



Conférence donnée lors
Journée Nationale pour l'allaitement
A Caen
19 Mars 2004
et texte publié dans
Les Cahiers de la Puéricultrice N°178
Juin 2004

L'Allaitement mixte, est-ce possible ?

Dr Claire LAURENT,
médecin et consultante en lactation IBCLC
Formations Co-naître ®

Résumé :

L'expression « allaitement mixte » n'est pas citée dans les définitions proposées par le groupe de travail de l'ANAES, dans ses recommandations sur l'allaitement, et pas non plus dans les documents et articles internationaux. L'expression utilisée est celle d'allaitement partiel. Elle signifie que les mères veulent tout donner à leur enfant (leur lait, leur sein et ce que la société peut apporter) et que l'enfant a un accès libre au sein. L'allaitement mixte, expression très utilisée en France (qui se situe au dernier rang mondial pour la prévalence et la durée de l'allaitement) désigne l'allaitement maternel associé à l'alimentation avec une préparation pour nourrissons. Les mères qui pratiquent l'allaitement mixte donnent le sein avec des horaires, en limitant souvent les tétées à l'aspect nutritionnel. Cela correspond à notre culture française qui valorise l'alimentation au biberon et la séparation physique de l'enfant et de sa mère.

Un libre accès au sein de l'enfant permet les conditions physiologiques d'un allaitement maternel durable. L'allaitement mixte dès la naissance n'est pas possible puisqu'il y a limitation du nombre des tétées. Il s'agit en fait du début du sevrage. L'allaitement partiel est réalisable mais il peut avoir des conséquences négatives sur la santé des enfants et il diminue la durée totale de l'allaitement.

Pour réussir leur projet d'allaitement, les mères et les pères ont besoin d'être bien informés et bien soutenus. Dans certaines situations, les mères souhaitent un allaitement partiel : en cas de « manque de lait », en cas d'absence ou de fatigue, en cas de reprise du travail. De rares situations médicales peuvent nécessiter un allaitement partiel. Nous verrons comment faire face à toutes ces situations.

La plupart des médecins ne sont pas formés à l'accompagnement de l'allaitement, ils sont aussi imprégnés de la culture du biberon et leurs attitudes pratiques sont inadaptées. Les recommandations de l'ANAES sur la pratique de l'allaitement maternel pendant les six premiers mois devraient servir de base à la formation (initiale et continue) des professionnels de santé, afin qu'ils deviennent compétents et que leurs interventions sur l'allaitement se fassent de plus en plus dans un sens de soutien et d'encouragement des mères.

Si vous lisez les recommandations de l'ANAES sur l'allaitement maternel (1), vous trouverez les définitions suivantes : « Allaitement exclusif » quand l'enfant reçoit le lait de sa mère et rien d'autre, « allaitement partiel » quand l'allaitement maternel est associé à une autre alimentation. Pourquoi l'expression « allaitement mixte » n'est-elle pas citée ? Qu'est-ce que l'allaitement mixte ? Est-ce tout simplement un allaitement maternel associé à un autre lait, donc un allaitement partiel particulier ? Ces deux expressions différentes posent question. L'expression « allaitement partiel » prend pour référence l'allaitement maternel qui ne remplit que « partiellement » son rôle. Dans l'expression « allaitement mixte », il y a une notion de mélange de deux laits, de deux modes d'alimentation, il y a aussi une notion d'égalité. Cela ne pourrait-il pas conduire à une confusion entre deux comportements différents ?

La plupart des sociétés traditionnelles « imposent » aux enfants dès la naissance des boissons et/ou des aliments marqueurs de leur culture. La norme est l'allaitement maternel et la plupart des mères donnent très fréquemment le sein (dès que leur enfant le cherche). Les compléments sont donnés en plus et non à la place des tétées. La nature des compléments est

dictée par les habitudes traditionnelles, associées aux influences « modernes » (2).

Ces mères qui pratiquent l'allaitement partiel veulent tout donner à leur enfant (leur lait, leur sein et ce que la société peut apporter) (3) : **l'allaitement partiel est donc un allaitement maternel avec accès libre de l'enfant au sein (dès qu'il le cherche), et des compléments de nature variable.**

Dans le rapport de l'UNICEF 2002 (4), on note en moyenne 52% d'allaitement exclusif de 0 à 4 mois, dans le monde, avec une grande variabilité selon les pays et leurs habitudes culturelles.

Dans les pays industrialisés, l'allaitement est plus souvent exclusif, mais il est plus rapidement arrêté. La France est classée dernière (avec l'Irlande) pour la prévalence de l'allaitement à la naissance (fig. 1). L'enquête périnatale de 1995 (5) donnait une prévalence d'allaitement pour la France métropolitaine de 51,6% à la sortie de maternité (40,5% exclusif et 11,1% mixte). En 2002, la France arrive à 54,5% (d'après les certificats de santé des nouveau-nés).

- **L'expression « allaitement mixte » est peu utilisée au niveau international, mais très souvent en France, d'où vient-elle ?**

Souvenons-nous que la France est le pays des nourrices, nulle part ailleurs ce phénomène n'a connu une telle ampleur. A mon avis, il est le signe qu'en France, on peut séparer un enfant de sa mère (et de son père), que l'enfant peut être élevé par une autre mère car les obligations sociales des parents étaient plus importantes.

Le terme d'allaitement mixte apparaît en 1806 (6), sous le titre de H. de Montgarny : « Méthodes d'allaitement artificiel simple et d'allaitement mixte ».

En 1898, H. de Rothschild, médecin, débute son livre de 650 pages (7) intitulé « L'allaitement mixte et l'allaitement artificiel » par cette phrase: « Lorsque l'allaitement au sein, toujours préférable, est insuffisant ou impossible, on est obligé d'avoir recours à l'allaitement mixte ou à l'allaitement artificiel ». Et plus loin, il propose de « régler l'allaitement ... toutes les deux heures pendant le jour et une fois pendant la nuit, ... au sein ou au biberon. On obtient ainsi de huit à neuf tétées en 24 heures... et il faut peser le nourrisson avant et après chaque tétée ».

Au XX^{ème} siècle, cette réglementation s'est renforcée peu à peu, avec une diminution de la fréquence des tétées « autorisées » et une augmentation du volume requis à chaque tétée, le modèle étant celui de l'alimentation au biberon (8).

La société de consommation a donné (et donne encore) l'illusion que les objets peuvent remplacer les parents dans leur fonction. Les fabricants de préparations pour nourrissons s'appuient sur cette culture pour présenter leurs produits comme proches et même équivalents du lait maternel et du sein (9). En utilisant des expressions telles que : « le lait maternel ou infantile est le seul aliment adapté..., la tétée au biberon..., sein ou biberon à la demande..., l'allaitement mixte, alternant le biberon et le sein... », ils entretiennent une confusion entre l'allaitement maternel et l'alimentation au biberon. Pour ces deux modes d'alimentation, ils proposent de respecter des règles de fréquence (pas moins de deux heures entre les repas, diminuer progressivement le nombre), et de quantités (qui augmentent régulièrement). Nous le verrons, ces règles sont inadaptées à la physiologie de la lactation.

Pour protéger les parents des effets de cette publicité, la législation française impose certaines mentions indiquant l'éventuel effet négatif sur l'allaitement au sein d'une alimentation partielle au biberon sur les boîtes de lait et les livrets d'information (10).

- **Quelles sont les recommandations actuelles des pédiatres ?**

Un article de 2003 du Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie (11) décrit la réalisation pratique de l'alimentation du nourrisson. L'allaitement maternel y est présent durant toute la première année :

- De 0 à 5 mois, l'allaitement maternel est proposé sans préciser le nombre de tétées, ou l'alimentation au biberon avec les quantités et le nombre de biberons correspondant; il est proposé de débiter la diversification entre 4 et 6 mois.
- De 5 à 12 mois, l'allaitement maternel est proposé sous forme de 3 tétées (de 5 à 7 mois) puis 2 tétées (de 7 à 8 mois), puis 1 tétée le matin (de 9 à 12 mois).

- Après 1 an, l'allaitement maternel n'est pas mentionné.

La « norme » pédiatrique actuelle est donc un allaitement maternel exclusif de 4 à 6 mois, suivi d'un sevrage progressif sur 6 mois.

Malgré ces recommandations pédiatriques récentes et celles de l'ANAES (1), prédomine encore en France une culture d'allaitement à horaires réguliers, avec des tétées de plus en plus espacées au fil des semaines, supprimées la nuit dès que possible. Beaucoup de mères (et de professionnels) voient comme un progrès de l'enfant la réduction régulière du nombre de tétées et de leur durée. **L'allaitement mixte, expression très utilisée en France, désigne donc l'allaitement maternel associé à l'alimentation avec une préparation pour nourrissons, avec un nombre (et une durée) de tétées allant en diminuant au fil des mois.**

Les mères qui pratiquent l'allaitement mixte ou l'allaitement exclusif avec des horaires veulent souvent limiter l'allaitement à son rôle nutritionnel. Ces mères veulent pouvoir être remplacées dans leur rôle, et donner de « bonnes habitudes » à leur enfant (j'entends là des habitudes conformes à nos normes sociales). Mais l'allaitement ne fonctionne pas bien de cette manière là ! La pratique d'un allaitement à horaires fixes est associée à une réduction de la durée de l'allaitement (pour Labarère RRA = 1,78, pour Ego arrêté à 1 mois 32% versus 18%, $p = 0,01$) (12,13).

- **Pourquoi l'allaitement mixte n'est-il pas possible pour la mise en route de la lactation ?**

La lactation marche selon le principe de l'offre et de la demande : « Plus le sein est stimulé et plus il synthétise de lait ou bien, plus l'enfant tète et plus le sein produit de lait ».

Le 1^{er} mois, le volume de lait augmente beaucoup surtout la 2^{ème} semaine pour atteindre rapidement 700 à 800 ml par jour; les mères ont besoin en moyenne de 8 à 10 tétées par jour pour obtenir ce volume, certaines ont besoin de plus, d'autres de moins. Leur capacité à « donner du lait » à chaque tétée (aussi appelée « capacité de stockage du sein ») est variable.

Après le 1^{er} mois le volume de lait est assez stable; mais il existe pour chaque mère un "seuil de fréquence" des tétées (très variable d'une mère à l'autre) qui permet d'entretenir la lactation. En dessous de ce nombre minimal, la lactation risque de diminuer avec une involution de la glande mammaire si la mère n'augmente pas le nombre de tétées (14,15).

Ne pas limiter le nombre et la durée des tétées permet d'établir une lactation adaptée aux capacités de la mère qui sont inconnues au démarrage.

Une mère qui souhaite donner 1 ou 2 biberons par jour dès la naissance, dans le cadre d'un allaitement à horaires réguliers et espacés, ne parviendra pas à établir une lactation durable. En fait cette mère débute le sevrage de son enfant dès la naissance... Cette mère ne peut réussir à démarrer et à maintenir une lactation qu'à la condition de laisser son enfant téter autant qu'il le souhaite, en dehors du ou des biberons institués. Il s'agit alors d'un allaitement partiel. Même en débutant l'allaitement mixte après 2 mois, il sera difficile de maintenir la lactation, si l'enfant ne peut pas téter autant qu'il veut quand il est avec sa mère.

Dans une étude Suédoise sur 506 mères allaitant exclusivement (16), Hörnell a montré cette grande fréquence des tétées (4 à 15 tétées par 24h à 1 mois, 6 à 11 à 6 mois, beaucoup de mères étant entre 6 et 9 tétées quel que soit l'âge de l'enfant). La durée journalière des tétées diminuait régulièrement et beaucoup de 0 à 6 mois.

- **Du côté de l'enfant, est-il capable de s'adapter à l'allaitement mixte ?**

Les effets des préparations pour nourrissons sur les fonctions métaboliques et la santé de l'enfant sont bien décrits par Renfrew (17) : Modification de la flore intestinale, pas d'apport d'IgA ni d'agents anti-infectieux, risque infectieux et risque allergique augmentés, risque d'intolérance aux protéines du lait de vache... Selon leurs facteurs de risque et leur état de santé, certains enfants auront du mal à s'adapter à une alimentation mixte. Les recommandations de l'ANAES (1) nous rappellent que : « L'effet protecteur de l'allaitement maternel est dépendant de sa durée et de son exclusivité ».

Les effets des biberons sur l'allaitement sont qualifiés actuellement de « préférence biberon-sein » (17,18), qui peut être due :

- à des difficultés de succion de certains enfants après avoir pris des biberons
- au stimulus du palais par la tétine qui induit le réflexe de succion
- au flux du lait plus régulier au biberon qu'au sein

Et l'enfant ne tète pas seulement pour se nourrir, mais aussi pour satisfaire ses besoins de succion et de contact corporel, pour retrouver son calme quand il est en éveil agité. Si l'accès au sein est limité, il peut lui être difficile de s'adapter (19).

Dans la pratique, si elle est avertie de ces risques, la mère peut acquérir un savoir-faire lui faisant supprimer les biberons pendant quelques jours si le bébé refuse le sein, lui permettant de sentir ce que fait le bébé et de s'adapter. Mais elle n'est pas à l'abri d'un refus brutal, catégorique et persistant auquel il sera difficile de faire face.

- **Du côté du père, comment voit-il et vit-il l'allaitement mixte ou partiel ?**

Le père de l'enfant est aussi compagnon de la femme. Les couples qui souhaitent un allaitement mixte le veulent-ils pour préserver leur relation ? Que change dans cette relation le fait que l'allaitement soit exclusif ou mixte ? L'allaitement mixte comme l'alimentation artificielle serait signe d'une conception égalitaire de la place des 2 parents, chacun apportant les « mêmes soins » à l'enfant. Quand les parents disent qu'ils souhaitent l'allaitement mixte pour faire participer le père à l'alimentation de l'enfant, c'est souvent parce qu'ils cherchent à définir la place de chacun auprès de leur enfant, aidons-les à y réfléchir.

L'allaitement partiel, comme l'allaitement exclusif, s'intègre dans une conception identitaire, la mère donnant le sein pour son apport nutritionnel et relationnel, le père donnant d'autres soins, à sa manière, occasionnellement un biberon ou un repas qui introduit déjà l'enfant vers le monde social. « Ma femme avait besoin que je lui dise qu'elle faisait bien d'allaiter,... l'allaitement, c'est le plus beau cadeau que vous pouvez faire à votre enfant... » Les paroles de ce

père me semblent bien poser la place du père et du compagnon.

- **Alors, l'allaitement mixte ou l'allaitement partiel sont-ils possibles ? et à quelles conditions ?**

D'après la physiologie de base de la lactation, les compétences et besoins du nourrisson, le regard du père sur l'allaitement et la durée des différentes formes d'allaitement, il apparaît que des tétées « suffisamment » fréquentes (ayant la possibilité d'augmenter en cas de baisse de lait), soit un libre accès au sein de l'enfant, sont les conditions d'un allaitement maternel durable.

L'allaitement mixte dès la naissance est-il possible ? Il semble bien que non puisqu'il y a limitation du nombre des tétées. Il s'agit en fait du début du sevrage.

L'allaitement partiel est-il possible ? Il semble que oui pour la lactation des mères, même s'il n'est pas souhaitable (conséquences négatives sur la santé des enfants, risque de préférence biberon-sein, influence sur la durée totale de l'allaitement). Il semble pourtant qu'il soit inévitable dans de nombreuses cultures ou situations particulières.

Evidemment, dans la pratique, les parents vivent des situations moins tranchées que cette approche théorique, mais s'ils sont bien informés, ils seront capables de mener l'allaitement de leur enfant à leur manière et aussi longtemps qu'ils le souhaitent. Même là où les mères sont bien soutenues par les professionnels de santé, le soutien supplémentaire de mère à mère est « efficace » pour la durée de l'allaitement exclusif et la satisfaction des mères (20). Les professionnels de santé ont intérêt à collaborer avec les associations de soutien entre mères, s'ils souhaitent vraiment aider les mères. De plus en plus d'associations de mères ont gagné la confiance des professionnels de santé. Là où la collaboration est effective, la prévalence et la durée de l'allaitement exclusif augmentent rapidement (Macquart a constaté une prévalence multipliée par 2 et une durée multipliée par 1,5

comme effet d'un programme conjoint de 17 mois) (21).

- **La pratique de l'allaitement mixte a un effet sur la durée de l'allaitement ?**

En maternité, il semble que les compléments donnés avec raison médicale aient moins d'effet que ceux donnés sans raison médicale (Ekström (22) a noté une durée d'allaitement exclusif de 5 mois versus 6 mois, $p < 0,001$).

Après la sortie de la maternité, la pratique de l'allaitement mixte est liée à une réduction de la durée totale de l'allaitement : Pour Hill (23) l'allaitement mixte en 2^{ème} semaine est lié à un risque relatif de sevrage à 4 mois multiplié par 2 ($p < 0,05$) ; pour Vogel (24) l'allaitement mixte le 1^{er} mois est lié à un risque relatif de sevrage avant la durée médiane de 3,1. L'allaitement mixte est-il la cause de la réduction de durée ? Ou bien les 2 facteurs sont-ils les conséquences d'un état d'esprit de la mère, du père et de la société ? Le lien de cause à effet semble établi par l'étude de Chezem (25) dans laquelle l'allaitement mixte le 1^{er} mois est lié à une réduction de moitié de la durée prévue d'allaitement.

- **Dans quels cas concrets les mères souhaitent-elles un allaitement mixte ou partiel ?**

Dans l'enquête de A. Hugon (26), ces raisons évoluent avec le temps : le premier mois, ce sont surtout l'impression de manque de lait souvent liée aux pleurs du bébé (38,3%), l'absence de la mère (17%) et la fatigue (10,6%); les mois suivants, c'est surtout la reprise du travail qui devient l'élément principal (27% à 2 mois, 37% à 3 mois et 60% à 6 mois).

Pour les mères « obligées » de s'absenter de longs moments (reprise du travail...) dès les premiers mois, l'idéal est de pouvoir tirer leur lait. Même si elles ne souhaitent pas tirer leur lait, elles peuvent continuer l'allaitement exclusif jusqu'au jour de la reprise du travail, puis dès qu'elles sont avec leur enfant (soirs, jours de repos...); cela relance la lactation si c'est nécessaire. Pour habituer l'enfant au biberon les parents n'ont pas intérêt à suivre la consigne habituelle « remplacez une tétée par un

biberon », car cela provoque souvent un refus violent et durable de l'enfant qui ne comprend pas ce qui se passe. Il est plus facile de procéder comme pour toute situation nouvelle (alimentation solide par exemple...), c'est à dire de lui présenter le biberon tous les jours, entre les tétées, à un moment où il est calme, jusqu'à ce qu'il accepte de boire un petit peu de lait. On réussit en une dizaine de jours à ce que le bébé boive un grand biberon. Au fil des mois, l'allaitement partiel devient de plus en plus facile.

- **Y a-t-il des situations dans lesquelles l'allaitement partiel est médicalement indiqué ?**

Comme l'a écrit justement G. Gremmo-Feger (15), « l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit » ... Les professionnels de santé sont aussi imprégnés de la culture du biberon. Les prescriptions de la plupart des médecins sont manifestement beaucoup plus influencées par leurs représentations de l'allaitement que par leur connaissance de la physiologie. Pourtant, toutes les indications de compléments devraient pouvoir être argumentées par une raison médicale ou une demande motivée des parents.

L. Marchand-Lucas (27), dans son enquête auprès d'une vingtaine de généralistes parisiens, note que pour 7 des 20 généralistes interrogés, la cause d'une hypogalactie est le désir plus ou moins conscient de la mère d'arrêter l'allaitement ou de ne pas allaiter. Un seul médecin mentionne l'inefficacité de la tétée ! Et l'attitude pratique proposée est la prescription d'un complément pour 10 médecins, le conseil d'augmenter la fréquence des tétées pour 3 sur 20. Certains médecins semblent connaître en théorie « la loi de l'offre et la demande » mais aucun ne l'utilise correctement en pratique. Face à un problème d'allaitement (pathologie de la mère ou de l'enfant), l'arrêt de l'allaitement ou l'apport de compléments fait souvent partie de leurs prescriptions... Les références des médecins sont la prise de poids et l'alimentation au biberon. Ces praticiens n'ont pas plus que les mères les connaissances nécessaires pour relancer une lactation.

La situation la plus fréquente d'insuffisance de lait est due à une demande insuffisante de l'enfant : Il s'agit souvent d'un bébé né 3 à 4 semaines avant terme (ce qui explique le fait qu'il dorme beaucoup), décrit comme très sage par les parents : il tète peu souvent (4 à 5 fois par jour), peu à la fois et se rendort. L'idée reçue est ici « qu'un enfant ne se laisse pas mourir de faim », donc personne ne s'inquiète jusqu'au jour où cet enfant est pesé. Deux ou trois semaines après la naissance on s'aperçoit qu'il n'a pas grossi depuis la naissance, voire même qu'il est nettement en dessous de son poids de naissance. Que faire ?

D'abord, examiner l'enfant et rechercher les signes objectifs d'insuffisance de lait :

- Prise de poids faible ou nulle, poids de naissance non repris à dix jours de vie, ou prise de poids inférieure à 150 grammes par semaine les deux premiers mois.

- Diurèse faible, couches peu mouillées.

- Selles rares, moins de trois selles par jour le premier mois. Après l'âge de quatre semaines, les selles peuvent être de fréquence très variable (six par jour à une tous les dix jours), mais elles sont toujours liquides ou très molles.

Il est important d'accompagner une tétée pour voir la position, la prise du sein (corriger éventuellement en douceur), le déroulement de la tétée et les signes de transfert de lait.

La conduite à tenir proposée par de nombreux professionnels de santé est habituellement établie à partir de manuels médicaux (ou des livrets de l'industrie infantile) prenant pour modèle l'alimentation au biberon, et à partir d'idées reçues venant de la culture populaire. Le résultat en est une prescription malheureuse prenant un ou plusieurs de ces éléments : Pour l'enfant, le peser avant et après la tétée, compléter après chaque tétée ou ajouter 1 ou 2 biberons par jour et ne pas rapprocher les tétées ; pour la mère, bien manger, boire beaucoup et se reposer. Pourtant, la production de lait est sans rapport avec les apports nutritionnels et la quantité de liquides absorbés par la mère (15). Et le stress ajouté par ces prescriptions inadaptées peut inhiber la lactation (28).

Proposer à la mère de stimuler sa lactation en augmentant efficacité, durée et fréquence des tétées pendant 2 à 3 jours fait remonter la lactation. Même si sa mère n'a pas tout à fait assez de lait à une tétée, c'est en faisant plus téter l'enfant (efficacement, souvent et longtemps) qu'elle augmentera sa lactation.

Tous les signes d'insuffisance de lait proposés par la mère (pleurs du soir, tétées longues, seins mous...) sont à discuter en fonction du contexte, ils ne constituent pas, à eux seuls, des signes de « pas assez de lait ». Les pleurs du soir des premiers mois sont souvent interprétés comme un manque de nourriture (19), d'autant plus que cet enfant est allaité et « qu'on ne voit pas ce qu'il boit ». Une évaluation de l'efficacité de l'allaitement est nécessaire mais elle sera souvent normale.

D'autres causes d'insuffisance de lait peuvent être liées à l'efficacité, la durée ou la fréquence des tétées (le bébé est malade, est apaisé par une sucette, il prend mal le sein, la mère utilise des protège-mamelons, ...).

Quelques causes sont liées à la mère : prise de pilule oestro-progestative, prise de médicaments ou de tabac, stress important, antécédents d'intervention chirurgicale de réduction ou d'augmentation mammaire. Dans ce cas, la présence d'une cicatrice péri-aréolaire laisse craindre des lésions de l'innervation des seins, freinant la réaction neuro-hormonale d'allaitement (29). Après une phase d'essai d'allaitement exclusif, si la lactation de la mère est insuffisante, ou bien si elle exige un nombre de tétées très important pour une croissance harmonieuse de l'enfant, il est nécessaire d'avoir recours à des compléments (30). Ces situations peuvent nécessiter la compétence d'un consultant en lactation (31).

Enfin, la croissance des enfants nourris au sein diffère de celle de la référence internationale ; la courbe peu ascendante entre 3 et 12 mois (80 à 130 grammes par semaine - 32). Ces écarts, négatifs au premier abord, amènent à prendre des décisions inadéquates d'allaitement mixte ou de sevrage.

Dans la pratique, il devrait y avoir peu de situations dans lesquelles le professionnel de santé est amené à proposer l'allaitement partiel. L'augmentation du nombre de « consultants en lactation » permettra dans les années à venir de leur adresser les mères qui présentent des difficultés d'allaitement non résolues.

Conclusion

La norme biologique pour l'espèce humaine, actuellement mondialement reconnue, semble celle de l'allaitement exclusif pendant 6 mois, suivi d'une diversification alimentaire très progressive qui constitue un élément de l'ouverture de l'enfant vers l'extérieur. Mais la famille (et les professionnels de santé) sont inscrits dans la culture française actuelle qui valorise l'alimentation industrielle (et ses normes) et la séparation physique rapide de l'enfant avec sa mère. Les « pères actuels », en prenant une place plus grande auprès de leur enfant et de leur compagne, peuvent accompagner cette relation privilégiée d'allaitement et pousser notre société à la respecter. Les associations de mères ont remis à l'honneur cette entraide admirable et efficace, les professionnels de santé (et les responsables de santé) pourraient-ils valoriser leur rôle et s'appuyer sur cette expérience ?

Bibliographie :

- (1) ANAES *Recommandations pour la Pratique Clinique : Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant* Argumentaire sur www.anaes.fr
- (2) Marques N.M. et al *Breastfeeding and early weaning practices in Northeast Brazil: a longitudinal study* *Pediatrics* 2001; 108(4) : e66 (7 pages)
- (3) Van Esterik P. *Contemporary trends in infant feeding research* *Annu. Rev. Anthropol* 2002; 31 : 257-78
- (4) UNICEF *Rapport annuel 2002*
- (5) Crost M., Kaminski M. *L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Enquête périnatale* *Arch Pédiatr* 1998 ; 5 : 1316-26

- (6) de Montgarny H. *Méthodes d'allaitement artificiel simple et d'allaitement mixte* *Hist Soc de méd prat*, XV, Montpellier, 1806 : 349-362
- (7) De Rothschild H. *L'allaitement mixte et l'allaitement artificiel* Paris Masson 1898
- (8) Delaisy de Parseval G. *L'art d'accomoder les bébés* Ed Seuil 1980 (rééd O. Jacob 1998)
- (9) *Guide nutritionnel* Blédina 2002
- (10) *Loi n°94-442 du 3 juin 1994, art 7 Publicité et pratiques commerciales concernant les préparations pour nourrissons et Décret n°98-688 du 30 juillet 1998 pris en application de l'article L. 121-53 du Code de la Consommation* (JO du 08/08/98)
- (11) *Comité de Nutrition de la Société française de Pédiatrie Alimentation du nourrisson et de l'enfant en bas âge. Réalisation pratique* *Arch Pédiatrie* 2003; 10 : 76-81
- (12) Labarère J. et al *Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et de Chambéry* *Arch Pédiatr* 2001 ; 8(8) : 807-15
- (13) Ego A. et al. *Les arrêts prématurés d'allaitement maternel* *Arch Pédiatr* 2003; 10: 11-18
- (14) Hartmann P.E. *Régulation de la synthèse de lait chez les femmes* *Dossiers de l'Allaitement hors série* 2000 : 12-18
- (15) Gremmo-Feger G. *Allaitement maternel : L'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit* *Spirale-ères* 2003 ; 27 : 45-59
- (16) Hörnell A. et al *Breastfeeding patterns in exclusively breastfed infants: a longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden* *Acta Paediatr* 1999; 88: 203-11
- (17) Renfrew M.J., Woolridge M.W., McGill H.R. *Enabling women to breastfeed. A review of practices which promote or inhibit breastfeeding with evidence-based guidance for practice* London: The Stationery Office 2000
- (18) Neifert M., Lawrence R., Seacat J. *Nipple confusion : Toward a formal definition* *J Pediatr* 1995; 126: S125-9
- (19) site www.co-naitre.net avec : Thirion M. *La controverse de la sucette les médecins peuvent-ils avoir un avis ?* et Bayot I. *Mais pourquoi les bébés pleurent-ils? Eveils, pleurs et besoins du tout petit*
- (20) Dennis CL. et al *The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous*

women: a randomized controlled trial *Can Med Assoc J* 2002; 166(1): 21-28

(21) Macquart-Moulin M., Fancello G., Vincent A ; et al Evaluation d'une campagne de soutien à l'allaitement exclusif au sein à un mois *Rev Epidém et Santé Publ* 1990 ; 38 : 201-209

(22) Ekström A. et al Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women *J H Lact.* 2003; 19(2): 172-78

(23) Hill P.D. et al. Does early supplementation affects long-term breastfeeding ? *Clin Pediatr* 1997; 36(6): 345-50

(24) Vogel A., Hutchinson B.L. et al Factors associated with the duration of breastfeeding *Acta Paediatr* 1999; 88(12): 1320-6

(25) Chezem JC. et al Breastfeeding knowledge, breastfeeding confidence, and infant feeding plans : Effects on actual feeding practices *JOGNN* 2003; 32 : 40-47

(26) Hugon-Corbillon A. Allaitement maternel et compléments Thèse pour le Doctorat en Médecine Rouen 2002

(27) Marchand-Lucas L. Le généraliste face aux déterminants de la conduite d'allaitement Thèse pour le Doctorat en Médecine Paris 1998

(28) Lau C. Effects of stress on lactation *Pediatr Clin North Am* 2001 ; 48(1) : 221-34

(29) Souto G.C. The impact of breast reduction surgery on breastfeeding performance *Journal of Human Lactation* 2003; 19(1): 43-49

(30) Soderstrom B. Helping in the woman who has had breast surgery : a literature review *Journal of Human Lactation* 1993; 9(3): 169-71

(31) International Lactation Consultant Association, représentée en France par l'Association Française des Consultants en Lactation formation-secretariat@photokoo.com

(32) Dewey KG. Et al Growth of breastfed infants deviates from current reference data : a pooled analysis of US, Canadian and European data sets *Pediatrics* 1995; 96(3): 495-503

REVUE SPECIALISEE EN France :

Les Dossiers de l'Allaitement
dossiers@lllfrance.org

SITES SPECIALISES :

www.co-naitre.net,

www.coordination-allaitement.org,

www.lllfrance.org,

www.santeallaitementmaternel.com,

www.info-allaitement.org