la Maternité", LLL France 1999

(5) ANTIER E, AMIEL TISON C

L'allaitement maternel. Résultats d'une enquête en maternité.

Annales pédiatriques , 1982, 29, 482-487.

(6) AUERBACH KG

The influence of lactation consultant on breastfeeding duration in low-income population

Nebraska Med. J., 1985, 70, 341-346.

(7) BATTU MERLE I, JAN MOUCHARD A

Allaitement Maternel et Médecine Générale

Revue de la littérature pour aider les médecins généralistes à accompagner les Femmes qui allaitent

Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine, 2000, Grenoble

(8) BEAUFRERE B., BRESSON JL, BRIEND A, GHISOLFI J

GOULET O, NAVARRO J, PUTET G, RICOUR C, RIEU D,

TURCK D, VIDAILHET M

La promotion de l'allaitement maternel: c'est aussi l'affaire des pédiatres

Archives pédiatrique 2000;7:1149-1153

(9) BEAUVOIR (de) S:

Le deuxième sexe

Ed. Gallimard, 1961

(10) BERNARD-BONNIN AC, DTACHTENKO S, ROUSSEAU E

GIRARD G:

Pratiques hospitalières et durée de l'allaitement: méta-analyse.

Rev. Epidemiol. Et Santé Publ., 1989, 37, 217-225.

- (11) BLOMQUIST HK, JONSBO F, SERENIUS F, PERSSON LA:
Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of the breastfeeding
Acta. Paediatr. Scandinavia, 1994, 83, 1122-1126
- (12) BLONDEL B, BREART G, DU MAZAUBRUN C, BADEYAN G, WCISLO M, LORDIER A, MATET N:
La situation périnatale en France en 1995. Evolution entre 1981 et 1995
J. de Gynéco. Obstét. Et Biolo. De la Reprod, 1997.
- (13) BLOOM K, GOLDBLUM RB, ROBINSON SC, SREVEENS SE
Breast vs formula feeding: II. Factors affecting the continuance of breast feeding
Acta. Paediatr. Scandinavia, 1982, 300(suppl), 9-14.
- (14) BRANGER B:
Allaitement maternel: facteurs de décision et de durée.
Article sur la thèse de M CEBRON issu des archives personnelles de l'auteur
- (15) BURLET GISQUEL M:
Difficultés et échecs de l'allaitement maternel. Quel est le champs d'intervention pour le médecin généraliste?
Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, 1999, Nantes.
- (16) CARLET ARNERA Anne
Allaitement en France en l'An 2000
Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, 2000, Montpellier I
- (17) CARTER C, ALTEMUS M:
Integrative functions of lactational hormones in social behavior and stress management
Ann. NY Academics of Sciences, 1997, 164-174.
- (18) CEBRON M:
Allaitement maternel: Enquête sur la durée de l'allaitement, les facteurs pronostiques de sevrage précoce et le rôle du médecin généraliste.
Thèse pour le Diplôme de Docteur en Médecine, 1995, Nantes.
- (19) CHAMBONNET JY, MICHEL I
Quelles difficultés à l'arrivée d'un bébé ?
Revue du Praticien médecine Générale. Tome 13, N° 474, 1665-1668
- (20) CHANCHOLLE A:
Les raisons anatomiques de l'allaitement maternel.
VIIème Rencontre Nationale de Périnatalité de Béziers, 1996.

(21) CIE:

L'allaitement maternel. Documents destinés au personnel de santé et éducateurs.
Mise au point technique dans le cadre du projet commun CIE/ USA
Département of Health, 1979

(22) COHEN SA:

Post partum teaching and the subsequent use milk supplements.
Birth Fam. J., 1980, 7, 163-167

(23) COHEN RJ, HADDIX K, HURTADO E, DEWEY KG:

Maternal activity budgets: feasibility of exclusive breastfeeding for 6 months among urban women in Honduras
Soc. Sci. Med., 1995, 41, 527-536

(24) COMITE DE NUTRITION DE LA SOCIETE FRANCAISE DE PEDIATRIE

Alimentation du nourrisson normal: évolution des connaissances.
Arch. Franç. Pédiatr., 1992, 49, 261-269

(25) COSLIN PG, CARTRON A:

Déterminants du choix et du maintien du mode de l'allaitement.
Rev. Intern. De Pédiat., 1993, 230, 3-7.

(26) CROST M, KAMINSKI M:

L'allaitement maternel à la maternité en 1995: enquête nationale périnatale
Arch. Pédiat., 1998, 45, 1316-1326.

(27) CUNNINGHAM AS, JELLIFE DB, JELLIFE EF:

Breastfeeding and health in the 1980's: a global epidemiologic review.
J. Pédiat., 1991, 118, 659-666

(28) DE SCHUITENEER B., DE CONINK

Médicaments et Allaitement
Centre antipoison de Bruxelles, Ed. Arnette Blackwell, 1996

(28 bis) DELALOYE JF, De GRANDI P, VIAL Y, HOHLFELD P

Médicaments, Grossesse et Lactation
Ed. Médecine et Hygiène, Genève

(29) DEPINOY MP:

Evolution de l'allaitement maternel après la sortie de la maternité.
Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, 1999, Lille.

(30) DESVAGES P (Dr):

L'allaitement maternel. Le point de vue du Médecin Généraliste.
Article issu de la banque de données du CFDAM (Centre de Documentation et de Formation à l'Allaitement maternel)

(31) ELAINE EL Wang

Groupe d'étude pour la revue de la littérature en matière d'allaitement maternel.
Article issu des archives personnelles du Dr BRANGER, 1994.

(32) Fertilité et contraception

Cahiers de l'Allaitement N°2 "A la maison", LLL France, Ed. 1999

(33)FOURNOL, HEISER et SAMNE (Mrs les Docteurs):

La lactation et l'allaitement

Mon Médecin- Traité Pratique de Médecine et d'Hygiène., 1907

(34) FREED GL, CLARK SJ, CURTIS P, SORENSON JR:

Breastfeeding education and practice in family medicine see comments
J. Fam. Pract., 1995, 40, 3, 263-269.

(35) FREED GL, CLARK SJ, LORH JA and al.:

Pediatrician involvement in breastfeeding promotion: a national study of residents and practitioners.

Pediatrics, 1995, 96, 490-494.

(36)FREED GL, CLARK SJ, SORENSON J, LORH JA,
CEFALO R, CURTIS P:

National assesment of physicians' breastfeeding knowledge, attitudes
Training and experience.

JAMA, 1995, 273, 6, 472-476.

(37) GROSSMAN LK, HARTERC, SACHS L, KAY A:

The effect of the post partum lactation counselingon the duration of
breastfeeding in low-income women.

Am. J. Dis. Child., 1990, 144(4), 471-474.

(38) Groupe de travail pour la promotion de l'allaitement maternel
dans le département du nord

Dossier pour la promotion de l'allaitement maternel

Archives pédiatriques 2001; 8: 865-874

(39) GUIGOZ SOFRES

Où en est l'allaitement maternel en France en 1976?

(40) GUILLO G.

Promotion et soutien de l'Allaitement Maternel. Eléments d'approche à partir de .
deux études

*Diplôme Universitaire de Méthodes en santé Communautaire
Rennes 1995*

(41) HAMON GRUTTER S

L'Allaitement Maternel: Evaluation d'une action d'information des patientes
Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Stasbourg, 1999

(42) HART H, VBAX M JENKINS S:

Community influences on breastfeeding
Child. Care Health Dev., 1980, 6, 175-177.

(43) HOEKELMAN RA;

Highs and lows in breastfeeding rates
Pedia. Ann., 1992, 21, 615-617.

(44) HOUSTON MJ, HOWIE PW, COOK A, Mc NEILLY AS:

Does breastfeeding mothers get the homesupport they need?
Health Bull., 1981, 39, 166-172.

(45) Ictère et Allaitement

Cahiers de l'allaitement N°1 "A la maternité", LLL France, Ed. 1999

(46) Information obtenue auprès des services de PMI
de Loire Atlantique le 8/6/2000. Cependant une étude sur
échantillon à commencé début 2000.

(47) JOHNSON CA, GARZA C, NICHOLS B:

A teaching intervention to improve breastfeeding success
J. Nutrit. Educat., 1984, 16, 19-22

(48) JONES DE, WEST RR:

Effect of a lactation nurse on the success of breastfeeding, a randomised
controlled trial.
J. Epidemiol. Community Health, 1986, 40, 45-49

(49) KEROUEDAN A:

L'expérience scandinave peut elle nous aider?
VIIème Rencontre Nationale de Périnatalité de Béziers, 1996.

(50) KURINIJ N, SHIONO PH, RHOADS GG:

Breastfeeding incidence and duration in black and white women.
Pediatrics, 1988, 81, 365-371.

(51) KURINIJ N, SHIONO PH:

Early formula supplementation of breastfeeding.
Pediatrics, 1991, 88, 745-750.

(52) La candidose

Cahiers de l'allaitement N°2 "A la maison", LLL France, Ed. 1999

(53) Le Déroulement de la tétée

Cahier de l'Allaitement N°1 "A la maternité", LLL France, Ed 1999

(54) LEMAITRE , SOUQUE, ZABARINO (Mesdames)

Que se passe t'il autout de l'Allaitement Maternel au Lactarium de Montpellier
VIIèmes Rencontres de Périnatalités de Béziers, 1996

(55) L'Engorgement

Cahier de l'allaitement N°1 "A la maternité", LLL France, Ed. 1999

(56) LEQUIEN P, LAVIOLLE G:

Comment élaborer une politique de promotion de l'allaitement maternel?
28ème Journée Nationale de Médecine périnatale, Guadeloupe, 1998.

**(57) LEREBOURS B, CZERNICHOW P, PELLERIN AM,
FROMENT T, LAROCHE T:**

L'alimentation du nourrisson jusqu'à 4 mois en Seine Maritime.
Arch. Françaises Pédiatr., 1991, 48, 391-395

(58) Les avantages de l'allaitement maternel

LLLettres des Associés Médicaux, N° 17, 11-16

Cahiers de l'allaitement N°2 'A la maison', LLL France, Ed. 1999

(59) Les crevasses

Cahier de l'Allaitement N°1 3 A la maternité", LLL France, Ed. 1999

(60) Les hormones de la lactation

LLLettres des Associés Médicaux, N°18, 13-15.

Les cahiers de l'allaitement N°1 'A la maternité', LLLFrance, Ed. 1999

(61) Les infections du sein

Cahiers de l'allaitement N°2 "A la maison", LLL France, Ed. 1999

(62) LOSCH M, DUNGY CI, RUSSELL D, DUSDIEKER LB

Impact of attitudes on maternal decision regarding infant feeding
J. of Pediatr, 1995, 124(4), 507-513

(63) LUNCH SA, KOCH AM, HISLOP TG, COLDMAN AJ

Evaluating the effect of the breastfeeding consultant on the duration of breastfeeding

Can. J. Publ. Health, 1986, 77, 190-195

(64) MABILLON Isabelle

Actualités de l'allaitement Maternel à travers deux approches: épidémiologique et sociologique

Thèse de Médecine Générale Nancy 1999

(65) MACQUART MOULING, FANCELLO G, VINCENT A
JULIAN C, BARET C, AYME S

Evaluation des effets d'une campagne de soutien à l'allaitement maternel
exclusif au sein à un mois

Rev. Epidémiol. Et Santé Publ., 1990, 38, 201-209.

(66) MARCHAND LUCAS L, LUCAS E

Le médecin Généraliste face aux déterminants de l'allaitement maternel

Thèse pour le Diplôme d'état de Docteur en Médecin, 1999, Paris St Antoine

(67) MARTINEZ GA, KRIEGER FW

1984 milk feeding patterns in the USA

Pediatrics, 1985, 76, 1004-1008

(68) MAYENCE Anne

Allaitement Maternel et toxiques

Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Pharmacie, Nantes, 1995

(69) MONGEON M, ALLARD R

Essai contrôlé d'un soutien téléphonique régulier donné par une bénévole
sur le déroulement et l'issue de l'allaitement.

Rev. Can. De Santé Publ., 1995, 86, 2, 124-127

(70) MONIN GRAFTIAUX I

L'Allaitement Maternel: Facteurs prédictifs, motivations du choix et durée à partir
d'une enquête en maternité

Thèse pour la Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Lyon I, 1999

(71) MONTLOUIS EUGENIE M

L'allaitement maternel exclusif prolongé pendant un an peut-il suffire pour une
croissance satisfaisante du nourrisson?

28ème Journée Nationale de Médecine Périnatale, Guadeloupe, 1998.

(72) MOREL MF

Approche historique de l'allaitement maternel

VIIème Rencontre Nationale de Périnatalité de Béziers, 1996.

(73) Note Brève

Le Concours Médical, 1984, 106, 26, 2481.

(74) NYLANDER G

Gestion de l'allaitement pour un démarrage réussi. Pourquoi tant de femmes
allaitent en Norvège?

28ème Journée Nationale de Médecine Périnatale, Guadeloupe, 1998.

(75) OMS/UNICEF

Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel. Le rôle spécial des services liés à la maternité.

OMS, Genève, 1989.

(76) OMS

Banque de données globales sur l'allaitement maternel.

Unité de nutrition, Genève, 1996, 11.

(77) OMS

Les modes actuels de l'allaitement maternel

Rapport d'études collectives de l'OMS consacrées à l'allaitement maternel

OMS, Genève, 1981.

(78) OMS

Quantité et qualité du lait maternel

Rapport d'études collectives de l'OMS consacrées à l'allaitement maternel

OMS, Genève, 1987.

(79) OMS

Rôle de l'allaitement au sein sur la prévention de la mortalité infantile dans les pays du Tiers Monde. *Lancet, 2000, 355, 451-455*

(80) PARKE RD, O'LEARY S, XEST S

Mother, father, newborn interaction: effect of a medication, labor and sex of infant
Amer. Psychol. Ass. Proc., 1972,85.

(81) Prévenir la deshydratation chez l'enfant allaité

Cahier de l'allaitement N°1 "A la maternité", LLLfrance, Ed. 1999

(82) PUGINP P, VALDES V, LABBOK MI, PEREZ A

ARAVENA R

Does breastfeeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breastfeeding promotion program?

J. Human Lactation, 1996, 12(1), 15-19.

(83) IV èmes Journées Scientifiques du Réseau régional de soins

Périnataux des Pays de la Loire

La Baule 29 et 30 Septembre 2000

(84) Que se passe t'il autour du lait maternel au lactarium de Montpellier ?

VIIème rencontres de périnatalité de Beziers, 1996

(85) RAPHAEL D

The tender gift: breastfeeding.

SCHOCKEN BOOK, 1996.

(86) RIGHARD L and Coll.

Sucking technique and its effects on success of breastfeeding
Birth, 1992, 19, 4, 185-189

(87) RIGHARD L, ALADE MO

Effect of delivery room routines on success of first breast feed
Lancet, 1990, 336, 1105-1107

(88) RIGHARD L

Early enhancement of successful breastfeeding
World Healyh Forum, 1196, 17, 92-97

(89) RIVIERE Françoise

Connaissances et Pratiques des jeunes médecins généralistes dans
L'accompagnement à l'allaitement Maternel
Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Nantes, 2002

(90) ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES

Pour un Allaitement réussi
Obstétrique Pratique, Masson, Paris, 1998, Traduction française

(91) ROSS SM, LOENING WEK, MBELE BE

Breastfeeding support
South Africa Med. J., 1987, 72, 357-358

(92) RUDIGER VON KRIES, BERTHOLD KOLETZHO and col.

Breast feeding ans obésity: cross sectional study
BMJ, 1999, 319, 147-150

(93) RUMEAU ROUQUETTE C, CROST M, BREAERT G
DU MAZAUBRUN C

L'évolution de l'allaitement maternel en France de 1972 à 1976
Arch. Françaises Ped., 1980, 37, 331-335

(94) RUMEAU ROUQUETTE C, DENIEL M

L'allaitement maternel au cours de la période néonatale
Arch. Françaises Ped., 1977, 34, 771-780

(95) RUMEAU ROUQUETTE C

Enquête nationale sur la grossesse et l'allaitement.
INSERM 1976

(96) SAMOYAU LARDEUX F.

Allaitement Maternel et Enquête prospective à la sortie de Maternité
de CH du Mans et un mois et demi après l'accouchement
Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, 2000, Angers

(97) SENECAI J

Evolution de l'allaitement maternel

VII ème Rencontre Nationale de Périnatalité de Béziers, 1996.

(98) SENECAI J, ROUSSEY M, LOZAC'H P, BROUSSE H

GUYON P

A propos de l'allaitement au sein en Bretagne

Ann. Ped, 1977, 24.

(99) SENTERRE J

La place du lait de femme dans l'alimentation des enfants de très faible poids de naissance

Helv. Paediat. Scand, 11979, 68, 521-529.

(100) SERAFINO CROSS P, DONOVAN PR

Effectiveness of professional breastfeeding home support

J; Nutrition Educ., 1992, 24, 3, 117-122

(101) Services de PMI du Conseil Général de la Somme

Etude sur l'alimentation des nourrissons et l'allaitement Maternel dans la Somme en Septembre 1996

(102) SLOJIN S, HOFVADER Y, HILLERVIK C

A prospective study of individual courses of breastfeed

Acta. Ped. Scand., 1979, 68, 521-529

(103) SOULE M

Le bébé allaité au sein

Psychopathologie du bébé, Presses Universitaires de France, Paris, 1989.

(104) SREMLER J

Texas breastfeeding initiative to increase breastfeeding rates

LLL conférence, Orlando, 6/7/99, Les Dossiers de l'allaitement, 2000 N° 43

(105) Stagnation staturo pondérale et prise de poids lente

Cahier de l'Allaitement N°2 "A la maison", LLL France, Ed. 1999

(106) THIRION M

L'allaitement

Ed; Albin Michel, 1995.

(107) Trop de lait

Cahier de l'Allaitement N°2 "A la maison", LLL France, Ed. 1999

(108) VALHQUIST B

Evolution de l'allaitement maternel en Europe

Article datant du début des années 70 retrouvé dans les archives personnelles du Dr BRANGER

(109) VENDITELLI F, ALLAIN J, DUFETELLE B

Motivations maternelles pour le choix du mode d'allaitement

J. de Gynéco. Obstétr. Et Biolo. De la Reprod., 1994, 23, 323-329

(110) WAGNER A, GRENOM A, PIERRE F

Le comportement de la mère face à son enfant à la naissance: ses modifications éventuelles par l'analgésie péridurale ou la préparation à l'accouchement

Rev. Française de Gynéco. Obstétr., 1989, 84, 29-35.

(111) WALTER P

Allaitement Maternel et Artificiel en France: Enquête d'une ONG

VIIèmes Rencontres de Périnatalités de Béziers, 1996

(112) WRIGHT HJ, WALKER PC

Prediction of duration of breastfeeding in primipares

J. of Epidem. And Community Health, 1983, 37, 89-94.

NOM: BOSSARD COADER

PRENOM : Sandra

Titre de thèse:

**EVALUATION D'UNE CAMPAGNE DE SOUTIEN A L'ALLAITEMENT MATERNEL EN
MEDECINE GENERALE**

RESUME

Un échantillon de médecins généralistes, ayant au préalable reçu une formation sur l'allaitement maternel, ont accepté de se tenir à la disposition des mères, en post partum, afin de les aider à surmonter leurs difficultés et inquiétudes lors de leur allaitement. Les mères ont effectivement sollicité plus de soutien auprès de ces médecins généralistes mais il n'y a pas eu d'effet de cette aide sur la durée d'allaitement, la prévalence de l'allaitement à un mois et sur les causes du sevrage. Le médecin généraliste a pourtant sa place dans la prise en charge de l'allaitement mais, ce rôle, nécessite certainement une amélioration importante de la formation universitaire et post universitaire. D'autre part, la gestion de l'allaitement étant très consommatrice de temps et d'énergie, il est probable que les médecins généralistes devront s'intégrer dans des réseaux de soins périnataux comportant tous les acteurs de la petite enfance afin d'optimiser le soutien .

MOTS-CLES

Allaitement maternel - Médecins généralistes - Soutien