



u colloque les actes du colloque les actes du colloque
3^e JOURNÉE NATIONALE DE L'ALLAITEMENT
u colloque les actes du colloque les actes du colloque



Coordination Française
de l'Allaitement Maternel



CONSEIL GENERAL
FINISTÈRE
Penn-ar-Bed

JNA 2006

**3^e journée nationale
de l'allaitement**

**« Entre sens et cultures :
l'allaitement maternel »**



Préambule

En Décembre 2001, paraissait un article du Professeur Dominique Turck intitulé : « la situation de l'allaitement maternel en France : les raisons d'espérer et le chemin qui reste à parcourir ».

Aujourd'hui, cinq années plus tard, nous avons parcouru tous ensemble une partie de ce chemin, grâce à l'action conjuguée de la Coordination française pour l'allaitement maternel, des associations locales et nationales de soutien à l'allaitement, des organismes de formation et des équipes de professionnels de terrain ; ce dont nous pouvons nous féliciter. Nous espérons encore et nous travaillons toujours à accroître la mobilisation en faveur de l'allaitement maternel. Il est vrai que nos espoirs ne sont pas vains, car chaque année depuis cinq ans, les taux d'allaitement maternel en France augmentent régulièrement.

A Brest et dans tout le département, nous nous sommes mobilisés depuis plusieurs années afin que chaque mère qui le souhaite puisse allaiter son nouveau-né, à terme ou prématuré. Cet engagement envers les nouveaux-nés et leur famille a été relayé par tous les membres des équipes, et largement soutenu par l'approche globale des soins individualisés au nouveau-né (NIDCAP).

Aujourd'hui, je suis heureuse et particulièrement émue d'accueillir tous les participants venus parfois de très loin, jusqu'à la pointe Finistère. Cette journée, à l'initiative de la CoFAM et dont on m'a confié la coordination, sera je l'espère, source d'inspiration et de réflexion pour tous les professionnels présents. J'ai souhaité que les interventions se situent dans un cadre large, soulignant les liens multiples entre l'allaitement, le corps et la culture. Elles rendent compte de toute la richesse et de la complexité de ce thème. Cette journée organisée par Co-naître® en partenariat avec le Conseil Général du Finistère est un temps d'échanges et de rencontres ; je vous invite à en profiter pleinement.

J'exprime toute ma gratitude aux membres du comité d'organisation pour leur professionnalisme et leur plaisir que j'ai eu à travailler avec eux. Je remercie très chaleureusement les orateurs pour leur enthousiasme et brillante participation, ainsi que les modérateurs pour leur amicale contribution. Enfin je suis très reconnaissante à Madame Patricia Adam, vice-présidente du Conseil général du Finistère pour son soutien attentif à l'organisation de cette manifestation ; je la remercie également d'ouvrir les débats.

Un grand merci à tous ! Bonne JNA !

Gisèle GREMMO-FEGER

Comité d'organisation

Anne-Marie Costiou, Geneviève Fancello, Hélène Grall,
Laurence Girard, Françoise Garreta, Gisèle Gremmo-Féger,
Irène Le Guill, Kristina Löfgren, Paulette Marillat,
Marie-Laure Schultze

Coordonnateur

Gisèle Gremmo-Féger



Sommaire



- Introduction à la 3^{ème} Journée nationale allaitement
Marie Thirion 5
- Les odeurs mammaires dans les co-adaptations
entre mère et enfant
Benoist Schaal 7
- Le sens de l'allaitement. Regards anthropologiques
Saskia Walentowitz 10
- Allaitement maternel et programmation métabolique :
un mécanisme de protection jusqu'à l'âge adulte ?
Dominique Türck 14
- Impact d'un programme de soins individualisés
(NIDCAP®) sur l'allaitement des enfants
nés avant terme
Jacques Sizun 19
- Études cliniques
 1. Croissance des prématurés sous lait
de leur mère frais ou lait de lactarium
Nathalie Montjoux 25
 2. Étude des difficultés de mise en place
de l'allaitement maternel en maternité
Marie-Pierre Michel, Gisèle Gremmo-Féger 27
 3. Efficacité d'une consultation spécialisée
dans les quinze premiers jours du post-partum
sur les taux d'allaitement à 1 et 6 mois
Nathalie Gelbert 32
- Éthique et efficacité de la communication autour
de l'allaitement maternel
Ingrid Bayot 33
- Communications affichées 41
- Partenaires de la 3^e Journée nationale de l'allaitement 53
- Liste des exposants 53

Introduction à la 3^e Journée nationale allaitement

Marie Thirion est pédiatre et fondateur de l'Institut des formations Co-naître®. Elle est l'une des initiatrices du Diplôme Interuniversitaire « Lactation humaine et allaitement maternel », où elle participe à la coordination de l'enseignement. Elle est l'auteur de nombreux articles (<http://www.co-naître.net>) et de plusieurs ouvrages dont « L'allaitement », « Les compétences du nouveau-né », et co-auteur avec Marie Joséphe Challamel de l'ouvrage « Le sommeil, le rêve et l'enfant », aux éditions Albin Michel. Son engagement constant auprès des professionnels de santé a contribué, en France, à faire reconnaître l'allaitement maternel comme un thème de santé publique incontournable.

Troisième JNA. Troisième preuve, si besoin était, de l'intérêt que notre pays retrouve à l'allaitement maternel. Nouvelle évidence de l'investissement des professionnels de santé dans la formation, l'acquisition de connaissances, la motivation d'un meilleur accompagnement des mères et des bébés. La France bouge, -enfin ! Vous êtes venus nombreux et au nom de tous les organisateurs de cette journée, je tiens à vous en remercier.

Pourquoi nous investir tous ensemble dans la promotion de l'allaitement maternel ? Quels sens donner au renouveau de cette culture ancestrale depuis si longtemps perdue ou décriée ? Nous le savons, c'est toutes nos modalités d'accueil des tout-petits et de leur mère qui sont en jeu dans l'accompagnement de l'allaitement.

Ils en ont besoin, nous en avons besoin.

Il y a d'abord l'immense intérêt pour la santé à court et long terme. Les recherches scientifiques nous le démontrent chaque jour. Le professeur Dominique Türck vous en parlera longuement. Allaiter, c'est nourrir mieux nos enfants, et c'est soigner leur santé... !

Mais l'allaitement, c'est beaucoup plus que cela.

Sa réussite s'inscrit dans une démarche globale de respect des besoins et des rythmes de chaque nouveau-né, de chaque nourrisson, pour favoriser son épanouissement. Il était grand temps de quitter nos habitudes hygiénistes archaïques d'horaires et de rations pour s'intéresser à ce qui se vit d'essentiel dans la relation entre un nouveau-né et sa mère. C'est ce que nous propose la démarche Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB). L'accueil attentif et chaleureux des mères et des bébés, l'organisation souple des soins et des « boires » (comme disent nos amis québécois...), le lien étroit avec le corps de la mère, vont dans le sens de plus de qualité, plus de sécurité, plus de sérénité.... et donc, on peut l'espérer, plus d'équilibre personnel au fil des années pour tous nos bébés. Lorsque le lait a coulé à flots, lorsque le bébé se laisse aller dans un bien-être apaisé, lorsque sa mère le regarde tendrement s'endormir sans se séparer de lui, n'avons nous pas l'une des plus belles séquences de bonheur partagé. Nous sommes là à l'origine de ce que Winnicott appelait la construction de la conscience même de soi, de la « **continuité d'existence** »¹. C'est à dire la découverte de soi et du réel du monde dans une relation étroite, où la satisfaction s'accompagne de moments intenses de « solitude partagée », dans un grand apaisement physique et pulsionnel. Dans une société qui perd peu à peu ses repères collectifs traditionnels, toute évolution positive dans la construction du « soi » n'est-

¹ Winnicott D.W. La capacité d'être seul. In : de la pédiatrie à la psychanalyse Payot 1969

elle pas fondamentale ?

Allons plus loin encore. L'allaitement (tout comme l'accouchement) est une période charnière pour la mère. Dans les bouleversements psychiques d'après la naissance, sa vulnérabilité est majeure. Nous le voyons bien, à la fois dans une demande incessante d'aide, dans une relative imperméabilité à nos discours, et dans une montée de fantasmes et d'affects pas toujours contrôlables. Dans ces moments fragiles, vivre un échec dans le projet conçu pour nourrir son enfant peut ébranler au très long cours sa confiance en elle même et compromettre sa relation paisible avec l'enfant.

Il nous faudrait savoir ne rien lui imposer de nos recettes et habitudes, lui apporter écoute et attention, sans juger ni contrôler. Il nous faudrait créer une **enveloppe de sécurité** où elle peut s'abandonner, quitter son cerveau surfaçonné, désinformé et se laisser aller à la vie qui passe à travers elle. C'est là, au plus profond du corps, au plus secret des émotions et de la tendresse, que peut surgir une force inconnue qui la rendra sûre de sa compétence en face de l'enfant, capable de s'occuper de ce bébé là, d'en être « la mère ».

Or nous savons tous combien c'est important : à long terme, ce dont nous avons besoin, c'est de pères et de mères qui ont découvert comment croire en eux-mêmes. Ces mères et leurs maris fondent les meilleurs foyers dans lesquels les bébés puissent grandir et se développer².

Notre gouvernement est conscient de la nécessité de modifier les pratiques autour de la naissance et de former les soignants à un accompagnement qui favorise davantage l'émergence des compétences des parents pour une meilleure prévention. Dans un rapport récent³, la promotion de l'IHAB est enfin citée comme facteur de prévention en santé, et ce, pour tous les bébés.

L'objectif que nous vous proposons tout au long de cette journée consacrée à l'allaitement maternel est ambitieux. Retrouver le sens profond de nos actions, créer, recréer une culture commune, repenser nos habitudes, et toujours nous former, nous informer ...pour mieux accompagner!

Nous saurons alors peut être mieux :

- Donner aux parents le maximum de moyens pour réussir leur projet alimentaire.
- Respecter le rythme et le devenir propre de chaque enfant.
- Accompagner la mère, les parents dans cet extraordinaire voyage où la force d'être « parents » surgit du fond de soi dans la rencontre avec l'enfant.

Marie Thirion

Pédiatre. Co-naître

www.santeallaitementmaternel.com

² Winnicott D.W. In : L'enfant et sa famille Petite bibliothèque Payot. 1957 p : 60

³ Rapport Périnatalité-Parentalité. Mme Hermange. Sénateur. 25 Février 2006

Les odeurs mammaires dans les co-adaptations entre mère et enfant

Benoist Schaal est biologiste, éthologue et directeur du Centre européen des sciences du goût à Dijon (<http://www.cesg.cnrs.fr>). Ce Centre est pluridisciplinaire : biologistes moléculaires, généticiens, neurophysiologistes, travaillent en relation avec des physiologistes de la nutrition et des spécialistes du comportement. Benoist Schaal est notamment l'auteur de nombreux articles de recherche sur le développement de l'olfaction et la mise en place des préférences olfactives chez le nouveau-né. Sous sa direction et celle de Catherine Rouby et Danièle Dubois est paru l'année dernière l'ouvrage «Olfaction, Taste, And Cognition» aux Cambridge University Press.

Chez toutes les espèces de Mammifères, y compris la nôtre, la morphologie, la physiologie et le comportement maternels ont été sélectionnés, d'une part, pour optimiser le transfert de matières et d'informations vers le nouveau-né et, d'autre part, pour favoriser l'établissement rapide de liens réciproques d'attachement entre mère et enfant. Les nouveau-nés, bien qu'immatures ou «naïfs» en apparence, ont des aptitudes perceptives et comportementales qui maximisent l'acquisition du lait, et la conservation de l'énergie qu'il apporte. Ces échanges de matières, d'informations et d'actions fondent une relation de symbiose qui alimente les dispositions et les attentes des deux partenaires. Par ces échanges, les mères initient l'expression actuelle des comportements de l'enfant et en programment les trajectoires futures. En retour, les systèmes cognitifs et physiologiques mis en jeu chez la mère par les réponses infantiles entretiennent les conduites de maternage et la lactation.

Cette symbiose primordiale s'exprime d'abord dans le contexte du corps de la mère, au contact direct de la mamelle qui concentre une surabondance de mécanismes de régulation des états de vigilance, de guidage et de récompense du nouveau-né. Tout observateur peut y déceler des échanges faits de touchers, de mouvements, de scènes visuelles et auditives. Dans cet exposé, le sein et la tétée seront considérés sous deux facettes plus subtiles, dissimulées à l'observation ordinaire. D'abord en tant que source de messages olfactifs adressés à l'enfant, et qui contribuent à motiver, guider et ajuster son comportement. Ensuite, comme une situation d'apprentissage actif par l'exercice des sens en association avec le renforcement de la succion et du rassasiement.

Si l'on en croit les réponses qu'évoque l'odeur du sein chez les nouveau-nés, il est une source de messages particulièrement saillants. L'aréole humaine, la seule région du corps maternel à entrer inévitablement en contact étroit et répété avec l'enfant, est densément pourvue en structures glandulaires actives en période de lactation. Le lait lui-même apporte des informations olfactives qui déclenchent des réponses sélectives d'attraction et d'appétence chez l'enfant. Certaines de ces odeurs sont variables d'une mère à l'autre, et fluctuent en fonction de leurs habitudes ingestives. D'autres sont communes à toutes les mères d'une même espèce, et expliquent

sans doute que des nouveau-nés qui, pour des raisons expérimentales (nouveau-nés animaux) ou culturelles (nouveau-nés humains), n'ont jamais été exposés au lait de leur espèce, restent fortement attirés par son effluve.

L'appétence pour l'odeur du lait de l'espèce dépend, pour partie, de l'expérience olfactive prénatale. L'exposition aux odeurs et aux saveurs dans l'environnement amniotique a pu sensibiliser et orienter les capacités olfactives du fœtus. Chaque repas maternel met en place les conditions pour l'établissement de nouvelles acquisitions olfactives et sapides chez le fœtus. Ces indices mémorisés in utero peuvent ensuite guider les comportements néonataux. Par exemple, les nouveau-nés allaités au sein ne différencient pas l'odeur de leur liquide amniotique de celle du colostrum maternel, suggérant l'existence d'une ressemblance chimio-sensorielle entre les deux fluides. En somme, en fournissant à leurs nouveau-nés, via le colostrum et le lait, des indices sensoriels déjà rencontrés in utero, les mères introduisent inconsciemment une dose de connu dans l'environnement nouveau d'après la naissance.

La tétée constitue aussi un contexte promoteur d'apprentissages. Par les stimulations et les gratifications qu'elle combine, la tétée crée des attentes nouvelles chez l'enfant, qui évoluent au cours du développement, et constitue ainsi un mécanisme rapide d'amplification de ses connaissances sur l'environnement, particulièrement sur l'identité de la mère. Les odeurs associées à la prise de lait modèlent les préférences de l'enfant de façon plus ou moins stable. Ces nouvelles acquisitions peuvent porter sur des arômes du lait lui-même ou sur des odeurs reçues dans le contexte plus élargi de la tétée. Elles peuvent diriger les préférences ingestives ultérieures de l'enfant, au moment où il est introduit à l'alimentation non-lactée. Ces apprentissages précoces peuvent être soit spécifiques d'un arôme dominant, lequel est ultérieurement investi d'une signification affective particulière, soit liés à l'intensité générale ou à la variabilité des stimulations reçues. La variété du bouquet odorant et sapide reçu à chaque tétée peut ainsi moduler les réponses d'acceptation de la nouveauté à laquelle le nouveau-né sera exposé lors de la diversification alimentaire. Au total, le bouquet odorant véhiculé dans le lait maternel ou émis en surface du sein, ou encore en association avec le biberon, est aisément investi d'une valeur agréable chez l'enfant nouveau-né, et peut commander des réponses d'appétence ou d'attraction chez l'enfant plus âgé, voire chez l'adulte.

En somme, outre ses fonctions les plus évidentes et les plus reconnues de pourvoyeur de nutriments et d'immunité, le sein émet aussi des messages sensoriels qui exploitent les particularités perceptives et cognitives du nouveau-né, notamment sa fine acuité olfactive et sa propension à apprendre. Cette médiation olfactive entre la mère et l'enfant résulte aussi d'ajustements évolutifs et d'entraînements anténatals qui prédéterminent les réponses précoces envers certains signaux odorants. La redondance de ces signaux olfactifs appris et prédisposés, et leur prompt tissage postnatal avec les messages des autres sens, met en place les conditions optimales pour la réalisation des échanges nourriciers et la construction des liens d'attachement. A plus long terme, l'intégration précoce du bouquet lacté peut orienter les préférences ingestives de l'enfant, et éventuellement aussi son appétence ultérieure en matière de consommations alimentaires.

Finalement, les odeurs et les saveurs du lait, et plus largement le contexte sensoriel précoce, gagneraient à être reconnus par les cliniciens comme étant l'une des voies de canalisation du développement psychobiologique de l'enfant. Une attention accrue à la qualité sensorielle de l'environnement maternel ou, le cas échéant, des environnements substitutifs (cas des nouveau-nés à risque ou des prématurés), devrait permettre de mieux aligner les pratiques de soins sur les attentes du cerveau néonatal modelées par l'évolution et par l'expérience sensorielle anténatale.

Benoist Schaal

Centre des Sciences du Goût, CNRS, Dijon

schaal@cesg.cnrs.fr

Le sens de l'allaitement. Regards anthropologiques

Saskia Walentowitz est titulaire d'un doctorat en anthropologie sociale et ethnologie. Elle a séjourné plusieurs années au Niger. Elle est aujourd'hui enseignant chercheur auprès de l'Institut d'ethnologie de l'Université de Berne en Suisse (<http://www.anthro.unibe.ch>) et intervient également dans l'enseignement du DIU « Lactation humaine et allaitement maternel ». Auteur de nombreux articles, elle a participé à plusieurs ouvrages d'anthropologie de la santé : « *La vie avant la vie* », collection Spirale sous la Direction de Patrick Ben Soussan, « *Corps et Affects* » sous la direction de Françoise Héritier aux éditions Odile Jacob.

Il y a, de prime abord, deux façons d'envisager le sens de l'allaitement qui ne se résume jamais à sa seule fonction nourricière. Au sens propre, sensoriel, du terme, on peut aborder l'allaitement comme une expérience humaine, un échange sensible, voire sensuel entre une mère et son enfant par l'intermédiaire du nourrissage au sein. Au sens figuré, on peut entendre par là le sens qui est donné à l'allaitement au sein d'une société, la fonction symbolique et sociale qu'il remplit dans l'engendrement d'un être nouveau. L'on pourrait, à partir de ces deux acceptions, suivre l'approche prédominante de l'allaitement qui situe habituellement celui-ci entre « nature » et « culture », partant d'un phénomène physiologique lié à la maternité comme d'un substrat biologique universel auquel viendraient s'ajouter des représentations d'ordre culturel pour aboutir à une série plus ou moins variable de pratiques. Dans cette perspective, l'expérience du nourrissage au sein apparaît d'un côté comme une expérience individuelle puisant dans un registre émotionnel et corporel qui serait propre au genre humain. De l'autre côté, les modalités de l'allaitement sont considérées comme des faits culturels qui répondent à une norme collective, réfutant l'idée qu'il relève d'un quelconque « instinct maternel » (E. Badinter 1980)⁴.

J'aimerais indiquer, au-delà de cette dichotomie caractéristique de la pensée occidentale, une autre voie qui prend comme point de départ le corps vivant par l'intermédiaire duquel les êtres humains perçoivent le monde et lui donnent sens. Dans une première partie, j'essayerai de montrer comment les Touaregs, Berbères sahariens, conçoivent l'allaitement, maternel et non maternel, comme un processus qui participe étroitement à l'émergence d'un sujet social sensible au monde qui l'entoure. Dans cette société⁵, le lait maternel est considéré comme une substance qui résulte de la transformation du sang, lui-même issu de la rencontre entre une semence féminine et une semence masculine. Le lait, substance bisexuée, ne peut dès lors se comprendre que dans le contexte global de l'engendrement à la fois physiologique et symbolique des êtres humains. Cette transformation est déclenchée par la première respiration du nouveau-né, identifiée comme le moment où Dieu lui attribue son âme-souffle par l'intermédiaire d'un ange lui chuchotant à l'oreille qu'il vient à la vie tout en scellant son destin d'être mortel.

⁴ L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel. Paris : Flammarion.

⁵ Je parle plus précisément des Touaregs de l'Azawagh au Niger parmi lesquels j'ai effectué ma recherche anthropologique. Voir S. Walentowitz 2004 : Alter et ego ou comment la parenté fait corps avec la personne chez les Touaregs de l'Azawagh. In : F. Héritier et M. Xanthakou, *Corps et affects*, Paris : Odile Jacob. 169-185.

Émerge alors la conscience du nouveau-né grâce à cette prise de conscience simultanée de la vie et de la mort. Il est saisi d'effroi et se met à pleurer, tandis que le lait vient en réponse à ce tout premier sentiment de soi. Mais, dans l'immédiat, ce n'est pas d'un réconfort maternel qu'il s'agit, puisque le lait de la mère, dit-on, n'a pas fini de se former. Chez les Touaregs, la première tétée, est (ou était jusqu'à récemment) offerte par une femme d'honneur censée transmettre un ensemble de valeurs centrales pour l'exigence de la « maîtrise de soi ». De même, l'enfant reçoit du lait d'autres femmes appartenant à différentes composantes du corps social (artisanes, descendantes d'esclaves ...). Les allaitements maternel et non maternel participent de concert au développement de la perception de ses propres mouvements de l'âme et ceux d'autrui. Cette faculté de perception est à son tour conditionnée par la faculté de ressentir les émotions de soi et des autres, faculté englobée par une première âme-corps qui anime le fœtus quatre mois après la conception. Là encore, on met l'accent sur les apports pluriels par l'intermédiaire du sang qui porte et nourrit cette première âme. En effet, ce sang est transmis à l'enfant à travers les semences maternelle et paternelle, elles-mêmes porteuses des marques héréditaires des générations précédentes. L'identité consubstantielle d'un individu est déterminée par l'ensemble des alliances conclues par ses ascendant(e)s à l'intérieur d'un système de parenté et d'alliance qui valorise les mariages entre proches tout en encourageant certaines alliances avec des personnes appartenant à d'autres groupes sociaux. La personne idéale est, chez les Touaregs, celle qui incarne littéralement l'ensemble de la société et qui est ainsi capable d'interagir, dans une juste mesure, avec l'ensemble des membres qui la composent.

À travers cet ensemble de représentations de la personne qu'on détaillera, on s'aperçoit que la dimension culturelle de l'allaitement ne se réduit pas aux multiples manières dont on pratique ou justifie, dans une société donnée, le nourrissage au sein. On s'intéressera au contraire ici à la façon dont l'allaitement donne corps à la perception de soi et d'autrui comme fondement du social, bien au-delà de la dyade mère-enfant.

Dans une deuxième partie de mon exposé, j'aimerais souligner un fait généralement oublié au nom de cette même dichotomie entre nature et culture, corps et esprit : le fait qu'un savoir sur l'allaitement ne fait pas sens en dehors de l'expérience personnelle et sociale de celui-ci. Pour ce faire, je présenterai quelques exemples de la manière dont des femmes séropositives perçoivent au Kenya l'allaitement exclusif au sein qu'elles ont choisi comme option alimentaire susceptible de réduire le risque d'une transmission du VIH

à leurs enfants⁶. Il arrive fréquemment qu'une mère affirme qu'elle n'a pas suffisamment de lait pour nourrir son enfant. D'une manière générale, les femmes kenyanes, comme les personnes de l'entourage, ressentent les pleurs des nourrissons comme des signes évidents de non satisfaction nécessitant une introduction très précoce de compléments. Conformément à l'idée partagée selon laquelle le lait vient de la nourriture ingérée, les femmes qui survivent dans des conditions de pauvreté extrême disent que leur corps ne peut fabriquer beaucoup de lait. Elles se sentent faibles et fatiguées, incapables de nourrir un bébé exclusivement au sein pendant plusieurs mois, mais « choisissent » cette option pour de multiples raisons qui ont trait à la crainte de l'exclusion⁷. Or, pour ces femmes, l'argument du lait insuffisant n'est pas une simple « idée reçue » imputable à une culture au mieux exotique, mais renvoie, dans l'intimité de leurs corps, à une réalité perçue comme telle. Par ailleurs, bien que le personnel médical soit parfaitement informé, celui-ci peine lui aussi à croire que ces femmes sont en mesure de produire suffisamment de bon lait et lui conseillent de « mieux manger » ainsi que de « réduire le stress ». Conseils bien pensants mais normatifs qui ne prennent guère en compte le vécu des femmes dont beaucoup subissent la violence d'un mari.

À partir de ces deux exemples ethnographiques, illustrant deux versants d'une même approche qui ne distingue pas le corps de la personne qui l'habite, on pourra alors tenter de s'interroger sur le sens de l'allaitement dans notre propre société. Ce qui apparaît exacerbé dans le cadre de l'allaitement en contexte de VIH, paraît valable pour tout nourrissage au sein. Le savoir biomédical qui a révélé les multiples bienfaits du lait est souvent présenté par contraste aux « fausses idées », « fausses croyances », « mythes » et autres « savoirs populaires » qu'il convient de remplacer par la seule connaissance scientifique vraie. Or, dire à propos des craintes diverses qu'une femme peut ressentir face à l'allaitement qu'il s'agit, du point de vue du savoir biomédical, d'un non-sens, n'est pas seulement lui dire qu'elle est dans l'erreur, mais aussi qu'elle se trompe sur ses sentiments. De plus, l'anthropologie a montré que ces perceptions se construisent d'une manière parfaitement logique, jouant, au-delà des variations culturelles, d'un certain nombre d'invariants de la pensée symbolique qui prend selon F. Héritier (1996)⁸ ancrage dans l'observation primordiale du corps sexué. De ce fait, toute intervention en matière d'allaitement revient à changer non pas un simple savoir, mais un fondement cognitif. Alors que le savoir biomédical élabore le lait maternel com-

⁶ Je me réfère pour cette partie à une recherche anthropologique que je mène actuellement avec Emmy Kageha au sein d'un essai clinique réalisé à Nairobi par l'IRD (Institut de Recherche pour le Développement) et l'OMS sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH grâce aux médicaments antirétroviraux.

⁷ La majorité des mères participant à cet essai allaitent, bien que du lait artificiel leur soit proposé gratuitement pour une durée de six mois. Au Kenya, l'alimentation artificielle rime aujourd'hui avec VIH, tandis que l'allaitement (non exclusif) au sein devient une preuve tangible de bonne santé.

⁸ Masculin / Féminin. La pensée de la différence. Paris : Odile Jacob.

me une entité close qui se suffit à elle-même, l'anthropologie nous montre qu'il s'agit d'une substance toujours pensée en relation à travers la médiation d'un corps féminin vivant. Le lait de mère qualifié par la science moderne de substance féminine invariablement parfaite est aussi du lait de femme susceptible d'être perçu comme altérable et modifiable de multiples manières. On se trouve alors dans notre propre société face au paradoxe d'une conjugaison, inédite au regard des données ethnographiques, de la perfection au féminin qui ne peut se penser qu'en coupant le lait maternel du corps vivant par lequel il transite, aboutissant au final à dissocier l'allaitement de l'engendrement physiologique et symbolique de l'être humain.

Saskia WALENTOWITZ

Institut für Sozialanthropologie
Universität Bern

walentowitz@anthro.unibe.ch

Allaitement maternel et programmation métabolique : un mécanisme de protection jusqu'à l'âge adulte ?

Dominique Türck* est Professeur de pédiatrie au Centre hospitalo-universitaire « Jeanne de Flandre » à Lille. Il est président du Comité de Nutrition de la Société de Pédiatrie française et participe activement à plusieurs comités et commissions en matière de Santé publique et de prévention des grandes maladies métaboliques (HAS-ANAES, AFSSA, PNNS). Il intervient dans l'enseignement de plusieurs Diplômes Interuniversitaires, notamment dans celui du DIU « Lactation humaine et allaitement maternel ».

Depuis une vingtaine d'années, les données expérimentales chez l'animal et les enquêtes épidémiologiques chez l'Homme ont montré que la nutrition fœtale et le mode d'alimentation au cours des premiers mois de la vie peuvent influencer l'état de santé à l'âge adulte : surpoids, obésité, hypertension artérielle (HTA), pathologie vasculaire, insulino-résistance, diabète, hyperlipémies,... Il s'agit du concept général de « programmation », selon lequel un stimulus ou une agression survenant pendant des périodes critiques du développement (grossesse et premiers mois de vie) peut avoir un effet à long terme sur l'organisme.

L'influence éventuelle du mode d'alimentation pendant la petite enfance sur l'état de santé et l'apparition ultérieure de maladies plus tard dans la vie, en particulier à l'âge adulte, est très difficile à démontrer. Pour des raisons éthiques évidentes, il n'est pas question d'envisager des études randomisées comparant l'allaitement maternel et l'alimentation avec un lait artificiel, ce qui induit des biais de recrutement et des variables de confusion : en France, les femmes qui allaitent sont plus volontiers issues de milieux socioculturels plus favorisés et plus à l'écoute des recommandations de santé. Les études rétrospectives sont biaisées par les erreurs de mémorisation sur la durée de l'allaitement maternel et son caractère exclusif ou non.

Il ne fait désormais aucun doute que l'allaitement maternel est associé à une moindre prévalence du surpoids et de l'obésité, mais cet effet protecteur est de faible amplitude. Un effet-dose est probable, le degré de protection étant corrélé dans plusieurs études à la durée de l'allaitement. La réduction du risque est de l'ordre de 20-25% pendant l'enfance et l'adolescence par rapport aux enfants non allaités. La poursuite de cet effet bénéfique à l'âge adulte n'est pas démontrée. De nombreux facteurs pourraient intervenir : croissance statur pondérale moins rapide chez l'enfant au sein, apport en protéines plus faible, variations du goût, de l'odeur et de la composition du lait de femme pouvant influencer le développement du comportement alimentaire. Les nourrissons au

* Unité de Gastro-entérologie, Hépatologie et Nutrition, Clinique de Pédiatrie, Hôpital Jeanne de Flandre et Faculté de Médecine, Université de Lille 2.

sein régulent probablement mieux les quantités de lait qu'ils ingèrent que ceux nourris au biberon ; dans cette dernière situation, les mères surveillent les quantités bues et sollicitent plus leurs enfants. A l'âge d'un an, le poids, l'indice de corpulence, mais aussi la taille des enfants nourris artificiellement sont plus élevés que ceux des enfants nourris au sein, la différence apparaissant vers 2-3 mois et ne disparaissant pas complètement à l'âge de 2 ans. L'insulinémie est significativement plus élevée chez les nourrissons alimentés avec des laits artificiels que chez ceux nourris au sein, ce qui pourrait stimuler le développement des adipocytes et l'adipogénèse.

Les effets du mode d'alimentation pendant les premiers mois de vie sur les valeurs ultérieures de la pression artérielle (PA) ont été évalués avec des résultats discordants. C'est dire l'intérêt de la méta-analyse publiée en 2003, effectuée à partir des données de 24 études qui donnent les valeurs de la PA mesurée à différents âges en fonction de l'alimentation des premières semaines. Ce travail montre une diminution moyenne minimale de la PA systolique (-1,1 mm Hg, intervalle de confiance à 95% : -1,79 à -0,42 mm Hg, $p < 0,001$) chez les sujets qui ont reçu un allaitement maternel. Cette diminution est indépendante de l'âge auquel la PA a été mesurée et de l'année de naissance. La PA diastolique est identique quel que soit le mode d'alimentation initial. Une autre méta-analyse publiée en 2005 montre une diminution moyenne de la PA systolique de 1,4 mm Hg (IC 95% : -2,2 à -0,6 mm Hg, $p < 0,001$). La baisse de la PA diastolique était faible mais néanmoins significative (-0,5 mm Hg, IC 95% : -0,9 à -0,04 mm Hg, $p < 0,001$). Parmi les facteurs propres du lait maternel susceptibles d'intervenir sur la TA, la teneur en acides gras poly-insaturés (AGPI) pourrait être en cause par son effet sur la structure des membranes cellulaires de l'endothélium vasculaire ; une étude randomisée a en effet montré qu'un enrichissement des formules lactées pour nourrissons en AGPI à longue chaîne était associé à des chiffres significativement plus bas de la TA mesurée à l'âge de 6 ans. La faible teneur en sodium du lait maternel pourrait jouer un rôle modulateur sur la PA. Cependant, le rôle des apports sodés au cours des premières semaines ou mois de vie sur le niveau ultérieur de la PA et sur le risque d'HTA à l'âge adulte reste encore actuellement très controversé et non démontré. Une autre hypothèse serait que le type de lait donné à cet âge programme des préférences alimentaires ultérieures qui, à leur tour seraient à l'origine de différences dans les apports alimentaires de certains aliments – clés au cours de la grande enfance et qui influenceraient ou moduleraient la PA.

Les effets du mode d'allaitement sur les valeurs ultérieures de la cholestérolémie ne peuvent être jugés avec un niveau de preuve suffisant que par les données d'une méta-analyse effectuée en 2002. Ce travail, réalisé à partir des données de 37 études, a montré des résultats très différents selon l'âge auquel la cholestérolémie a été mesurée. Au cours de l'enfance et de l'adolescence, il n'existe pas de différence selon le mode d'allaitement initial ; cependant, chez le nourrisson, la cholestérolémie est plus élevée chez les enfants qui ont été allaités au sein (différence moyenne = 0,64 ; IC 95% : 0,5 à 0,79 mmol/L), alors que chez l'adulte la cholestérolémie est plus basse chez ceux qui ont été allaités par leur mère (différence moyenne = - 0,18 ; IC 95% : - 0,30 à - 0,06 mmol/L). Tout se passe comme si des apports élevés de cholestérol à la période initiale de la vie constituaient un stimulus nutritionnel qui enclencherait une programmation de la régulation de l'activité de l'HMG-CoA réductase ou des récepteurs du LDL-cholestérol persistant à long terme. On ne peut cependant exclure l'influence de facteurs de confusion : le mode d'allaitement initial pourrait intervenir sur la corpulence et/ou les préférences alimentaires ultérieures, elles-mêmes susceptibles de moduler la cholestérolémie.

La question essentielle est de savoir si les effets de l'allaitement maternel sur la PA et sur la cholestérolémie de l'adulte se traduisent de façon objective en terme de réduction du risque cardio-vasculaire. La baisse de la PA systolique mise en évidence dans les méta-analyses semble modeste pour jouer un rôle significatif en terme de santé publique. En revanche, on sait qu'une baisse même faible de la cholestérolémie à l'âge adulte est associée à une réduction notable de l'incidence de l'insuffisance coronarienne.

L'effet protecteur de l'allaitement maternel dans la prévention du diabète de type I est très discuté. Chez l'animal, des études menées dans un modèle de diabète expérimental montrent que l'alimentation avec des protéines du lait de vache hydrolysées ne serait pas associée à un risque plus élevé d'apparition d'un diabète. Une immunisation contre une des protéines du lait de vache (β -lactoglobuline, β -caséine, séralbumine, autre) pourrait déclencher une réaction auto-immune contre les cellules β des îlots de Langerhans, qui pourrait résulter d'une similitude de structure entre une ou plusieurs protéines du lait de vache et des auto-antigènes situés sur les îlots. L'effet protecteur possible de l'allaitement maternel dans la prévention du diabète de type I reste l'objet de débat, dans la mesure où cette hypothèse découle d'argu-

ments épidémiologiques et de l'étude de modèles animaux plus ou moins éloignés du diabète de type I humain, alors que les mécanismes éventuels impliqués dans cet effet restent spéculatifs. Cet effet protecteur, s'il existe, a d'autant plus de chances de se manifester que l'on s'adresse à des enfants ayant un très fort risque génétique de diabète, par leur appartenance à un groupe HLA à haut risque.

Il est nécessaire d'améliorer la reconnaissance et le traitement précoces des troubles de la croissance intra-utérine, et de poursuivre les recherches sur les relations entre le profil de croissance pendant les premiers mois de la vie et la pathologie métabolique à l'âge adulte. Les bénéfices santé à long terme de l'allaitement maternel constituent un argument supplémentaire pour sa promotion, dans le respect des convictions des mères.

Références bibliographiques

1. Armstrong J, Reilly JJ. Child health information team. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *Lancet* 2002; 359: 2003-4.
2. Barker DJ, Gluckman PD, Godfrey KM, Harding JE, Owens JA, Robinson JS. Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life. *Lancet* 1993; 341: 938-41.2.
3. Eriksson JG. The fetal origins hypothesis – 10 years on. *BMJ* 2005; 330: 1096-7.
4. Junien C, Gallou-Kabani C, Vigé A, Gross MS. Epigénomique nutritionnelle du syndrome métabolique. *Médecine/Sciences* 2005; 21: 396-404.
5. Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Carmargo CA, Berkey CS, Frazier AL, Rockett MR, Field AE, Colditz GA. Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. *JAMA* 2001 ; 285 : 2461-7.
6. Martin RM, Gunnell D, Smith GD. Breast feeding in infancy and blood pressure in later life: systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2005; 161: 15-26.
7. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, et Société française de pédiatrie. Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Fascicule Programme National Nutrition Santé, 2005, 72 pages. <http://www.sante.gouv.fr>.
8. Ong KKL, Ahmed ML, Emmett PM, Preece MA, Dunger DB, and the Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood Study Team. Association between postnatal catch-up growth and obesity in childhood: prospective cohort study. *BMJ* 2000; 320: 967-71.
9. Owen CG, Whincup PH, Odoki K, Gilg JA, Cook DG. Infant feeding and blood cholesterol: a study in adolescents and a systematic review. *Pediatrics* 2002; 110: 597-608.
10. Owen CG, Whincup PH, Gilg JA, Cook DG. Effect of breast feeding in infancy on blood pressure in later life: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003; 327: 1189-95.
11. Ravelli AC, van der Meulen JH, Osmond C, Barker DJ, Bleker OP. Infant feeding and adult glucose tolerance, lipid profile, blood pressure, and obesity. *Arch Dis Child.* 2000; 82:248-52.7. Singhal A, Lucas A. Early origins of cardiovascular disease: is there a unifying hypothesis? *Lancet* 2004; 363: 1642-5.
12. von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, Von Mutius E, Barnet D, Grunert V, et al. Breast feeding and obesity : cross sectional study. *BMJ* 1999; 319 : 147-50.
13. Virtanen SM, Läärä E, Hypönen E, Reijonen H, Räsänen L, Atto A, Knip M, Ilonen J, Åkerblom HK. Cow's milk consumption, HLA-DQB1 genotype, and type 1 diabetes: a nested case-control study of siblings of children with diabetes. *Diabetes* 2000; 49 :912-917.

Impact d'un programme de soins individualisés (NIDCAP®) sur l'allaitement des enfants nés avant terme

Jacques SIZUN¹

N. Ratynski¹

N. Jay¹

G. Gremmo-Féger²

Jacques Sizun est Professeur de pédiatrie au Centre hospitalo-universitaire de Brest. Il coordonne les unités de réanimation pédiatrique et de néonatalogie au CHU. Il est l'artisan de la mise en place du programme NIDCAP (Programme néonatal Individualisé d'Evaluation et de soins de Développement) au CHU de Brest, hérité des travaux de Heidelise Als. Ce programme met en synergie les compétences du bébé, celles des familles et celles des soignants et vise à diminuer le stress du nouveau-né prématuré par un ensemble de stratégies environnementales et comportementales. Le Pr. Sizun dirige le Centre Francophone de Formation NIDCAP. Il est l'auteur de nombreux articles, co-auteur de « Les réseaux de soins en périnatalité » ; « L'allaitement maternel » dans la collection Spirale (Erès) ainsi que du récent ouvrage « Research on Early Development Care for Preterm Neonate » avec Joy Browne qui vient de paraître aux Editions John Libbey- Eurotext.

I. Importance d'un allaitement maternel en cas de prématurité

L'allaitement maternel est reconnu comme la référence pour l'alimentation des enfants pendant les premiers mois de vie, y compris pour ceux nés avant terme (PNNS 2005). Nous ne disposons cependant d'aucune statistique française concernant les taux d'allaitement des enfants prématurés pendant l'hospitalisation et après la sortie. En Suède, si ce taux est voisin de celui observé à terme dans les premiers jours, sa décroissance au cours du temps est cependant plus rapide.

Outre son impact majeur sur la qualité de la relation mère-enfant, l'allaitement maternel présente de nombreux bénéfices médicaux pour le nouveau-né prématuré :

- Composition variable du lait de mère en fonction de l'âge gestationnel d'où une adaptation aux besoins spécifiques de l'enfant.
- Apport de facteurs anti-microbiens et facteurs de croissance (Anderson 2002) expliquant l'incidence réduite des infections nosocomiales et des entérocolites chez les prématurés nourris au lait de mère.
- Meilleure stabilité physiologique lors de la tétée par rapport à l'utilisation du biberon (Meier 2001).

¹ Département de Pédiatrie

² Département d'Obstétrique et Gynécologie, CHU Brest

2. Obstacles à l'allaitement maternel des nouveau-nés prématurés

Outre l'apport de vitamines D et K, il est possible que le lait maternel nécessite une supplémentation, en particulier en protéines, lipides et phosphore. Cependant, le recours systématique à la supplémentation du lait maternel est discuté (Kuschel 2000).

Volontiers intriqués, les obstacles peuvent être classés en physiologique, émotionnel et institutionnel.

- Obstacles physiologiques :

L'enfant né avant terme présente des difficultés à maintenir la stabilité nécessaire à une alimentation autonome : stabilité végétative, du tonus et des stades de veille-sommeil.

- Obstacles émotionnels et relationnels:

Le stress parental est important en cas de naissance prématurée et ceci peut être un facteur limitant pour l'allaitement. Les soignants, parfois peu formés à l'accompagnement de mères stressées, sont parfois enclins à ne pas recommander l'allaitement maternel dans la crainte (imaginaire) d'une aggravation du stress maternel.

- Obstacles institutionnels :

Les unités de néonatalogie ne sont pas toujours organisées pour répondre aux besoins des mères allaitant leur nouveau-né prématuré : absence de formation spécifique, horaires de visite trop stricts majorant la séparation mère-enfant, rôle restreint des parents...

3. L'initiative « Hôpital ami des bébés » (IHAB) et prématurité

L'initiative « Hôpital ami des bébés » (IHAB) soutenue par l'OMS et l'UNICEF est la stratégie ayant entraîné le plus de succès à l'échelon international, quelque soit le niveau de l'infrastructure sanitaire du pays concerné. Cette initiative est basée sur 10 conditions, intégrant formation des personnels, organisation des soins et soutien parental.

Ces conditions ne sont malheureusement pas adaptées aux enfants nés très prématurément, en particulier les conditions 7 : « Laisser l'enfant avec sa mère 24h par jour » ; 9 : « Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette » [voir le site <http://www.coordination-allaitement.org/>].

Dans un objectif d'humanisation des soins, une adaptation de ces étapes pour l'enfant né avant terme a été proposée par A. Levin (Levin 1999):

- Accès au chevet de son enfant possible 24/24h pour chaque mère ;

- Chaque membre du personnel doit prendre en charge la mère et son enfant et intégrer les besoins psychologiques dans l'organisation et la réalisation des soins ;
- Promotion de l'allaitement et aide à l'apprentissage de l'expression du lait ;
- Prise en charge du stress maternel ;
- Sauf contre-indication, pas d'autre nutriment que le lait maternel ;
- En cas d'impossibilité de téter, gavage de lait maternel, réalisé si possible par la mère ;
- Réduction des examens et bilans inutiles ;
- Réduction des traitements agressifs ;
- Périodes de peau à peau encouragées ;
- Considérer le couple « mère /enfant » comme un « système ». Ne pas se focaliser uniquement sur les aspects médicaux de l'enfant mais envisager également les besoins de la famille.
- Visites de la famille et des proches encouragées.

Pour plusieurs auteurs américains, suédois et français, le programme NIDCAP apporte la trame théorique et l'organisation nécessaires pour instaurer ces 11 étapes dans les unités de réanimation néonatale (Kennell 1999, Sizun 1999, Westrup 1999).

4. NIDCAP et soins de développement.

Le NIDCAP ou Programme Néonatal Individualisé d'Évaluation et de Soins de Développement a été conçu et validé par H.Als [Medical School, Harvard, USA] (Als 1997).

Les « soins de développement » ont pour objectifs de diminuer le stress lié à l'environnement (bruit, lumière, activités...) et de favoriser les comportements de bien-être par l'utilisation de diverses techniques: succion non-nutritive, enveloppement par exemple.

Le NIDCAP est un programme (« soin global ») de soins de développement qui présente de nombreuses spécificités :

- intervention précoce, débutant idéalement en salle de naissance ;
- et individualisée car basée sur l'observation individuelle du comportement ; au décours de cette observation, un plan de soin individualisé est mis au point en collaboration étroite avec les parents.

L'impact médical du NIDCAP a été validé par 2 méta-analyses des essais randomisés publiés : réduction de la durée de soutien ventilatoire, de la durée d'alimentation par sonde et de la durée totale d'hospitalisation ; amélioration du pronostic neuro-comportemental à 9 et 12 mois (Sizun 2002).

Conclusion

Un impact sur les taux d'allaitement maternel de l'enfant né avant terme a été mesuré par l'équipe de St Mary's Hospital de Londres (Warren 1999) et celle du CHU de Brest (Jay 2003).

La place privilégiée de la mère dans la vie quotidienne de l'unité, une meilleure connaissance des comportements du nouveau-né prématuré (Ratynski 2002) et une meilleure formation et coordination des différents professionnels, en particulier guidés par des consultantes en lactation pourraient expliquer ces résultats.

Soutenir activement l'allaitement maternel doit être un objectif des professionnels de l'unité de médecine néonatale et de leur institution. Changer en profondeur la nature du soin et son organisation sont des préalables nécessaires (Sizun 1999). La formation des professionnels et un soutien à la collaboration effective avec les parents sont également indispensables.

Jacques SIZUN

Département de pédiatrie - CHU 29609 Brest, France

Tél. 02 98 22 36 66 - Fax. 02 98 22 39 86

jacques.sizun@chu-brest.fr

Références

- Als H, Gilkerson L. The role of relationship-based developmentally supportive newborn intensive care in strengthening outcome of preterm infants. *Semin Perinatol* 1997; 21: 178-89.
- Anderson MS, Johnson CB, Townsend SF, Hay WH. Enteral nutrition. In GB Merenstein & SL Gardner (Eds). *Handbook of neonatal intensive care* (5th edition). Mosby St Louis 2002: p 314-40.
- Harrison H. The principles for family-centered neonatal care. *Pediatrics* 1993; 92: 643- 50
- Jay N. Impact de l'implantation du NIDCAP sur l'allaitement maternel de l'enfant prématuré au CHU de Brest. Thèse de médecine, faculté de Médecine, Université de Bretagne Occidentale, mai 2003.
- Kennell JH. The Humane Neonatal Care Initiative. *Acta Paediatr* 1999; 88: 367-70.
- Kuschel CA, Harding JE. Fat supplementation of human milk for promoting growth in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000341
- Levin A. Humane Neonatal Care Initiative. *Acta Paediatr* 1999; 88: 353-5.
- Meier PP. Breastfeeding in the special care nursery: pretermes and infants with special problems. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48: 425-452.
- Programme National Nutrition Santé. Allaitement maternel, les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. www.sante.gouv.fr
- Ratynski N, Cioni G, Franck L, Blanchard Y, Sizun J. L'observation du comportement du nouveau-né: une source pertinente d'informations médicales. *Arch Pediatr* 2002; 9: 1274-9
- Sizun J, Ratynski N, Boussard C. The Humane Neonatal Care Initiative, the NIDCAP and the Family-Centred Neonatal Intensive Care. *Acta Paediatr* 1999; 88: 1172
- Sizun J, Ratynski N, Mambrini C. Implanter un programme individualisé de soutien du développement en réanimation néonatale: pourquoi, comment? *Arch Pédiatr* 1999 ; 6 : 434-9.
- Sizun J, Ratynski N, Gagneur A, de Parscau L. Evaluation de l'impact médical des soins de développement. *Arch Pediatr* 2002; 9 Suppl 2: 109s-111s
- Warren I, Choo Tan G, Dixon PD, Ghaus K. Breast feeding success and early discharge for preterm infants: The result of a dedicated breast feeding programme. *Journal of Neonatal Nursing* 1999; 6: 46-48.
- Westrup B, Kleberg A, Stjernqvist K. The Humane Neonatal Care Initiative and family-centred developmentally supportive care. *Acta Paediatr* 1999; 88: 1051-2.

Le site francophone www.nidcap.fr centralise toutes les données concernant le NIDCAP.

Études cliniques

1. Croissance des prématurés sous lait de leur mère frais ou lait de lactarium

N. Montjoux, I. Glorieux, J. Tricoire, C. Casper
Unité de néonatalogie - Hôpital des enfants – Toulouse

2. Étude des difficultés de mise en place de l'allaitement maternel en maternité

MP. Michel, G. Gremmo-Féger, E. Oger, J. Sizun
Départements de Pédiatrie,
Gynécologie-obstétrique & CIC, CHU Brest

3. Efficacité d'une consultation spécialisée dans les quinze premiers jours du post-partum sur les taux d'allaitement à 1 et 6 mois



N. Gelbert, AS. Ayrat, C. Duc, M. Berchotteau, N. Bouchon,
C. Schelstraete, (Chambéry), Labarère J. (CHU Grenoble
service de santé publique)

Croissance des prématurés sous lait de leur mère frais ou lait de lactarium

Nathalie Montjoux

I. Glorieux, J. Tricoire, C. Casper
Unité de néonatalogie
Hôpital des enfants - Toulouse

La prise en charge nutritionnelle des nouveau-nés prématurés est essentielle et doit répondre à leurs besoins spécifiques pour éviter un retard de croissance post-natal et ses conséquences à long terme. Le lait de mère enrichi est le lait recommandé pour diminuer la morbidité (infections et entérocolite ulcéro-nécrosante), diminuer les durées d'hospitalisation et améliorer le pronostic global à long terme des prématurés^{1/2/3/4/5}. Le lait de mère peut être soit le lait de la propre mère de l'enfant et être donné frais ou pasteurisé, soit du lait de lactarium pasteurisé, qui provient de dons de lait de mères de nouveau-nés nés à terme. Le lait de mères de prématurés diffère du lait de mères de nouveau-nés à terme par sa teneur plus élevée en protéines, minéraux, lipides, vitamines et composés biologiquement actifs (hormones et facteurs de croissance).^{6/7/8} La pasteurisation peut modifier les propriétés immunologiques mais aussi nutritionnelles du lait de mère, avec diminution de la teneur en vitamines hydrosolubles et inactivation de lipases⁹. Le contenu en nutriments et en molécules biologiquement actives du lait frais de la mère d'un prématuré et du lait de lactarium est donc différent.

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude était d'étudier la croissance des prématurés en fonction de la proportion de lait frais de leur propre mère et de lait de lactarium reçus. Les objectifs secondaires étaient d'étudier la tolérance et la survenue d'infection en fonction de la proportion des deux types de lait.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective d'observation réalisée dans les services de néonatalogie et de réanimation infantile des hôpitaux de Toulouse.

Les prématurés de moins de 32 SA ont été inclus. La période d'étude de la croissance était comprise entre le jour où l'enfant recevait une alimentation entérale exclusive (fin de la nutrition parentérale) et le jour où il avait atteint un poids de 1400 g et un âge corrigé de 32SA, date qui correspond à l'introduction de lait artificiel dans l'alimentation de l'enfant si le lait de sa mère est en quantité insuffisante.

¹ Schanler, R.J., R.J. Shulman, and C. Lau, Feeding strategies for premature infants: beneficial outcomes of feeding fortified human milk versus preterm formula. *Pediatrics*, 1999. 103(6 Pt 1): p. 1150-7.

² Breastfeeding and the Use of Human Milk Section on Breastfeeding. *Pediatrics*, 2005. 115(2): p. 496-506.

³ Hylander, M.A., et al., Association of human milk feedings with a reduction in retinopathy of prematurity among very low birthweight infants. *J Perinatol*, 2001. 21(6): p. 356-62.

⁴ Singhal, A., T.J. Cole, and A. Lucas, Early nutrition in preterm infants and later blood pressure: two cohorts after randomised trials. *Lancet*, 2001. 357(9254): p. 413-9.

⁵ Lucas, A., et al., Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet*, 1992. 339(8788): p. 261-4.

⁶ Michaelsen, K.F., et al., Variation in macronutrients in human bank milk: influencing factors and implications for human milk banking. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 1990. 11(2): p. 229-39.

Le critère de jugement principal est la croissance pondérale en g/kg/jour (rapporté au poids initial le premier jour de la période d'étude de la croissance). Les prématurés ne recevaient que du lait de mère enrichi pendant la période d'étude de la croissance, lait de leur propre mère frais, complété par du lait de lactarium pasteurisé.

Résultats

Quarante-huit prématurés d'âge gestationnel moyen de 28,6 SA (extrêmes 25-31SA) et de poids de naissance moyen de 1105 g (extrêmes 610-1680g) ont été inclus. 45% d'entre eux présentaient une restriction de croissance à la naissance, 87,5% avaient reçu une corticothérapie anténatale. Les enfants recevaient en moyenne 32.4% de leur lait sous forme de lait de leur mère frais (extrêmes : 0-98%). La croissance a été étudiée sur une durée médiane de 13 jours (IQ 9-19 jours). La croissance moyenne sur l'ensemble de la cohorte était de 14,14 (+/-4,78) g/kg/jour durant cette période d'étude de la croissance. La croissance en g/kg/jour est liée de manière significative au pourcentage de lait de leur propre mère frais ($p=0,0048$). Nous avons réalisé trois groupes d'enfants en fonction de la proportion de lait de leur mère frais reçu : moins de 20%, au moins 80% et de 20 à 80%. Ces trois groupes étaient comparables concernant plusieurs paramètres pouvant affecter la croissance comme l'âge gestationnel, le poids de naissance, l'existence d'une restriction de croissance. Les enfants recevant 80% ou plus de lait frais de leur propre mère ont eu une meilleure croissance pondérale que ceux qui en recevaient moins de 20% (15,63 versus 11,45 g/kg/jour, $p=0,016$). La proportion de lait de mère frais était un paramètre lié de manière indépendante à la croissance pondérale ($R^2=0,47$, $p<0,001$). La tolérance et la survenue d'infection n'étaient pas différentes en fonction de la proportion de lait de mère frais.

Conclusion

Notre étude retrouve une meilleure croissance des prématurés recevant plus de lait de leur propre mère frais par rapport au lait de lactarium pasteurisé ce qui est en concordance avec des études anciennes et une étude de Schanler de 2005.^{10/11/12/13} Il semble donc essentiel de promouvoir le don de lait de la mère à son enfant né prématurément. Le risque de transmission d'agents infectieux en donnant le lait de la propre mère frais est à mettre en balance avec les bénéfices immunologiques et nutritionnels du lait de mère frais de la propre mère de l'enfant.

⁷ Gross, S.J., J. Geller, and R.M. Tomarelli, Composition of breast milk from mothers of preterm infants. *Pediatrics*, 1981. 68(4): p. 490-3.

⁸ Schanler, R.J. and W. Oh, Composition of breast milk obtained from mothers of premature infants as compared to breast milk obtained from donors. *J Pediatr*, 1980. 96(4): p. 679-81.

⁹ Lawrence, R.A., Storage of human milk and the influence of procedures on immunological components of human milk. *Acta Paediatr Suppl*, 1999. 88(430): p. 14-8.

¹⁰ Stein, H., et al., Pooled pasteurized breast milk and untreated own mother's milk in the feeding of very low birth weight babies: a randomized controlled trial. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 1986. 5(2): p. 242-7.

¹¹ Atkinson, S.A., M.H. Bryan, and G.H. Anderson, Human milk feeding in premature infants: protein, fat, and carbohydrate balances in the first two weeks of life. *J Pediatr*, 1981. 99(4): p. 617-24.

¹² Williamson, S., et al., Effect of heat treatment of human milk on absorption of nitrogen, fat, sodium, calcium, and phosphorus by preterm infants. *Arch Dis Child*, 1978. 53(7): p. 555-63.

¹³ Schanler, R.J., et al., Randomized trial of donor human milk versus preterm formula as substitutes for mothers' own milk in the feeding of extremely premature infants. *Pediatrics*, 2005. 116(2): p. 400-6.

Étude des difficultés de mise en place de l'allaitement maternel en maternité, chez des nouveau-nés à terme.

Marie-Pierre Michel¹

G. Gremmo-Féger², E. Oger³, J. Sizun¹

Départements de Pédiatrie¹, Gynécologie-obstétrique² & CIC³,
CHU Brest

L'OMS¹, l'ANAES² et le Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie³ recommandent un allaitement exclusif de six mois. Cependant, en France en 2002, seuls 56% des enfants étaient allaités au sortir de la maternité⁴. Aucune statistique nationale récente n'existe pour les taux d'allaitement ultérieurs en France. La décision d'allaiter au sein est influencée par de multiples facteurs socioculturels et psychologiques¹. Une fois ce choix personnel réalisé et même avec une grande motivation pour allaiter, les mères peuvent rencontrer des difficultés lors de la mise en place de leur allaitement⁵.

En dehors des facteurs psychosociaux, la réussite de la mise en place de l'allaitement dépend de deux éléments fondamentaux : chez la mère, c'est l'obtention d'une sécrétion lactée suffisante, appelée communément « montée de lait » et chez l'enfant c'est l'acquisition d'un comportement adapté au sein (état d'éveil optimal, bonne prise du sein et tétées efficaces). Si l'un des deux n'est pas obtenu, le transfert de lait risque d'être insuffisant, et d'entraîner une perte de poids excessive du nouveau né (PPE) avec à court terme un risque de déshydratation et à plus ou moins long terme une stagnation pondérale avec malnutrition⁶. Outre ces complications, plusieurs études ont bien mis en évidence l'association de ces difficultés et la survenue d'un sevrage précoce non désiré.^{7/8}

Objectifs

- Déterminer l'incidence et les facteurs de risque de 3 marqueurs potentiels de difficultés de mise en place de l'allaitement maternel (AM): la perte de poids excessive du nouveau né en maternité (PPE > 10% du poids de naissance), le retard de montée de lait⁹ (RML > 72h post-partum) et le comportement non optimal de l'enfant au sein (CNOS mesuré par un score IBFAT¹⁰ < 10).
- Puis déterminer l'évolution des taux d'allaitement durant les 6 premiers mois post-partum et rechercher d'éventuelles associations entre arrêt de l'allaitement et marqueurs de difficultés en maternité ou certaines caractéristiques maternelles, infantiles et pratiques de soins.

¹ World Health Organization. Infant and young child nutrition. 54th World Health Assembly; WHA 54.2, Agenda item 13.1; 14-22, 2001; Geneva, Switzerland.

² Recommandations pour la Pratique Clinique. Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. ANAES ; 2002.

³ Comité de nutrition de la Société française de Pédiatrie. La promotion de l'allaitement maternel: c'est aussi l'affaire des pédiatres... Arch Pédiatr 2000 ; 7 : 1149-53.

⁴ Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Programme National Nutrition Santé. Edition commune du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille et de la Société Française de Pédiatrie. 2005.

⁵ Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk Factors for Suboptimal Infant Breastfeeding Behavior, Delayed Onset of Lactation, and Excess Neonatal Weight Loss. Pediatrics 2003; 112: 607-619.

⁶ Neifert MR. Prevention of breastfeeding tragedies. In: Schanler Rj, ed. The Pediatric Clinics of North America. Breastfeeding 2001, Part 11: The Management of Breastfeeding. Volume 48. Philadelphia, PA: WB Saunders, 2001: 273-298.

Méthode

Étude descriptive et prospective incluant les couples mères enfants allaités, en bonne santé, singleton et nés à terme au CHU de Brest du 01 janvier au 15 mars 2005. Les couples dont l'allaitement avait cessé en maternité étaient exclus. Recueil prospectif des données par le personnel paramédical. Analyse statistique: descriptive puis recherche de corrélation par coefficient de Spearman ou test de Fischer et enfin analyse uni puis multi variée des facteurs de risque par modèle de régression logistique. Enfin, recueil téléphonique des mères, à l'aide d'un questionnaire préétabli, à 1, 2, 3 et 6 mois après la naissance.

Résultats

I. En maternité

331 enfants nés vivants ont été répertoriés pendant la période de recrutement. 201 (60,7%) étaient allaités. Parmi eux, 83 étaient exclus pour diverses raisons: prématurité (n=2), naissance multiple (n=12), mère ne parlant pas français (n=2), mère sourde et muette (n=1), morbidité périnatale (n=7), enfant hospitalisé en réanimation, néonatalogie, chirurgie... (n=27), dossier incomplet (n=13), couple mère enfant sorti avant J3 (n=3), allaitement maternel arrêté avant la sortie (n=16) soit 7,9%. 118 couples mères enfants inclus. 107 couples mères enfants restaient dans l'étude à 1 mois, 106 à 2 mois, 105 à 3 mois et 92 à 6 mois.

Concernant les mères, 49% étaient primipares. 8,3% des multipares n'avaient pas d'expérience antérieure à l'allaitement maternel. 8,4% des femmes avaient des mamelons de forme inhabituelle (plats ou rétractés). Concernant les pratiques de soins, seulement 11,2% des naissances était exempte d'intervention médicale (pas de déclenchement, d'accélération du travail ou de péridurale) et ceci préférentiellement chez les multipares (67,6%). Le travail était déclenché chez 33% des mères préférentiellement des multipares (61,5%). Il était accéléré dans 64,4% des cas et majoritairement chez les primipares (60,5%). 20,2% des enfants recevaient des compléments de lait artificiel avec une nette prédominance chez les enfants de mères primipares (67%). J1 était le jour où les enfants recevaient le plus souvent des compléments. Un quart (25,6%) des enfants avaient une désobstruction rhinopharyngée en salle de naissance. Près des deux tiers (64,4%) des enfants étaient dans l'heure suivant la naissance.

Concernant les marqueurs de difficultés de mise en place de l'allaitement :

- La perte de poids était en moyenne de $6,8\% \pm 1,9$: $6,62\% \pm 1,84$ chez les enfants exclusivement allaités versus $8,39\% \pm 2,33$ chez les enfants ayant reçu > 60 ml de compléments

⁷ Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. Birth 1992; 19 : 185-9.

⁸ Chapman DJ, Perez-Escamilla R. Does delayed perception of the onset of lactation shorten breastfeeding duration? J Hum Lact 1999; 15 : 107-11.

⁹ Chapman DJ, Perez-Escamilla R. Maternal perception of the onset of lactation is a valid, public health indicator of lactogenesis stage II. J Nutr 2000 ; 130 : 2972-80.

¹⁰ Matthews MK. Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. Midwifery 1988 ; 4 : 154-65.

de lait artificiel pendant les trois premiers jours. Dans 48,3% des cas, le jour du poids minimal était à J2; à noter cependant que 50% des enfants de multipares commençaient à reprendre du poids dès J2. La PPE atteignait 6,8% de l'ensemble des enfants; il s'agissait d'enfants de primipares dans 87,5% des cas. 3,2% des enfants exclusivement allaités et 22% des enfants complétés étaient concernés par cette PPE.

- Le RML était retrouvé chez 50% des femmes dont 63% étaient des primipares.
- Le comportement de l'enfant au sein : 33,9% des enfants avaient un CNOS à J0 dont 65% chez les primipares mais ce pourcentage diminuait à 7,6% à J3 avec toujours une nette prédominance de primipares (89%).

L'analyse multi variée a permis de mettre en évidence des associations significatives

- entre CNOS J0 et type de mamelon inhabituel (OR=15,4; IC 95%: 1,7-142,8)
- entre RML et absence d'expérience antérieure d'allaitement (OR=2,53; IC 95%:1,173-5,455)
- entre PPE et poids de naissance > 3600g (OR=1,003; IC 95%: 1,001-1,004) et administration de complément > 60 ml (OR=2,99; IC 95%: 0,411-21,73).

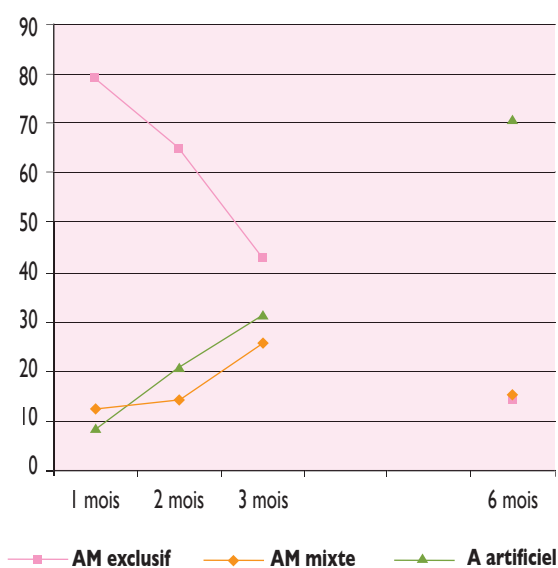
2. A distance

L'évolution des taux d'allaitement dans les 6 premiers mois est montrée dans le graphique ci dessous. 60,7% des nouveau-nés étaient allaités en maternité (n=201/331 naissances vivantes). 7,9% (n=16/201) des allaitements d'enfants restés en maternité étaient arrêtés avant la sortie. L'évolution des 57 autres enfants exclus n'était pas connue. A la sortie de maternité, 52,8% des enfants inclus étaient encore allaités. Sur ces 118 nouveau-nés, 80% étaient exclusivement allaités et 20% avaient reçu des compléments pendant leur séjour en maternité.

Une seule relation significative était notée entre les marqueurs de difficultés et l'arrêt d'allaitement à distance; Elle concernait l'association entre arrêt de l'allaitement à 6 mois et PPE en maternité (p=0,0171).

Certaines caractéristiques materno-infantiles étaient associées à l'arrêt d'allaitement :

- Age maternel élevé et arrêt de l'allaitement à 1 mois (RIDIT score, p= 0,045).
- Administration de complément et arrêt de l'allaitement à 1 mois (RIDIT score, p= 0,0078), 2 mois (RIDIT score, p = 0,0366) et 3 mois (RIDIT score, p= 0,02).
- Durée d'allaitement initialement envisagée par la mère < 6 mois et arrêt de l'allaitement à 3 mois (RIDIT score, p= 0,011) et l'allaitement à 6 mois (RIDIT score, p= 0,004).



Discussion / Conclusions

Les difficultés de mise en place de l'allaitement ne sont pas rares. L'étude met en évidence une incidence anormalement élevée du RML; étant donné son importante discordance avec les autres indicateurs de difficultés mesurés, sa fréquence est certainement surestimée. L'incidence de la PPE est au contraire probablement sous évaluée, étant donné que 20% des enfants ont reçus des compléments. En ce qui concerne les taux d'allaitement à distance s'ils semblent encourageants par rapport aux données françaises disponibles, ils doivent être analysés avec réserve car possiblement surestimés. L'interprétation des résultats de ce type d'étude est très difficile en raison de nombreux biais notamment de définition, d'exclusion, de recueil des données ... Par ailleurs, notre étude est de faible taille et s'est déroulée sur une période de temps relativement limitée, l'échantillon n'est donc pas suffisamment représentatif. Des paramètres importants comme la fréquence des tétées et le moment exact de la « montée de lait » n'ont pas non plus été pris en compte ainsi que certaines autres caractéristiques dont on sait qu'elles influencent fortement ce comportement complexe qu'est l'allaitement maternel. Il s'agit en particulier, des données sociales, des données psychologiques et des données d'environnement¹¹. Ces facteurs culturels et psychosociaux sont difficiles à mesurer et donc à contrôler dans les études descriptives et il n'est pas toujours facile de conclure si une pratique de soins agit de façon indépendante¹².

Recommandations pratiques

Ces trois marqueurs, non redondants, sont facilement utilisables en maternité. Une surveillance particulière des couples mères enfants à risque de présenter des difficultés de mise en place d'AM (primipare, absence d'expérience antérieure d'allaitement, mamelon plat ou rétracté, enfants de poids de naissance élevé ou complétés en maternité) semble nécessaire, au moins jusqu'à 72h post-partum ce qui rend incertain le bénéfice d'une sortie précoce¹³.

Les marqueurs de difficultés d'allaitement analysés dans cette étude (PPE, RML, CNOS J0 et J3) semblent liés à des facteurs de risque peu modifiables en dehors de l'utilisation de compléments. Même si le rôle exact de leur utilisation précoce sur les difficultés et l'évolution de l'allaitement n'est pas facile à démontrer, nous conseillons une utilisation réfléchie de ces derniers. La restriction de l'utilisation de complément est d'ailleurs une des 10 recommandations de l'initiative Hôpital Ami des Bébé de l'OMS¹⁴.

La pertinence de ces indicateurs précoces pour prédire les durées d'allaitement ultérieures ne semble pas démontrée. Il semble donc important d'assurer un suivi correct des fem-

¹¹ Labarère J, Dalla-Lana C, Schelstraete C, et al. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France). Arch Pediatr 2001 ; 8 :807-815.

¹² Recommandations pour la Pratique Clinique. Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. ANAES ; 2002.

¹³ Recommandations pour la pratique clinique. Sortie précoce après accouchement - Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. HAS; 2004.

¹⁴ World Health Organization X. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement. Geneva:WHO ; 1999.

mes allaitantes en maternité mais également après le retour à domicile. Pour cela, la formation des professionnels de santé à l'allaitement maternel, actuellement très limitée, doit être repensée afin d'apporter un soutien adapté à ces couples mères enfants.

Recommandations pour la recherche

Il serait intéressant d'explorer le caractère prédictif de ces marqueurs de difficulté, à l'aide d'une évaluation multicentrique incluant des hôpitaux différents par leur recrutement et leur politique d'AM. De plus les taux d'allaitement français, après 3 mois étant très peu connus, il serait utile d'évaluer ces incidences à plus grande échelle, en utilisant les définitions de l'ANAES concernant l'allaitement exclusif et partiel.

Efficacité d'une consultation spécialisée dans les quinze jours du post partum sur les taux d'allaitement à 1 et 6 mois

Nathalie Gelbert

A.S. Ayrat, C. Duc, M. Berchotteau,
N. Bouchon, C. Schelstraete, (Chambéry)
J. Labarère (CHU Grenoble service de santé publique)

Objectifs

Documenter l'impact d'une consultation systématique dans les quinze jours du post-partum comparativement à un suivi laissé à l'initiative de la mère, sur le taux d'allaitement maternel à 1 et 6 mois.

Méthodologie

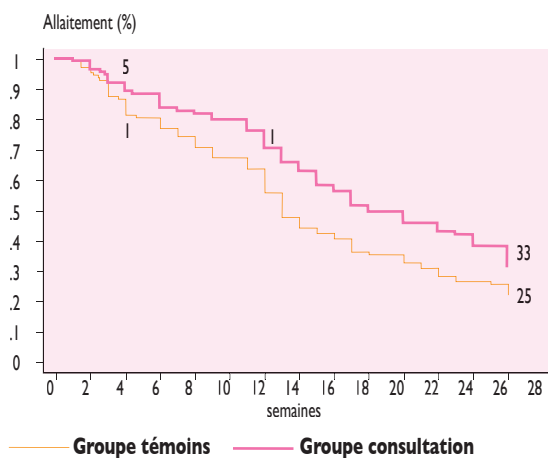
Essai contrôlé, randomisé, ouvert, auprès de 231 mères, mené au centre hospitalier de Chambéry, comparant un groupe de mères bénéficiant d'une consultation spécialisée au 15^{ème} jour de vie, à un groupe de mères « témoin » ayant une prise en charge conventionnelle en matière d'allaitement maternel laissée au libre choix des femmes. La randomisation par tirage au sort a été effectuée par le pédiatre hospitalier. Le recueil des données : à la maternité pour les caractéristiques socio-démographiques et médicales, lors de la consultation pour les problèmes rencontrés et les solutions apportées, par auto questionnaire postal adressé à un et six mois aux mères des deux groupes.

Résultats

Estimation de la durée totale d'allaitement (mixte + exclusif)
La durée médiane d'allaitement était de 13 semaines dans le groupe témoin et de 18 semaines dans le groupe consultation ($p = 0,02$). 49 mères (43%) du groupe témoin et 56 mères (50%) du groupe consultation avaient repris une activité professionnelle à 6 mois ($p = 0,54$). Le délai moyen de reprise du travail (17 semaines) ne différait pas significativement entre les deux groupes ($p = 0,67$).

Le taux d'allaitement était à 1 mois de 72% dans le groupe témoin et de 83% dans le groupe consultation. Il était à 6 mois de 22% dans le groupe témoin et de 31% dans le groupe consultation.

A notre connaissance, cette étude est la première en France à décrire l'efficacité d'un programme de soutien à l'allaitement réalisé en post-natal précoce par des généralistes et pédiatres de ville sensibilisés.



Durée totale d'allaitement (mixte + exclusif) ($p = 0,03$).
Les valeurs indiquent les effectifs d'observations censurées à chaque date.

Éthique et efficacité de la communication autour de l'allaitement maternel

Ingrid Bayot est sage-femme, formatrice Co-naître®, présidente de INFACT Québec. Elle dispense des formations en France, en Belgique et au Québec sur le thème de l'allaitement maternel, des adaptations néonatales, du sommeil et des rythmes du nouveau-né. Chargée d'enseignement au DIU « Lactation humaine et allaitement maternel », elle est également l'auteur de plusieurs articles (<http://www.co-naître.net>) et de l'ouvrage « Parents futés, bébé ravi » paru aux Editions Robert Jauze.

L'allaitement sort petit à petit du silence où il était confiné. Les efforts conjugués de diverses associations et de personnes éclairées¹ l'ont mis sur le devant de la scène. Plusieurs associations professionnelles médicales et paramédicales ont formellement déclaré leur soutien à l'allaitement. Les intervenants en périnatalité sont mieux informés et formés qu'auparavant. L'initiative « Ami des Bébé » gagne du terrain et s'étend aux institutions extrahospitalières. Un mouvement en faveur de l'allaitement s'est mis en place, c'est indéniable. Maintenant, comment faire pour que ce ne soit pas qu'une mode passagère ? Comment « informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement et de sa pratique » comme le recommande l'IHAB ? En distribuant des listes des bienfaits de l'allaitement pour l'enfant, pour la mère, pour l'économie, pour la société, pour l'environnement... ? En prévenant les futurs et nouveaux parents des risques du non-allaitement ? Faut-il commencer par là ?

Cela peut être tentant, car c'est simple ...et nettement plus facile que de tenter de rassurer en pleine nuit une jeune mère désemparée par les pleurs de son tout petit. Plus facile que de laisser se vivre une première rencontre en salle de naissance sans intervenir. Plus facile que de parler de la sensualité, des émotions, des tâtonnements, des ambivalences d'une relation mère enfant qui se cherche, s'établit à des rythmes parfois si différents.

Certains intervenants se sentent très à l'aise dans leur rôle de « bon vendeur » de l'allaitement, mais bien d'autres perçoivent intuitivement qu'il y a quelque chose qui sonne faux. Ce malaise est maladroitement exprimé par ces phrases clichés, usées jusqu'à la corde: « Il ne faut pas culpabiliser les mères qui nourrissent au biberon; mieux vaut donner le biberon

¹ Pour désigner les intervenants en périnatalité, le féminin ou le masculin ont été à été indifféremment utilisés, mais seuls, dans le but d'épargner les répétitions fastidieuses.

avec le sourire que le sein à contrecœur». On le sent bien, on est loin d'avoir fait le tour de la question, et un compromis tiède -en dire ou en faire un peu mais pas trop- ne satisfait personne.

Car enfin, l'allaitement implique bien d'autres choses qu'une analyse raisonnable des bénéfices. Les enjeux de l'allaitement sont multiples, à la fois intimes et collectifs. Et pour chacun, chacune d'entre nous, que l'on soit professionnel de la santé, parent, ou les deux, ce sujet résonne avec nos histoires personnelles, nos croyances et nos valeurs, remue des bons et des moins bons souvenirs, questionne nos choix, réactive nos fiertés ou nos amertumes.

Comment promouvoir l'allaitement, comment informer chaque mère, chaque famille de l'intérêt pour la santé de l'enfant et de sa mère de l'allaitement, tout en respectant leur décision ? Bref comment nous, professionnels de la santé, pouvons communiquer avec éthique et efficacité autour de l'allaitement² ?

L'allaitement : un geste intime, des enjeux publics.

Au même titre que la vie de couple, la sexualité et la reproduction dont il est la continuité, l'allaitement fait partie de la vie privée. C'est un acte intime qui échappe - a priori - à toute ingérence. S'il est génétiquement programmé chez les mammifères, il est, chez l'être humain, ce mammifère très émotif et doté d'un cerveau associatif très sophistiqué, un geste imprégné de sens (ou non), de représentations, de souvenirs, d'affects, de culture, de valeurs. Allaiter c'est accepter qu'un bébé se love, touche et pose sa bouche sur le sein, et mobilise sa langue sous l'aréole, un endroit si sensible qu'il fait partie des zones érogènes; c'est oser s'abandonner, se laisser faire, et le lait vient d'autant mieux que le climat émotionnel est favorable. Allaiter n'est possible qu'avec le consentement de la femme qui y engage toute son être : corps, cœur, intelligence, valeurs. Bien vécu, l'allaitement procure de la fierté, consolide les liens affectifs entre la mère et son bébé et tisse de belles complicités.

L'allaitement recouvre également des enjeux de santé publique, importants et reconnus. Dans nos sociétés occidentales et industrielles, infiniment complexes, ces enjeux collectifs revêtent plusieurs dimensions : économiques, sanitaires, écologiques et sociales.

- Le lait maternel est gratuit; le lait industriel est une marchandise. Ce simple constat rappelle toutes les menaces qui pèsent sur l'allaitement.
- Le non allaitement coûte très cher aux états qui doivent importer de la poudre de lait.
- Les avantages biologiques du lait maternel sont actuelle-

² Dans le cadre de cette intervention, nous ne pourrions pas explorer les outils de communication : leur compréhension et leur appropriation nécessite un autre type de formation.

ment mieux connus que jamais. Ils sont impressionnants, innombrables, tant pour l'enfant que pour la mère, à court, moyen et long terme. L'allaitement représente par conséquent de substantielles économies pour les systèmes de santé publique puisqu'il permet la prévention, la diminution de certains problèmes de santé³.

- L'allaitement pratiqué de manière traditionnelle⁴ permet l'espacement des naissances d'une manière simple et gratuite; dans beaucoup de pays c'est un avantage considérable... et irremplaçable.
- Le lait maternel est une ressource naturelle propre et accessible, ne nécessitant ni élevage industriel de bovins, ni emballages polluants, ni transport routier, ni consommation d'énergie pour stériliser, réchauffer ou garder au froid quoique ce soit : l'allaitement est écologique.

Face à un climat économique et culturel défavorable à la pratique de l'allaitement, il est légitime que le politique s'en empare. Les grands enjeux de la promotion de l'allaitement se situent donc à la fois dans la vie privée et dans le domaine public. Mais faire interférer ces deux domaines est délicat et sujet à certains dérapages.

Les dérives de la communication autour de l'allaitement.

L'ingérence consiste à dicter à l'individu sa conduite dans tous les domaines, y compris ceux de sa vie la plus intime. L'intention de vouloir influencer l'autre est normale; elle fait partie des interactions entre les humains. Mais attention, une «bonne cause» comme l'allaitement peut devenir un vivier propice à certains dérapages, car nous sommes parfois tellement convaincus ou tellement enthousiastes, que nous avons envie de convaincre à tout prix. **Notre sonnette d'alarme intérieure doit résonner quand notre intention de défendre une bonne cause prime sur l'attention à l'autre.**

L'abstention, c'est s'abstenir d'intervenir : certains États l'ont fait, intentionnellement ou non ; certains professionnels de la santé s'y sentent à l'aise : « *ne culpabilisons pas les femmes qui ne souhaitent pas allaiter en leur parlant d'allaitement* ». Cette abstention se pare des vertus du respect de la liberté d'autrui, du refus de l'ingérence. Cependant, au vu de notre contexte socio-économique, cela ressemble plutôt à une démission car...

- la famille nucléaire isole et rend plus difficile la transmission du savoir maternel entre femmes; rares sont celles qui ont déjà vu une autre mère allaiter;
- la méconnaissance du corps et de ses sensations conduit à chercher hors de soi les repères et la sécurité ;
- l'allaitement est à la mode, mais arrêté pour un oui ou pour

³ Voir à ce sujet l'article de la Dre Claire Laurent « l'allaitement, aspects pratiques », en ligne sur le site des Formations Co-Naitre ®

⁴ A l'éveil et à la demande, de jour comme de nuit, avec proximité mère enfant.

L'interférence nécessaire et acceptable entre espace privé et public.

un non, à moins que ce ne soient les habitudes du milieu hospitalier qui lui mettent les bâtons dans les roues : séparations, perturbation de l'intimité mère enfant, horaires fixes de tétées ou limitation de celles-ci, multiplication des protocoles,

- et sur ce terreau déjà bien favorable à l'abandon de l'allaitement, s'épanouissent les stratégies commerciales des compagnies productrices de laits industriels qui, contrairement à la Santé Publique, disposent de budgets colossaux pour parvenir à leurs fins.

La première chose qui vient à l'esprit, c'est **l'information** : informer les professionnels des risques associés au non-allaitement, diffuser largement les avantages du lait maternel. C'est valable, mais nettement insuffisant. Les jeunes mères ont bien d'autres besoins que la liste des bénéfices ou des problèmes qui attendent le bébé non-allaité.

En fait pour être efficace, l'interférence acceptable et nécessaire entre vie privée et domaine public, doit recouvrir deux autres aspects, primordiaux :

- **l'accompagnement**, ou soutien, qui suppose la formation théorique, pratique et relationnelle des professionnels de la santé, ainsi que la mise en place du soutien communautaire et de l'aide concrète aux nouvelles familles;
- et **la protection** qui comprend l'ensemble des lois, codes et règlements qui protègent la maternité (cf. le Code de commercialisation des substituts du lait maternel).

Notre mission de professionnels de la santé est avant tout d'accompagner les parents et à travers cet accompagnement, de leur délivrer les informations adaptées à leur situation, utiles pour eux.

L'accompagnement des futurs et nouveaux parents.

Dans le domaine de l'allaitement, **cet accompagnement est notre mission première** : une démarche globale de soutien qui reconnaît, respecte et valorise les ressources, les émotions, les initiatives et les décisions de l'autre. Quelle que soit sa profession initiale, la personne qui accompagne offre sa disponibilité et son écoute, mais n'apporte une information ou un conseil pratique que si ceux-ci ont été demandés, serrant ainsi au plus près aux besoins réels de la personne accompagnée. Les besoins supposés permettent de faire étalage des savoirs et des compétences, mais l'enseignement systématique et l'interventionnisme sont des pièges pour tout le monde, surtout dans un contexte à priori physiologique. Les discours et les gestes superflus qu'ils génèrent, encombrant et détournent des vrais objectifs: la rencontre et l'établissement des liens mère-enfant, père-enfant.

Accompagner c'est être présent et bienveillant, *c'est rejoindre l'autre, plutôt que de convaincre*, ce qui nécessite une véritable « reprogrammation » des professionnels, formés pour intervenir, pour dire et pour agir...

Pour atteindre cet objectif, nous avons besoin d'**une vision large, globale de l'allaitement** car nos sociétés n'ont pas seulement « oublié » ce qu'était un bébé au sein, mais également tout un savoir sur ses rythmes et ses besoins de proximité. En fait, nous sommes immergés dans un « bain culturel » qui favorise plutôt l'alimentation au biberon.

Avec l'industrialisation, l'isolement des familles dans des grands centres urbains, la montée de « valeurs » comme l'individualisme et l'indépendance, il s'est développé en Occident, une forme de **puériculture très restrictive**, rigoureuse, compatible avec les nouvelles attentes envers les femmes. Le nouveau-né y est considéré comme être gênant qu'il convient de cadrer au mieux, de contrôler, de mesurer, de dresser. Nous vivons encore les conséquences de cette méprise collective.

Dans les milieux défavorisés, le non allaitement quasi généralisé est souvent le *symptôme* d'un mal être multiforme : isolement, effritement du tissu social, pertes des repères du corps, pauvreté affective. Et pour bien des femmes de toute origine sociale, l'abandon de l'allaitement est le *résultat* d'une série d'erreurs tactiques où le système médical a parfois une lourde responsabilité.

Le biberon et les laits industriels ne sont donc pas arrivés *par hasard* dans notre contexte. Leur *généralisation*, à un moment de notre histoire, est un fait qui s'enracine et prospère dans un contexte économique et sociologique, vaste et complexe ... et qui est encore le nôtre.

Pour une culture favorable à l'allaitement.

Par conséquent, les moyens à mettre en œuvre pour installer une culture favorable à l'allaitement maternel seront donc tout aussi vastes, témoignant d'une vision large, *globale* de l'allaitement, des problèmes et des solutions.

L'approche « classique » -*avantages du lait maternel, anatomie du sein lactant, physiologie de la production de lait, pratique de la tétée, problèmes*- est celle des cours de base ou de formation continue, dispensés le plus souvent au personnel soignant. Elle est très intellectuelle et bien documentée, s'intègre bien dans notre manière très mentale et mécaniste d'aborder l'être humain, mais elle est très largement insuffisante pour faire face aux relations affectives qui entourent l'allaitement, à l'intensité des bouleversements que provoque toute naissance, aux remous identitaires qui accompagnent la maternité et la paternité.

L'allaitement à la demande de l'enfant est la clef d'un bon démarrage de la lactation et de son entretien. Mais ce concept est étrange dans des établissements hospitaliers où les horaires fixes et le rationnement affectif des nouveau-nés furent la norme durant plus de soixante ans. Alors, laisser un bébé réclamer à *volonté* le sein, la chaleur des bras maternels, la nourriture, c'est presque impensable. Comment aider le personnel soignant et les nouveaux parents à ré-approvoiser une notion aussi déroutante?

Une première piste à suivre est la redécouverte des **rythmes neurologiques et alimentaires du tout petit**. Le bébé à terme s'éveille spontanément et le degré de remplissage ou de vidange gastrique n'a rien à voir avec ces manifestations cérébrales qui existaient déjà in utero. Les éveils s'accompagnent de compétences relationnelles -signes d'engagement, réceptivité- et de compétences alimentaires -présence des réflexes archaïques alimentaires- qui pousseront le tout petit à faire l'expérience du sein, à y prendre plaisir, ...et à créer en lui le désir de recommencer.

Une deuxième piste indispensable est le travail de réflexion à faire **pour sortir de nos élucubrations théoriques** à propos de la faim des bébés (*«il a faim, il a mal, il faut lui donner plus, tout de suite»*), et à propos de la nécessité de dresser les tout petits dès la maternité (*«il fait des caprices, donc il ne faut pas en faire de trop»*). Dans cette double contrainte, les soignants comme les parents sont pris dans la culpabilité de ne jamais faire *«ce qu'il faut»*.

Et, troisième piste : **les besoins et les demandes du bébé évoluent**. Pour se sentir en sécurité, un tout petit a besoin de réponses immédiates, alors qu'un bambin est capable de supporter d'attendre un peu sans se désorganiser.

Pour observer un bébé et répondre à ses besoins, **la proximité** est nécessaire. Dans nos sociétés, le mode de vie assez isolé, nos peurs de la dépendance, et une bonne partie du matériel de puériculture disponible sur le marché, poussent la population à considérer l'éloignement du bébé parfaitement normal et même souhaitable. Restaurer la notion de proximité affective et sensorielle, de corps à corps chaleureux avec le tout petit fait partie de la restauration de l'allaitement.

Offrir au bébé un environnement humain de qualité, une présence affectueuse et attentive pose inmanquablement la question de **la disponibilité maternelle et parentale**. Les cultures qui nous ont précédés avaient trouvé un moyen très simple : prendre en charge toutes les autres tâches de la jeune mère : les soins aux autres enfants, l'entretien de la maison, la préparation des repas, les travaux aux champs...

Dans nos pays, le réseau d'entraide n'est plus automatique. Il incombe à chaque nouvelle famille de le mettre en place sur base volontaire et en choisissant les différents acteurs. Quelles formes prendra-t-il ? Que demander à l'entourage et comment ? La dispersion des familles, les relations très variables entre ses membres, les possibilités de communication qu'offrent les intérêts communs, les activités sportives ou de loisirs, ou encore l'Internet, font que l'on ne doit plus compter uniquement sur les solutions traditionnelles. Il n'y a pas de recettes, place à la créativité. Toute formation professionnelle, toute préparation prénatale devrait consacrer du temps à la réflexion autour de ce sujet crucial.

Allaitement à la demande, proximité, soutien de la communauté, y compris la communauté médicale par le respect de la physiologie : ces principes sont les étages de base d'une pyramide bien stable dont l'allaitement est le sommet. Nous avons à la construire en prenant ces éléments en considération dans l'accompagnement des futurs et nouveaux parents.

Nous espérons qu'un maximum de mères choisissent l'allaitement et le continuent, mais il nous faut porter attention à chacune d'elles et les situer dans leur contexte personnel, familial et culturel. Lorsque nous souhaitons aborder le sujet de l'allaitement avec une future mère, il nous faut le faire de manière large. Où en est-elle dans son cheminement ? Est-elle prête à parler de son bébé, des soins à lui procurer ? Est-elle à l'aise avec l'idée de la proximité avec un tout petit ? Réalise-t-elle tout ce que sa présence peut apporter à son nouveau-né ? Connaît-elle les rythmes et les compétences d'un tout petit ? A-t-elle intégré le concept d'allaitement à l'éveil des premiers mois et a-t-elle une idée de l'évolution qui va suivre ? A-t-elle fait un minimum de tri dans les recettes contradictoires qui circulent autour des soins au bébé ? Son éventuelle décision d'allaiter sera-t-elle soutenue, valorisée, encouragée ? La maternité où elle va accoucher favorisera-t-elle l'autonomie, la rencontre, l'attachement ? Soutient-elle l'allaitement ? Existe-t-il dans sa région un réseau de soutien compétent en la matière ? Recevra-t-elle de l'aide de son entourage ?

Ces thèmes seront abordés de nouveau autour et après la naissance afin de favoriser l'établissement d'une relation saine et gratifiante avec son tout petit, afin de construire un cadre qui rende l'aventure réalisable et agréable. Une information sur les avantages de la lactation viendra compléter cet accompagnement très complet de la parentalité et pourra offrir aux futurs et nouveaux parents des motivations supplémentaires.

Les mesures de promotion de l'allaitement, la diffusion des avantages du lait maternel ont un effet optimal lorsque sont préalablement mis en place la formation des soignants, l'accompagnement global de la parentalité et la protection légale de la maternité et de l'allaitement.

Références bibliographiques

Livres

- Blaffer Hrdy Sarah : Les instincts maternels. Robert Laffont 2002.
- Cyrulnik Boris : Sous le signe du lien Hachette Coll.Pluriel 1989.
- Challamel M.J. Thirion : Le sommeil, le rêve et l'enfant 3^e édition Albin Michel 2004
- Delaisi De Parseval Geneviève, Suzanne Lallemand : L'art d'accueillir les bébés 2^e édition Odile Jacob 2001
- Knibielher Yvonne, sous la direction de : Repenser la maternité Corlet, 1999.
- Knibielher Yvonne, Fouquet Catherine : Histoire des mères Montalba 1977.
- Lux Pierre : 35 carnets accompagnant un cours de psychologie, année académique 96-97, Liège, Belgique, édition privée.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux Québec : L'allaitement maternel au Québec, lignes directrices Septembre 2001 (<http://www.msss.gouv.qc.ca>)
- Montagu Ashley : La peau et le toucher Seuil 1979.
- Thirion Marie : L'allaitement 5^e édition Albin Michel 2004
- Thirion Marie : Les compétences du nouveau-né 3^e édition Albin Michel 2004.
- This Bernard : Naître,et sourire Flammarion collection Champs 1983.

Articles

- Bayot I., Thirion M. : Le point sur l'hypoglycémie néonatale. Les Dossiers de l'Obstétrique N°297, Août-Septembre 2001 p35-40 Revu pour le site Internet en Février 2002 (<http://www.co-naitre.net>)
- Girard L. : L'allaitement maternel, entre croyances et réalités (<http://www.co-naitre.net>)
- Marlier L., Schaal B., Soussignan R.: Responsiveness to the odour of amniotic fluid in the human neonat Press of the Neonate 1995 Jun.
- Nowak R : Création de liens. Pour La Science, n°227 Septembre 1996.
- Relier JP. : Importance de la sensorialité foetale dans l'établissement d'un échange mère-enfant pendant la grossesse tiré à part de 15 pages, Maternité Port-Royal de Paris.
- Thirion M. : Devenir père, devenir mère sous le regard des soignants. Allaitement Editions Érès, août 1999, p 97-108. (<http://www.co-naitre.net>)
- Thirion M. : Des recettes au regard: accompagner, soigner, mais non enseigner. Les Cahiers de Maternologie, n°13, juillet-décembre 1999 (<http://www.co-naitre.net>)
- Thirion M. : Nourrir le corps, nourrir l'esprit, nourrir l'humain; les relations mère-enfant dans le cadre de l'allaitement maternel Editions Érès, collection Mille et uns bébés septembre 1999; p. 13-39, (<http://www.co-naitre.net>)
- Tourne C-E. : Réflexion sur les motivations à l'allaitement maternel. Les dossiers de l'obstétrique, n° 58, décembre 1979
- Tourner C-E. : Téter sa mère, naître au plaisir Actes des 7^{es} rencontres nationales de périnatalité de Béziers, décembre 1996.
- Yamauchi Y, Yamanouchi I.: The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. Acta Paediatr Scand 1990; 79:1017-22.

Pour compléter votre réflexion, je suggère la lecture de ces quelques articles, disponibles sur le site des Formations Co-naitre®, www.co-naitre.net :

- Désir d'allaiter, volonté d'allaiter.
- Informer ? Oui, mais pas n'importe comment.
- L'allaitement, entre croyances et réalités.
- Pourquoi une vision globale de l'allaitement maternel ?
- Eveils et compétences du nouveau-né.

Communications affichées

- 1. Une action de promotion de l'allaitement maternel dans la durée, auprès des structures de garde des jeunes enfants de la région Rhône-Alpes**
J. Leroy - IPA
- 2. Communiquer sur l'allaitement maternel en Languedoc-Roussillon**
D. Bruguieres
- 3. Transmission du cytomégalo virus par le lait maternel cru aux enfants prématurés : étude épidémiologique pilote**
S. Croly-Labourdette
- 4. Allaitement maternel et diabète insulino-dépendant**
H. Leroyer
- 5. Étude des effets des différents modes de conservation et d'enrichissement sur les propriétés antibactériennes du lait maternel**
j. lefranc
- 6. Allaitement des jumeaux en maternité**
S. Herrgott
- 7. Dons de compléments à l'allaitement maternel en maternité**
M-H. Kerouanton
- 8. Rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement de l'allaitement maternel : le point de vue des mères et des généralistes. Élaboration d'un outil pratique pour la consultation au quotidien, « le passeport pour l'allaitement »**
L. Aviles
- 9. Évaluation des pratiques professionnelles concernant l'accueil des nouveau-nés en salle de naissance**
M. Begoc
- 10. Médicaments et allaitement : comment choisir ?**
I. Zix-Kieffer
- 11. Regards des adolescents sur l'allaitement maternel – enquête auprès de 350 lycéens**
M. Rihet

Allait'accueil : une action de promotion de l'allaitement maternel dans la durée, auprès des structures de garde des jeunes enfants de la région Rhône-Alpes

Association Information Pour l'Allaitement. Lyon

En lien avec Galactée (Rhône, Ain, Isère), Allait'bébé (Ardèche, Drôme), Ecout'Lait (Loire), groupe allaitement Chambéry (Savoie)

Objectifs

Après avoir été souvent sollicités par des mères qui avaient des difficultés pour poursuivre leur allaitement lorsque leur bébé était en structure d'accueil de jeunes enfants, nous avons lancé, soutenus par le Programme National Nutrition Santé, une enquête pour connaître la situation réelle dans la région Rhône-Alpes et le cas échéant, proposer des séances d'information au personnel.

Méthodes

Nous avons réuni les associations de soutien aux mères et les 8 conseils généraux de la région pour élaborer un questionnaire, recueillir les coordonnées des structures. Nous avons interrogé toutes les crèches, haltes-garderies et relais d'assistantes maternelles soit 1018 envois au total.

Résultats

Nous avons recueilli 404 réponses de structures et 22 de relais d'assistantes maternelles. De grandes disparités dans l'accueil ont pu être notées : les structures qui accueillent des bébés allaités en ont en général plusieurs, comme s'il y avait un environnement favorable pour les mères (certaines crèches ont accueilli plus de 10 bébés allaités en 2004). Malgré cela, le nombre de bébés allaités accueillis en crèches (498) ne représente qu'un pourcent du nombre total des bébés accueillis. L'âge médian se situe entre 6 et 9 mois (avec un seul maximum à 36 mois)

40% des structures informent sur l'allaitement maternel lors de l'inscription et 6 structures ont mis en place un protocole concernant le lait maternel. 5 crèches font déjà appel à une association de mères. Les principaux freins exprimés étaient un manque de matériel ou locaux adaptés (manque de lieu pour que la mère puisse s'isoler, pas de fauteuil) et aussi la crainte de difficultés de séparation si la mère revient allaiter dans la journée. Un petit nombre a répondu refuser le lait maternel, mais que penser des structures qui n'ont pas répondu ?

De très nombreuses demandes de formation ont été formulées et nous avons travaillé avec les associations de soutien aux mères de la région sur un programme de formation en sessions de deux demi-journées (en cours de réalisation dans cinq départements).

Nous avons regroupé les structures en secteurs géographiques et essayé que les structures ayant déjà une expérience d'accueil de bébés allaités puissent témoigner auprès d'autres n'ayant pas encore franchi ce pas.

Les Conseils Généraux participent en prêtant des locaux et à chaque session, du personnel de PMI est intégré au groupe, comme stagiaire.

Conclusion

Les échanges sont très riches aussi bien en amont lors de la préparation de l'action qui nous a permis de tisser des liens inter associatifs que dans le vif du sujet avec les structures et relais. Il existe un véritable intérêt pour le soutien des mères qui allaitent de la part des professionnels de la petite enfance.

Communiquer sur l'allaitement maternel en Languedoc-Roussillon

D. Bruguères*, C. Cecchi**, F. Montoya**, J-C Picaud**

Introduction

Le Languedoc-Roussillon développe depuis 2000 une démarche originale pour communiquer sur la périnatalité, à la fois en direction des professionnels de santé et du grand public. Les informations publiées dans La Lettre des Actualités Périnatales (revue trimestrielle) ainsi que celles mises en ligne sur le site www.perinat-lr.org, sont validées par des groupes de travail pluridisciplinaires. Le travail spécifique sur l'allaitement pour les professionnels est présenté ici.

Objectifs

- Informer sur les recommandations régionales, françaises, européennes et internationales
- Nourrir une réflexion sur les pratiques professionnelles
- Proposer des informations actuelles et validées sur l'allaitement

Méthodes

- Structure régionale d'information qui élabore une stratégie de communication
- Mise en place de groupes multidisciplinaires qui élaborent les pages thématiques du site sur des thèmes communs : tabac et allaitement, nutrition et allaitement
- Création sur le site, d'espaces de travail avec accès protégé aux travaux des groupes avec comptes-rendus, dates de réunions, documents en cours d'élaboration, messages échangés. Ils sont réservés à la trentaine de groupes constitués dans le cadre de la Commission Régionale de la Naissance, des réseaux régionaux et des actions de communication.

Résultats

- Un congrès annuel : Actualités Périnatales
- Un numéro de la Lettre des Actualités Périnatales, est chaque année, consacré à l'allaitement. Il est réalisé avec des contributions de professionnels de la région, avec des éclairages sur des travaux français ou étrangers.
- Protocoles régionaux validés en pédiatrie, gynécologie, anesthésie ... incluant des données actualisées sur la conduite de l'allaitement
- Information sur les congrès et formations, carnet d'adresses complet.

Conclusions

Ces actions contribuent à la mobilisation des professionnels dans le domaine de la périnatalité. Le site professionnel compte plus de 2000 professionnels inscrits. Le site reçoit plus de 170 000 visites par an. La Lettre des Actualités Périnatales est reconnue comme un outil d'information référent. Le développement des actions de communication, notamment concernant l'allaitement maternel, se fait dans le sens d'une mutualisation interrégionale des moyens nécessaires à une communication efficace au service des objectifs définis par les professionnels de la périnatalité, en fonction des impératifs de santé publique et des besoins des usagers.

*Horizons Lactés,

**GEN (Groupe d'Études en Néonatalogie du Languedoc-Roussillon), Montpellier

Transmission du cytomégalovirus par le lait maternel cru aux enfants prématurés : étude épidémiologique pilote

S. Croly-Labourdette^a, S. Vallet^b, A. Gagneur^a, G. Gremmo-Feger^a, M.C. Legrand-Quillien^b, H. Ansquer^a, L. Jacquemot^a,
V. Narbonne^b, J. Lintanf^b, N. Collet^b, J. Sizun^a

Introduction

La transmission du cytomégalovirus (CMV) par le lait maternel cru peut être symptomatique chez l'enfant prématuré et les conséquences à long terme de cette infection sont mal connues.

Objectifs

Préciser l'épidémiologie de l'infection du lait maternel par le CMV et le risque potentiel pour le nouveau-né prématuré.

Méthodes

Étude épidémiologique prospective pilote des enfants allaités nés avant 33 semaines et de leur mère. Statut sérologique des mères pour le CMV établi dès la naissance. Prélèvement hebdomadaire d'un échantillon de lait maternel et d'urine de l'enfant pour recherche du CMV par culture cellulaire rapide.

Résultats

Ont été analysés 129 prélèvements de lait maternel chez 28 mères dont 35,7 % étaient séropositives pour le CMV et 157 prélèvements d'urine chez 34 enfants. L'excrétion du CMV dans le lait maternel a été retrouvée chez 80 % des mères immunisées. Cette excrétion, déjà effective dans les 2/3 des cas dès la première semaine de lactation, était maximale entre la 3^e et la 5^e semaine. La quantité de lait maternel cru reçue n'a pas semblé être un facteur discriminant. Un seul cas d'infection postnatale (asymptomatique) a été mis en évidence.

Conclusions

L'exposition au CMV par le lait cru est fréquente chez les enfants de mères séropositives. Cependant, le risque d'infection et sa gravité potentielle restent difficiles à établir. De nouvelles études sont nécessaires pour préciser ce risque ainsi que le développement de méthodes de destruction du CMV dans le lait maternel sans altération de ses qualités nutritionnelles et immunitaires.

^a Unités de réanimation et néonatalogie, département de pédiatrie, CHU Brest

^b EA 3882 biodiversité et écologie microbienne, département de microbiologie, CHU Brest

Allaitement maternel et diabète insulino-dépendant

H Leroyer - CHU de Rouen - service de maternité

Objectifs

Etude des répercussions du diabète insulino-dépendant sur l'allaitement maternel afin de dégager les pratiques utiles et nécessaires pour améliorer la mise en route de l'allaitement et optimiser le soutien de ces femmes qui allaitent.

Méthodes

La recherche documentaire s'est faite sur les sites Internet de Diabetes Care et Pub Med. Le nombre d'études est assez satisfaisant même si les échantillons ne sont pas toujours très étoffés.

Résultats

Les enfants de mère diabétiques sont plus souvent prématurés, macrosomes, à risque d'hypoglycémie conduisant régulièrement à être hospitalisés et donc séparés de leur mère. Ceci ne facilite pas le démarrage de l'allaitement d'autant plus que les césariennes, les naissances instrumentales sont plus fréquentes chez ces femmes.

L'allaitement leur permet de vivre une expérience de maternité « normale » à la différence du vécu de leur grossesse.

Les volumes de lait sont significativement inférieurs de J2 à J5 mais identique à J6. La durée totale d'allaitement est même souvent plus longue chez les femmes diabétiques.

L'incidence de l'hypoglycémie reste élevée malgré un bon contrôle glycémique en fin de grossesse. Le retard de lactation chez la patiente diabétique se retrouve de façon unanime.

La mise en route de la lactogénèse est d'autant plus longue que l'équilibre glycémique est mauvais.

Le diabète modifie la composition du lait maternel dans son taux de sucre, de sodium et altère le métabolisme lipidique. Les taux de lactoferrine et IgA sécrétoires sont identiques.

Pour la mère, l'équilibre glycémique est plus difficile à obtenir en début d'allaitement du fait du coût énergétique de ce dernier. Les besoins en insuline se trouvent donc diminués au cours de l'allaitement.

Le rôle des protéines de lait dans la survenue du diabète est au centre d'une étude multinationale (TRIGR) conduite de 2002 à 2012. Elle va suivre des nourrissons à risque génétique accru de diabète jusqu'à 5 ans.

Conclusion

La mise en route de l'allaitement maternel est plus difficile chez les femmes diabétiques et ce du fait des conditions de naissance mais également du fait même de la pathologie qui retarde la lactogénèse.

Il existe des modifications de la composition du lait quant au sodium, au sucre et aux lipides.

L'introduction précoce des protéines de lait de vache a été incriminée dans le développement d'une réaction auto-immune conduisant à la destruction des îlots de Langerhans.

La très vaste étude TRIGR devrait apporter des informations essentielles dans ce domaine.

Étude des effets des différents modes de conservation et d'enrichissement sur les propriétés antibactériennes du lait maternel

J Lefranc¹, D Tandé², G Gremmo-Feger³, R Baron⁴, J Sizun¹

Introduction

L'impact des méthodes de conservation et d'enrichissement sur les propriétés antibactériennes du lait maternel (LM) cru reste mal connu.

Objectifs

Etudier les propriétés antibactériennes du LM en cas d'accouchement avant terme en fonction de différents modes de conservation (LM cru, LM congelé, LM pasteurisé) et d'enrichissement (Dextrine maltose[®], Eoprotine[®], Liprociol[®], Ferrostrane[®]) et comparaison à un lait artificiel pour prématuré (LA).

Méthodes

Echantillons de LM recueillis chez 32 mères d'enfants nés avant 37SA lors de la 1^{ère} expression de la journée et stockés entre 2 et 8°C pendant au maximum 6h avant analyse. Critères d'exclusion : syndrome infectieux maternel ou traitement maternel par antibiotiques. Traitement du lait : congélation à -18°C ou pasteurisation (chauffage à +63°C pendant 30 min puis conservation à -20°C). Enrichissement : Dextrine maltose[®] (DM4) à 4% de dilution, Eoprotine[®] à 2%, Liprociol[®] à 2% et de Ferrostrane[®] 200µL pour 4,5 mL de LM. Etude de la croissance de l'*Escherichia coli* vis-à-vis du LM en milieu de diffusion et en milieu liquide.

Résultats

32 mères de 33 nouveau-nés incluses. Absence de bactéricidie du LM sous toutes ses formes vis-à-vis de l'*E.coli* mais inhibition de croissance bactérienne significative du LM cru. Absence de différence significative entre le LM cru et le LM congelé. Croissance bactérienne significativement plus élevée dans le LM pasteurisé et le LA par rapport au LM cru ($p < 0,05$). Absence de modification significative par l'ajout de différents enrichissants dans LM excepté pour l'Eoprotine[®], entraînant à H4 et H6 une croissance bactérienne significativement plus forte ($p < 0,001$).

Conclusions

La pasteurisation et l'enrichissement par Eoprotine modifient les propriétés du LM en cas de prématurité.

¹ Départements de pédiatrie,

² Microbiologie,

³ gynécologie-obstétrique,

⁴ Santé Publique, CHU Brest.

L'allaitement des jumeaux en maternité

Sylvie Herrgott, José Labarère,
Jean-Patrick Schaal, Jean-Claude Pons
Université Joseph Fourier, Grenoble

Objectifs

Evaluer l'effet de la gémellité sur la décision d'allaiter, sur l'initiation de l'allaitement maternel lors du séjour des mères en maternité (qu'il y ait ou non de séparation mère-enfant(s)), et sur le mode d'allaitement à la sortie.

Patientes et méthodes

Etude rétrospective cas témoins appariés sur l'âge gestationnel.
Cinquante cinq mères de jumeaux incluses dans l'étude ont accouché à la maternité de Grenoble en 2004. Chacune est comparée à 2 témoins ayant accouché d'enfant unique au même terme.

Résultats

On ne note pas de différence entre les deux populations en ce qui concerne le choix d'allaitement maternel (83,4 % de mères de jumeaux versus 80,9 % pour le groupe témoin). Les taux d'allaitement sont comparables dans les 2 groupes, qu'il y ait ou non de séparation mère-enfant(s). A la sortie, on note une inversion des taux d'allaitement maternel exclusif (10,9% versus 40,9%) et allaitement maternel partiel (41,8% versus 10%).

Conclusions

Les mères de jumeaux choisissent majoritairement de démarrer un allaitement maternel, qu'il y ait ou non une séparation mère-enfant(s). Les jumeaux bénéficient très majoritairement d'un allaitement maternel, mais essentiellement de type partiel.

Compléments à l'allaitement maternel en maternité : étude au centre hospitalier de Brest et suivi des taux d'allaitement à distance

MH Kerouanton, G Gremmo-Féger
Département de gynécologie-obstétrique, CHU de Brest

Introduction

La restriction de l'utilisation de compléments est une des 10 conditions de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé. L'effet de l'utilisation précoce des compléments sur le succès de l'allaitement reste controversé et leurs indications mal définies.

Objectifs

Etudier les pratiques d'usage des compléments à l'allaitement maternel en maternité et l'impact éventuel de ces compléments sur la poursuite de l'allaitement à 1, 2 et 3 mois.

Méthodes

Étude descriptive et prospective réalisée en 2 temps et incluant tous les couples mères/nouveaux-nés allaités ayant séjourné en maternité : 1) recueil de données à partir des dossiers pédiatriques sur 3 mois, du 1^{er} Avril au 30 Juin 2005. 2) entretiens téléphoniques à 1, 2,3 mois post-partum du 1^{er} Mai au 30 septembre 2005.

Résultats

181 dossiers ont été étudiés et 160 mères ont accepté de répondre au questionnaire. 26% des enfants ont reçu un ou plusieurs compléments. Dans 51% des cas l'indication est hypoglycémie, ou perte de poids excessive (PPE) ± associé à un ictère, ou comportement non optimal au sein (CNOS) ± associé à une PPE ou une hypoglycémie. Dans 8,5% des cas l'indication est risque d'hypoglycémie associé à un CNOS. Dans 40,5% des cas l'indication est peu ou pas renseignée. 34% des enfants complétés ne reçoivent qu'un complément, 16,5% 10 compléments ou plus ; la majorité des compléments est donnée à J2 ; des méthodes alternatives au biberon sont utilisées (seringue, doigt, D.A.L) dans 87% des cas. Le risque de recevoir un complément dans les premiers jours de vie est multifactoriel, il regroupe la primiparité (RR=1,4), l'accouchement long et difficile (RR=2,25), un terme supérieur à 41 semaines (RR=1,6) et un poids de naissance > 4000g (RR=1,9). A 1 mois, 70% de ces enfants complétés sont encore allaités dont 55% exclusivement, ils sont encore respectivement 51% et 45% à l'être à 2 mois et 47% et 34% à 3 mois. Ces chiffres sont significativement plus bas que ceux des enfants non complétés : 84% et 70% à 1 mois, 69% et 53% à 2 mois et 62,5% et 41% à trois mois. Le devenir de l'allaitement des enfants complétés, en fonction du nombre de compléments reçus pendant leur séjour en maternité, est difficilement interprétable : certains enfants, notamment ceux complétés pour PPE, n'ont reçu qu'un seul complément et ne sont plus allaités à 1 mois, d'autres ayant reçu 10 compléments sont toujours allaités à trois mois.

Conclusions

Nous pouvons penser que l'apport de compléments en maternité est associé à un sevrage précoce. Il n'en est pas néanmoins la cause directe. Le recours aux compléments en maternité est généralement un indicateur de difficultés. Le soutien après la sortie des couples mère enfant présentant un démarrage difficile de l'allaitement est indispensable. Une évaluation de l'efficacité de ce soutien est nécessaire.

Rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement de l'allaitement maternel : le point de vue des mères, le point de vue des généralistes. élaboration d'un outil pratique pour la consultation au quotidien, « le passeport pour l'allaitement ».

*Dr Laure Avilès, médecin généraliste, 57220 Bionville-sur-Nied,
Dr Isabelle Zix-Kieffer, pédiatre, service de pédiatrie, Hospitalor 57500 St-Avold
Groupe ALLAITER en Moselle-Est, membre du Réseau Périnatal Lorrain*

Objectifs

Evaluer la place du médecin généraliste dans l'accompagnement de l'allaitement maternel, en confrontant les points de vue des mères et des médecins.

Méthodes

Double enquête d'opinion par questionnaires (thèse de Doctorat en Médecine Générale, Nancy). 84 médecins de Moselle ont rempli le questionnaire, soumis lors de soirées de FMC (octobre à décembre 2005). Le questionnaire destiné aux patientes a été diffusé sur Internet par le biais de listes et de forums de discussion consacrés à l'allaitement et au maternage en novembre et décembre 2005 : 122 femmes ayant une expérience d'allaitement ont été volontaires pour y répondre.

Résultats

Cette enquête met en évidence des discordances entre le discours des médecins et celui des mères : 13% des mères seulement déclarent avoir reçu une information sur l'allaitement pendant leur grossesse, alors que 76% des médecins disent informer systématiquement leurs patientes enceintes. Seules 17% des mères estiment que le rôle de leur médecin a été positif, alors qu'elles ont été 89% à consulter pendant leur allaitement (tous motifs confondus). Seules 46% des femmes estiment que leur projet d'allaitement a été respecté. 59% n'ont pas reçu les réponses à leurs questions. La fiabilité des réponses données par les médecins est mise en doute par les mères dans 49% des cas, et le besoin de formation exprimé par les médecins semble conforter cette opinion : 55% des médecins estiment qu'une formation spécifique sur l'allaitement leur serait utile pour leur pratique. 83% se montrent favorables à la diffusion d'un outil de consultation regroupant, sous la forme d'un livret, les questions qui se posent le plus fréquemment à propos de l'allaitement maternel. 97% des médecins intéressés souhaitent des recommandations pratiques pour l'accompagnement de l'allaitement et 80% sur des conduites à tenir en situation pathologique. Pour répondre à cette demande, le « passeport pour l'allaitement » et le « livret du médicament pour les femmes qui allaitent » sont actuellement en cours d'élaboration par le groupe Allaiter en Moselle-Est, regroupant des professionnels de santé et des parents. Il se veut plus axé sur la pratique quotidienne de l'allaitement que les recommandations de l'ANAES, tout en se basant sur ces recommandations et des données scientifiques récentes. Les moyens de formation possibles sont le DIU de lactation humaine (Grenoble, Brest et Lille), la formation des consultant(e)s en lactation, les formations d'organismes spécialisés, les formations continues sous forme de journées régionales, nationales et internationales d'allaitement maternel, les SMAM, mais elles nécessitent un investissement financier et en temps. Une amélioration des formations au cours des deuxième et troisième cycles des études médicales paraît également indispensable.

Conclusion

Les femmes font souvent appel à leur médecin généraliste pendant leur allaitement, peut-être pour pallier la carence de transmission intergénérationnelle. La formation actuelle des médecins est cependant insuffisante pour répondre aux questions générales et spécifiques qu'elles se posent. L'outil en cours d'élaboration répond à un besoin clairement exprimé, et se veut pratique, facile à consulter, utilisable « en direct » lors de toute consultation. Il nécessite une validation avant sa diffusion, une évaluation, et pourra faire l'objet de présentations ultérieures.

Évaluation des pratiques professionnelles concernant l'accueil des nouveau-nés en salle de naissance

M. Begoc
Ecole de sages-femmes de BREST, CHU-UBO. Brest

Introduction

Afin de faciliter l'adaptation néonatale en respectant la continuité sensorielle transnatale, les pratiques d'accueil des nouveau-nés bien portants ont été modifiées en l'an 2000. Le peau à peau précoce et prolongé a été encouragé ; les soins de routine ont été reconsidérés et réorganisés.

Objectifs

Evaluer les pratiques professionnelles en matière d'accueil des nouveau-nés en salle de naissance au CHU de Brest. Proposer un nouveau protocole visant à améliorer ces pratiques.

Méthodes

Audit clinique réalisé par 50 observations prospectives des pratiques professionnelles pendant les deux heures du post-partum immédiat. Création d'un groupe de travail pour participer au recueil de données au moyen de grilles d'observation à remplir pour chaque nouveau-né.

Résultats

98% des nouveau-nés ont bénéficié du peau à peau précoce en salle de naissance. La durée moyenne de peau à peau était de 88 minutes et celle du peau à peau sans interruption de 61 minutes. Pour les enfants nés par césarienne, un contact peau à peau avec le papa était proposé. 73% des femmes incluses dans l'étude avaient choisi l'allaitement maternel et 37% l'allaitement artificiel. Parmi les bébés nourris au sein, 91% l'étaient dans la première heure du post-partum. Parmi les enfants nourris au biberon, ce taux était de 64%. 34% des nouveau-nés ont subi une désobstruction des voies aériennes supérieures, elles étaient toutes justifiées par la situation clinique de l'enfant. 52% des enfants ont été aspirés pendant le post-partum immédiat. Ces résultats sont biaisés puisque 50% d'entre eux étaient inclus au même moment dans un protocole de recherche exigeant une aspiration gastrique. 78% des soins de routine ont été réalisés à l'arrêt du peau à peau et 22% au cours d'un soin. Pour ces derniers, les bébés n'ont pas été habillés de façon à pouvoir retourner contre leur mère après les soins. 14% des enfants n'ont pas eu d'examen clinique avant de quitter la salle d'accouchement. La surveillance clinique est généralement effectuée par plusieurs personnes ; sa fréquence moyenne n'a pas pu être évaluée avec certitude mais semble devoir être améliorée.

Conclusion

L'équipe obstétricale offre un accueil physiologique aux nouveau-nés à chaque fois que cela est possible. Malgré de bons résultats, des améliorations doivent être apportées notamment : renforcement de la sécurité des couples mère-enfant pendant le post-partum immédiat (fréquence et modalités de surveillance, examen clinique systématique) ; allongement de la durée du peau à peau pour les enfants non allaités même si interruption nécessaire. De nouvelles recommandations seront proposées, communiquées au personnel et réévaluées ultérieurement.

Médicaments et allaitement : comment choisir ?

I.Zix-Kieffer¹, G.Gremmo-Féger²

Les enjeux de l'allaitement maternel sont considérables : enjeux pour la santé maternelle (moindre perte sanguine, perte de poids facilitée, meilleure estime de soi, diminution de l'ostéoporose, des cancers du sein, ovaires, utérus), enjeux pour la santé infantile (prévention d'infections ORL, bronchiques, intestinales, prévention de certaines allergies, moindre incidence d'intolérance au gluten, de maladies inflammatoires du tube digestif, de diabète insulino-dépendant, forte suspicion d'une moindre incidence de certains lymphomes et certaines leucémies, moindre risque d'obésité, de carence en fer, optimisation du développement psychomoteur, du développement visuel...), enjeux de santé publique (diminution des dépenses de santé infantile et maternelle, moindre absentéisme parental...). Nous sommes très loin en France des recommandations de l'OMS pour une alimentation optimale de nos nourrissons: allaitement maternel exclusif pendant 6 mois, puis apport de lait de mère jusqu'à au moins 2 ans.

Une des causes d'arrêt prématuré d'un allaitement est la prescription médicamenteuse à la mère. Notre source d'information essentielle est insuffisante: les RCP du VIDAL sont surtout à visée médico-légale, et ne fournissent pas une information fiable et complète concernant l'allaitement. Pour choisir un médicament chez la femme qui allaite, il faut connaître les déterminants du passage lacté: seule la fraction libre et non ionisée du médicament passe dans le lait maternel. Le médicament peut quitter le lait pour retourner dans le plasma. On estime que maximum 1% de la dose maternelle arrive chez l'enfant. Une forte liaison aux protéines rend la fraction libre très faible et le passage dans le lait minime. Un grand poids moléculaire (>1000- 5000 daltons: insulines, héparine, héparine de bas poids moléculaire, immunoglobulines...) rend impossible le passage vers le lait. Une faible biodisponibilité orale (formes gastro-résistantes des médicaments (oméprazole), morphine, aciclovir...) empêche l'absorption du médicament sous sa forme libre par le tube digestif de l'enfant. Il faut préférer les médicaments à demi-vie courte, sans métabolites actifs, et proposer la prise du médicament juste après la tétée.

Tout produit dans le lait n'est pas dangereux pour l'enfant: les médicaments couramment utilisés en pédiatrie à doses thérapeutiques ne sont pas nocifs aux doses administrées via le lait de mère. Le risque d'une sensibilisation de l'enfant à un médicament via le lait de mère, ou de troubles digestifs mineurs (antibiotiques modifiant la flore intestinale), est compensé par les immenses avantages que lui offre un allaitement prolongé. L'ANAES recommande plusieurs ouvrages de référence pour faire un choix éclairé et constituer un arsenal thérapeutique adapté. A de très rares exceptions près, il est actuellement toujours possible de trouver une alternative compatible avec la poursuite de l'allaitement maternel. Les meilleurs choix dans les classes thérapeutiques des antibiotiques, antifongiques, antiviraux, antidépresseurs, anxiolytiques, anti-hypertenseurs, antalgiques sont présentés. Des données récentes* montrent que la nocivité du lait de mère, sous prétexte de traitement maternel, a été largement surestimée.

La règle d'or doit être: la prescription de médicament s'adapte à l'allaitement, et non l'inverse.

¹ Pédiatre, consultation d'allaitement maternel, service de Pédiatrie, Hospitalor, St-Avold

² Praticien Hospitalier, CHU du Morvan, service Maternité, Brest

* Gremmo-Féger G et al: Allaitement maternel et médicaments. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (Paris). 2003 Sep;32(5):466-75.

Regards des adolescents sur l'allaitement maternel enquête auprès de 350 lycéens

M. Rihet¹, B. Branger², C. Michalewicz³, A. Dabadie⁴

Introduction

Les études épidémiologiques sur les motivations de l'allaitement maternel s'accordent pour constater que le choix d'allaiter est fait longtemps avant la grossesse elle-même.

Objectifs

Le but de l'étude était de déterminer les représentations des adolescents sur l'allaitement maternel, les connaissances médicales sur les bénéfices de l'allaitement, leur choix pour leurs futurs enfants et les moyens d'informations auxquels ils sont sensibles.

Matériel, méthodes

L'étude a été réalisée auprès d'un échantillon de 350 lycéens (garçons et filles) représentatif des lycéens du département de Loire Atlantique, au moyen d'un questionnaire portant sur le choix d'allaiter ou non, les connaissances sur les bénéfices de l'allaitement, les opinions sur l'allaitement maternel, les moyens d'information sur le sujet.

Résultats

45% des adolescents déclarent souhaiter allaiter leur enfant. Leurs caractéristiques sont les suivantes : avoir été allaité, se voir en photo au sein, être d'un milieu favorisé, urbain, dans l'enseignement général, avoir des connaissances sur l'allaitement, en parler, avoir vu des mères allaiter, et avoir un ressenti positif sur l'allaitement.

Les adolescents indécis (42%) ont de bonnes connaissances sur l'allaitement mais n'ont pas un environnement favorable, en particulier une «culture familiale» de l'allaitement maternel.

La caractéristique des adolescents ne souhaitant pas allaiter (13%) est la méconnaissance tant intellectuelle, qu'environnementale et affective de l'allaitement.

Le moyen d'information sur l'allaitement classé comme le plus pertinent est la conférence débat par un intervenant extérieur au lycée.

Conclusions

L'allaitement est culturel. L'histoire individuelle et l'environnement influent sur le choix. Posséder des connaissances permet un choix éclairé et une conduite correcte d'allaitement mais ne détermine pas le choix. L'information des adolescents est primordiale, et doit faire partie d'un programme de promotion de l'allaitement auprès des soignants, des parents et de la population générale.

¹ Médecin généraliste Rennes.

² Pédiatre Naître ensemble Pays de Loire.

³ Médecin scolaire Nantes.

⁴ Pédiatre CHU Rennes

Partenaires de la 3^e Journée nationale de l'allaitement

Cette journée a été organisée en étroite collaboration avec le Conseil général du Finistère que nous tenons tout particulièrement à remercier pour son partenariat fidèle avec Co-naître®.

Nos sincères remerciements vont aussi

- à la Ville de Brest pour son soutien, ainsi que son accueil cordial
- au Conseil régional de Bretagne pour sa participation.

Merci à Emmanuelle BLIN pour avoir mis à notre disposition son exposition de photos «Les bambins et le sein»
<http://maternage.free.fr>

Nous remercions également le Crédit Agricole du Finistère, ainsi que les laboratoires BAYER et la société ALMAFIL pour leur aimable contribution.



Liste des exposants

- **IPSN / Formations Co-naître®**
 - **CoFAM** <http://www.coordination-allaitement.org>
 - **Solidarilait** <http://www.solidarilait.org>
 - **LLL France** <http://www.lllfrance.org>
 - **CREFAM** <http://www.crefam.com>
 - **IPA** <http://perso.wanadoo.fr/ipa>
 - **Peau à Peau** <http://www.peau-a-peau.be>
- **Librairie Dialogues Brest** <http://www.dialoguesenligne.com>
- **Laboratoires Aderma - Pierre Fabre**
 - **Almafil** <http://www.almafil.com>
 - **Anita** <http://www.anita.com/fr/fr>
- **Laboratoire Bayer branche santé familiale** <http://www.bayersantefamiliale.fr/>
- **Kaweko** <http://kaweco.de>
- **Mamanana** <http://www.mamanana.com>
- **Medela** <http://www.medela.fr>
- **Tebalou** <http://www.tebalou.com>

Crédit photographique

1^{ère} de couverture / droite : Emmanuelle Blin

1^{ère} de couverture / gauche : Hervé Vincent / AVECC
DigitalVision/GoodShoot

Conception

Conseil général du Finistère - Direction de la communication