

**MEMOIRE
POUR LE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE**

**Soutenu publiquement le 10 février 2016
Par Melle Lucile LAURENT**

**Conformément aux dispositions du Décret de 10 septembre 1990
tient lieu de**

THESE EN VUE DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

**L'allaitement maternel : Evolution des pratiques
et recommandations actuelles**

Membres du jury :

Présidente : Madame HANNOTHIAUX Marie-Hélène, Maître de Conférences en Toxicologie et Hygiène, Université Lille II

Assesseur : Madame ROGER Nadine, Maître de Conférences en Immunologie, Université Lille II

Membre extérieur : Madame BUTEZ Cécile, Sage-femme, Centre hospitalier de Chauny

REMERCIEMENTS

A Madame Roger, pour avoir accepté de m'encadrer dans la rédaction de ma thèse. Je vous remercie pour votre soutien, qui m'a beaucoup aidée au cours ces deux années de travail. Je vous remercie également d'avoir consacré de votre temps, pour me conseiller et me guider afin que je puisse réaliser cette thèse,

A Madame Hannotiaux, pour sa présence en tant que présidente de jury. Je vous remercie pour votre bienveillance et votre investissement envers mon travail,

A Cécile qui a répondu présente avec ce grand sourire qui la caractérise si bien,

A mes parents et à mon frère Guillaume qui m'apportent depuis toujours leur affection et leur soutien inconditionnel,

A ma belle-sœur Juliana, mes neveux et nièces Matheus, Louis et Marie pour leur joie de vivre qui m'a aidée dans les moments de doute et de stress,

A Benoît, qui me supporte dans les bons et les mauvais moments,

A May qui m'a apporté sa présence et du courage quand j'en avais besoin,

A ma cousine Justine, d'avoir toujours été ma complice,

A mes compagnes de route dans ce long chemin qu'on appelle « Etudes » : Pauline, Laure et Auriane,

A mes anciens collègues pour leur amitié et leur soutien.

Je dédie cette thèse à mes *grands-parents*, à mon oncle *François*, aux autres membres de ma famille et à mes amis qui m'ont aidée à devenir ce que je suis.



Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>



Université Lille 2 – Droit et Santé

Président : Professeur Xavier VANDENDRIESSCHE
Vice-présidents : Professeur Alain DUROCHER
Professeur Régis BORDET
Professeur Eric KERCKHOVE
Professeur Eric BOULANGER
Professeur Frédéric LOBEZ
Professeur Damien CUNY
Professeur Benoit DEPRez
Professeur Murielle GARCIN
Monsieur Pierre RAVAUX
Monsieur Larbi AIT-HENNANI
Monsieur Antoine HENRY

Directeur Général des Services : Monsieur Pierre-Marie ROBERT

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Doyen : Professeur Damien CUNY
Vice-Doyen, 1^{er} assesseur : Professeur Bertrand DECAUDIN
Assesseur en charge de la pédagogie Dr. Annie Standaert
Assesseur en charge de la recherche Pr. Patricia Melnyk
Assesseur délégué à la scolarité Dr. Christophe Bochu
Assesseur délégué en charge des relations internationales Pr. Philippe Chavatte
Assesseur délégué en charge de la vie étudiante M. Thomas Morgenroth

Chef des services administratifs : Monsieur Cyrille PORTA

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
Mme	CAPRON	Monique	Immunologie
M.	DECAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DINE	Thierry	Pharmacie Clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	DUTHILLEUL	Patrick	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie Clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	Chimie Organique (ICPAL)

Année 2015-2016 (mise à jour 10 novembre 2015)

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BERTHELOT	Pascal	Chimie Thérapeutique 1
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie Clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	Chimie Thérapeutique 2
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences Végétales et Fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences Végétales et Fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie Générale
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie Générale
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences Végétales et Fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
Mme	GRAS	Hélène	Chimie Thérapeutique 3
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie Thérapeutique 2
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY – MAILLOLS	Anne Catherine	Droit et économie Pharmaceutique
Mme	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHÉRAERT	Eric	Droit et économie Pharmaceutique
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire
M	TARTAR	André	Chimie Organique
M.	VACCHER	Claude	Chimie Analytique
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie Organique
M.	MILLET	Régis	Chimie Thérapeutique (ICPAL)

Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique

Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	AGOURIDAS	Laurence	Chimie Thérapeutique 2
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie (90%)
M.	ANTHERIEU	Sébastien	Toxicologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie Cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M	BELARBI	Karim	Pharmacologie

Année 2015-2016 (mise à jour 10 novembre 2015)

M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie Industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie Cellulaire (80%)
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie (80%)
Mme	CHARTON	Julie	Chimie Organique (80%)
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie (80%)
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie Cellulaire
M.	FARCE	Amaury	Chimie Thérapeutique 2
Mme	FLIPO	Marion	Chimie Organique
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
M.	GELEZ	Philippe	Biomathématiques
Mme	GENAY	Stéphanie	Pharmacologie Galénique
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
Mme	HAMOUDI	Chérifa Mounira	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie Thérapeutique 1
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie Pharmaceutique
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	NEUT	Christel	Bactériologie
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	WILLEMAGNE	Baptiste	Chimie Organique
M.	WELTI	Stéphane	Sciences Végétales et Fongiques
M.	YOUS	Saïd	Chimie Thérapeutique 1
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

Année 2015-2016 (mise à jour 10 novembre 2015)

M.	FURMAN	Christophe	Pharmacobiochimie (ICPAL)
Mme	GOOSSENS	Laurence	Chimie Organique (ICPAL)
Mme	LELEU-CHAVAIN	Natascha	ICPAL

Professeurs Agrégés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	MAYES	Martine	Anglais
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie Pharmaceutique

Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie Pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BERTOUX	Elisabeth	Pharmacie Clinique - Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
M.	CUCCHI	Malgorzata	Information Médicale
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	GILLOT	François	Droit et économie Pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	DEKYNDT	Bérengère	Pharmacie Galénique
M.	PEREZ	Maxime	Pharmacie Galénique

***Faculté des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques de Lille***

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

INTRODUCTION	17
CHAPITRE 1 : Historique et physiologie de l'allaitement ...	19
1) Introduction	19
2) L'allaitement maternel, thème récurrent dans les milieux artistiques et religieux	19
a) L'allaitement dans la littérature	19
b) L'allaitement dans les arts plastiques.....	20
c) L'allaitement dans les théologies.....	25
3) Les pratiques de l'allaitement durant l'Antiquité	29
4) Les pratiques de l'allaitement au Moyen-Âge	32
5) Les pratiques de l'allaitement à l'époque moderne	33
6) La pratique de l'allaitement après la seconde guerre mondiale	42
7) Les nourrices	43
8) Définitions	45
9) Théories et croyances sur les propriétés du lait	46
a) Théorie ancienne sur la physiologie du lait.....	46
b) Théories anciennes sur le colostrum	47
c) Croyances sur la bonne conduite des mères allaitantes	47
d) Le lait protecteur et réparateur, remède des maux.....	48
10) Préparation à l'allaitement	49
a) Préparation des seins à l'allaitement.....	49
b) Stimulation de la lactation.....	50
11) Physiologie de l'allaitement	51
a) Structure mammaire et hormones associées	51
b) Les constituants du lait maternel	54
c) Les molécules donnant l'immunité à l'enfant	56
d) La flore de l'enfant.....	56
12) Conclusion	57

CHAPITRE 2 : Promotion de l'allaitement dans la société d'aujourd'hui et à travers le monde.....59

1) Introduction.....	59
2) Les bénéfices de l'allaitement.....	60
a) Alimentation optimale pour l'enfant de 0 à 2 ans.....	61
b) L'allaitement comme outil de contraception pour la mère.....	61
c) Protection immunitaire de la mère vers l'enfant.....	62
d) Bénéfices pour l'état de forme et de santé de la mère	62
e) Réduction du nombre d'infections et de pathologies chez le nourrisson allaité au sein.	63
f) Prévention des maladies chroniques chez le futur adulte.....	64
i) <i>Allaitement et hypertension</i>	64
ii) <i>Allaitement et cholestérol</i>	65
iii) <i>Allaitement et obésité</i>	65
iv) <i>Allaitement et diabète</i>	65
v) <i>Allaitement et allergies</i>	66
vi) <i>Allaitement et cancers</i>	66
g) Moyen de réduire les dépenses de santé d'un état	67
h) Economie pour les familles.....	68
i) Economie pour les employeurs.....	68
j) Amélioration des performances intellectuelles et psychomotrices	69
k) Développement de la mâchoire	70
l) Réduction du risque hémorragique en post-partum.....	71
m) Réduction du risque de dépression chez la mère en post-partum.	72
n) Baisse de la mortalité néonatale	72
o) Développement des nourrissons de faible ou très faible poids de naissance 73	
p) Diminution du sifflement de type wheezing	73
3) Actions mondiales et françaises dirigées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et par la Haute Autorité de Santé (HAS)...	74
a) L'exemple suédois de l'hôpital universitaire d'UPPSALA	74
b) Le code international de commercialisation des substituts de lait maternel (1981).....	75
c) La déclaration Innocenti (1990)	77
d) L'Initiative Hôpitaux Amis des bébés (IHAB), (1992)	79

e) Stratégie mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) à l'initiative de l'UNICEF et de l'OMS	83
f) Recommandations pour la pratique clinique sur la mise en œuvre et la poursuite de l'allaitement maternel (ANAES 2002)	91
g) La CoFAM	91
4) Les professionnels de santé	95
a) Interlocuteurs privilégiés des futures mères	95
b) Formation des médecins	103
c) Les pharmaciens de la métropole lilloise	104
d) Médicaments, matériels et conseils utiles à l'allaitement.....	105
5) Les principales organisations non gouvernementales (ONG).....	109
a) La « Leche League »	109
b) "International Baby Food Action Network" (IBFAN)	109
c) « World Alliance for Breastfeeding » (WABA)	110
d) « International Lactation Consultant Association » (ILCA).....	110
e) "The Academy of breastfeeding medicine"	111
6) Les associations d'aide et de soutien à l'allaitement de la région de la métropole Lilloise.....	111
a) Le réseau OMBREL : Organisation Mamans Bébé de la Région Lilloise	111
b) L'Association des Lactariums de France (ADLF)	112
c) SOLIDARILAIT NORD.....	115
d) ARPAL : L'Association Relais Parentalité Allaitement.....	115
7) Conclusion	116

CHAPITRE 3 : Pratiques et constats sur la situation actuelle

1) La pratique de l'allaitement dans les années 1970	117
a) Pratiques professionnelles	117
b) Témoignage d'une mère à propos de son allaitement en 1978.....	118
c) Facteurs majeurs influençant l'allaitement dans les années 1970.....	119
<i>i) Les facteurs psychosociaux.....</i>	<i>119</i>
<i>ii) Les facteurs pratiques.....</i>	<i>119</i>
<i>iii) Les facteurs régionaux.....</i>	<i>120</i>
<i>iv) Les facteurs liés à la mère</i>	<i>120</i>
<i>v) Facteurs liés à l'enfant</i>	<i>121</i>

vi) Facteurs liés à l'information prénatale et postnatale.....	121
vii) Complications locales rencontrées lors de l'allaitement.....	121
2) L'allaitement maternel dans le monde actuel.....	122
a) Bilan sur la situation actuelle.....	122
b) Au Québec.....	124
c) En France.....	124
d) Facteurs influençant actuels.....	125
i) La promotion des préparations pour nourrissons.....	125
ii) Le corps médical.....	125
iii) Le milieu de vie et les facteurs psycho-sociaux.....	126
iv) Le niveau d'éducation.....	127
v) L'âge de la mère.....	128
vi) Les intentions prénatales de la mère.....	128
vii) Conventions, recommandations et code du travail encadrant l'allaitement maternel.....	129
viii) La vision du corps de la femme dans la société moderne.....	131
ix) L'origine régionale et ethnique.....	133
x) La situation conjugale.....	136
xi) Les contraintes alimentaires et médicamenteuses pour la mère.....	136
xii) La parité.....	139
xiii) Le mode de conception et l'expérience de l'accouchement.....	139
xiv) L'état de santé de la mère.....	140
xv) L'état de santé du nourrisson.....	144
xvi) Le tabagisme.....	145
xvii) Le manque de lait.....	145
xviii) Les répercussions négatives possibles sur la santé de la mère.....	145
xix) Contre-indications à l'allaitement au sein.....	146
xx) Les alternatives en cas d'allaitement impossible.....	146
xxi) Les informations prénatales.....	146
xxii) Exemple du réseau de santé en périnatalité des pays de la Loire.....	147
3) Les préparations de lait industrielles et la réglementation en vigueur.....	148
a) Introduction.....	148
b) Décret n°98-688 du 30 juillet 1998.....	149
c) Directive 2006/141/CE de la Commission Européenne relative aux préparations pour nourrissons et les préparations de suite.....	149
d) Arrêté du 11 avril 2008.....	150
e) Réglementation de l'industrie du lait au niveau mondial.....	152

f)	Historique de l'usage des préparations pour nourrissons.....	153
g)	La publicité en pratique et application de la loi	155
h)	Composition des préparations pour nourrissons et effet sur la santé	157
	<i>i) Protéique.....</i>	157
	<i>ii) Lipidique</i>	158
	<i>iii) Autres constituants</i>	158
	<i>iv) Utilisations thérapeutiques</i>	159
	<i>v) Raisons médicales acceptables pour donner des compléments alimentaires aux nourrissons allaités</i>	160
4)	Croyances et idées reçues sur l'allaitement.....	161
a)	A propos de l'allaitement au sein.....	161
b)	Quelques exemples de croyances rencontrées encore aujourd'hui	162
5)	Allaitement et Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH)	163
a)	Taux de transmission de la mère à l'enfant et facteurs de risque.....	163
b)	Mécanisme présumé de transmission	164
c)	Prévention de la transmission du virus VIH	165
d)	Prévention de la malnutrition	166
e)	Directives de 2010 de l'UNICEF dans la prévention de la contamination de l'enfant de mères séropositive.	166
f)	Schéma thérapeutique de prophylaxie	168
g)	Traitement du lait maternel en cas de séroposativité	169
h)	Conclusion.....	169
	CONCLUSION	171
	FIGURES ET TABLEAUX	173
	LEXIQUE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS	179
	BIBLIOGRAPHIE	183

INTRODUCTION

L'allaitement maternel a toujours été plébiscité par l'Homme depuis des millénaires. Cependant, il existe une certaine ambivalence en ce qui concerne le rapport de la femme à cette pratique, dans la société moderne. L'allaitement au fil des âges a toujours été sous l'influence des règles de bienséance, des connaissances scientifiques et de la moralité sociale. L'allaitement garde un enjeu politique, sociétal et familial. C'est pourquoi, il est important de considérer son histoire afin de comprendre les jugements actuels et le regard porté sur la femme. L'allaitement maternel est devenu aujourd'hui pour certaines femmes un défi à relever. L'aspect naturel est souvent relégué au second plan, à tel point qu'il fait souvent l'objet d'un stress important pour les jeunes mères. C'est pourquoi depuis le début des années 1990, des mesures nationales et internationales ont été prises. Elles visent à aider et encourager l'allaitement, en apportant le soutien nécessaire aux familles, grâce à l'accès à des équipes professionnelles compétentes.

Les Etats ont aujourd'hui les moyens nécessaires, pour protéger la nutrition des nouveau-nés, de l'influence financière de l'industrie des préparations pour nourrissons. Ceci est possible grâce à une législation en faveur de l'allaitement maternel. Chaque pays doit veiller à l'application du Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel. Durant la 55ème Assemblée Mondiale de la Santé, tenue à Genève en 2002, la supériorité de l'allaitement maternel a été réaffirmée. Les recommandations actuelles sont : l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois et la poursuite jusqu'à l'âge de 2 ans. L'introduction d'autres aliments doit être progressive et adaptée à l'enfant.

L'évolution du statut de la femme dans la société a révélé l'importance d'instaurer une législation pour faciliter la poursuite de l'allaitement pour celles qui souhaitent reprendre le travail. Il est nécessaire de protéger l'allaitement dans toutes les situations et notamment dans les situations d'urgence. Dans ce but, la résolution de l'OMS de 2002 recommandait vivement, à chaque pays qui ne l'avait pas encore fait, de créer un comité multisectoriel d'action pour l'allaitement. Ce comité est chargé de mettre en œuvre des actions de protection et de promotion. Dans les pays développés le choix de ne pas allaiter ne met plus la vie de l'enfant en danger. Ce n'est pas le cas dans une grande partie du monde, où la survie d'un nouveau-né dépend toujours de la capacité de sa mère à allaiter.

Pour comprendre la complexité de la décision d'allaiter ou non, il est nécessaire de considérer l'ensemble des aspects qui influencent ce choix. L'allaitement ne bénéficie malheureusement pas, dans notre société, de la même valorisation que la grossesse. Il est aujourd'hui important de considérer chaque mère comme un cas unique, car elle est confrontée à des problèmes et des enjeux personnels. Le pharmacien d'officine, dans la limite de ses compétences, doit mettre à profit chaque rencontre avec les futures mères pour délivrer ses informations et conseils.

CHAPITRE 1 : Historique et physiologie de l'allaitement

1) Introduction

L'allaitement maternel est une pratique en constante évolution depuis des siècles à travers les récits et les iconographies. On a pu suivre cette évolution à travers la représentation de cet acte dans les sociétés anciennes et modernes. L'allaitement au sein est un des enjeux de santé publique, et donc politique au niveau mondial et national. Ceci implique qu'il doit trouver sa place au sein des familles dans notre société. L'histoire est indispensable pour comprendre la réputation actuelle de l'allaitement maternel et les jugements portés face à cette pratique. Le choix de l'allaitement maternel par la mère dans une famille se fait selon l'époque en fonction du contexte sociale, politique et culturel. Aujourd'hui en raison de l'évolution du statut des femmes, les grandes familles sont moins nombreuses et l'enfant est devenu un « bien » précieux. Cette considération permet à la grossesse et à l'enfantement d'être mis en valeur contrairement à l'allaitement qui reste un acte secondaire pour beaucoup. Il est considéré comme une éventualité équivalente au biberon, selon certaines autorités, dans le but de ne pas culpabiliser les mères. Malgré les nombreuses découvertes médicales sur les propriétés du lait maternel et les bienfaits de celui-ci pour la mère et son enfant l'allaitement au sein est loin d'être une évidence dans notre société. La vision du sein féminin comme objet érotique vient également influencer le choix des mères. Dans les pays occidentaux et les pays développés, le choix est laissé à la mère d'allaiter au sein ou au biberon car quelle que soit la finalité elle ne met plus la vie de l'enfant en danger. Ce n'est pas le cas dans la majeure partie du monde, dans les pays en développement ou sous-développés. La valeur portée à la femme allaitante et à la femme enceinte s'est inversée au fil du temps et le détour par l'histoire est indispensable pour comprendre la situation présente. En France, l'industrie nourricière considérée aujourd'hui comme délétère pour la santé des enfants, a pourtant permis le développement d'un réseau d'assistantes maternelles. Cette profession a permis aux mères de continuer de travailler après la naissance de leur enfant sans pour autant culpabiliser ou souffrir de l'image d'une mère indigne.

2) L'allaitement maternel, thème récurrent dans les milieux artistiques et religieux

a) L'allaitement dans la littérature

[22; 26; 64; 98]

L'allaitement maternel est un sujet récurrent de la littérature. Souvent présenté au XVIIIème siècle comme un acte rassurant. Chacun se remémore avec tendresse et nostalgie cet acte souvent narré par des auteurs masculins tels qu'Albert Samain : « D'où sort, globe de neige, un sein gonflé de lait. L'enfant, calmé soudain, a vu ce qu'il voulait... L'enfant s'est détaché, mûr enfin pour la nuit, Et les yeux clos, s'endort

d'un bon sommeil sans fièvres ». L'auteur et philosophe J.J. Rousseau ne cessa de louer les bienfaits de l'allaitement maternel et de mettre en avant les liens qui se constituaient durant cette période, entre la mère et son enfant, dans ces nombreux essais et textes littéraires.

L'écrivain Pierre-Augustin Caron de Beaumarchais dénonçait, en 1784, les pratiques nourricières pénalisant les nouveaux nés : « Sur cent enfants qui naissent, le nourrissement étranger en fait mourir quatre-vingts... le déplacement d'un nourrisson nécessite l'abandon d'un autre et que la chaîne, fût-elle de vingt nouveau-nés de placés, il faut que le dernier périsse. ». Il était très investi dans cette cause et créa un institut de bienfaisance maternelle grâce aux recettes de sa pièce « le mariage de Figaro ». Cet institut venait en aide aux mères nourricières souhaitant allaiter leurs enfants et ne possédant que peu de ressources.

Le philosophe Immanuel Kant, dans Traité de pédagogie reconnaît les bienfaits du colostrum et fait référence à J.J. Rousseau qui rejoint sa pensée: « Mais Rousseau appela le premier l'attention de la médecine sur la question de savoir si ce premier lait ne serait pas bon aussi pour l'enfant, puisque la nature n'a rien fait en vain. Et l'on a réellement trouvé que ce lait chasse, on ne saurait mieux, les ordures que contient le corps du nouveau-né, ou ce que les médecins appellent le méconium, et qu'il est ainsi très bon pour les enfants. »

Au 19^{ème} siècle, le discours change et les écrits retranscrivent l'évolution des pratiques. Une vie de Maupassant écrit en 1883 décrit bien l'ambiance de cette époque. Dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle peu d'auteurs célèbrent l'allaitement comme les écrivains des siècles précédents, à l'exception de Zola. Marianne, l'héroïne de Fécondité, un des trois volumes du triptyque des Quatre Evangiles, allaite successivement ses enfants : c'est le tour du petit Gervais, le cinquième : "Ah ! le petit diable, il me mange, il vient de rouvrir ma crevasse ! [...]" Le père contemple la scène : "Il n'était pas d'épanouissement plus glorieux, de symbole plus sacré de l'éternité vivante : l'enfant au sein de la mère. C'était l'enfantement qui continuait [...]"

[121]

Zola célèbre dans ce livre le bonheur d'un jeune couple donnant la vie et possédant du lait à profusion pour leur enfant. Cela vient contraster avec les vies sacrifiées à cause des famines et de la misère qui sévissent dans de nombreuses familles à cette époque.

Plus tard, au cours du XX^{ème} siècle, l'évolution de la vision de l'allaitement est nette en raison des écritures d'autres auteurs dénonçant l'aliénation des mères allaitantes décrites comme « esclaves » de leurs enfants. C'est pourquoi pour comprendre aujourd'hui la problématique et l'ensemble des enjeux de l'allaitement il est indispensable d'observer l'évolution des pratiques depuis les premiers écrits jusqu'à nos jours.

b) L'allaitement dans les arts plastiques

Les premières représentations de l'allaitement maternel remontent à la préhistoire où l'on confectionnait déjà des statuettes représentant des mères en train d'allaiter. Ces figures faisaient office de divinités que l'on invoquait pour échapper à la famine et autres fléaux qui pouvaient toucher la famille. Elles assuraient une bonne gestation et une lactation suffisamment abondante à la mère. De plus, l'enfant à venir bénéficiait de la protection qu'elles offraient.

Le premier thème concernant l'allaitement est celui de la Maria Lactans. Datant du concile d'Ephèse (431 après JC). Le concile d'Ephèse déclare Marie comme « mère de dieu » et autorise alors son culte. Dans la religion catholique, Marie est celle qui a nourri Jésus et fait de lui un homme et un dieu à la fois. Le lait maternel de la Vierge Marie est alors assimilé à la parole de Dieu et à un véritable aliment spirituel. Tout cela repose essentiellement sur des fondements symboliques.

[73]

En Orient, les représentations de la Maria Lactans s'inspirent d'Isis mère d'Horus et déesse funéraire de la mythologie égyptienne antique. Ces représentations sont réalisées dès le Vème siècle.



Fig 1



Fig 2

Fig 1 : Isis allaitant Horus. Basse Époque, Statuette ex-voto – 664-332 av. J.-C. Musée du Louvre, Paris. Département des Antiquités égyptiennes Inv. n° E2517.[http:// :www.louvre.fr](http://www.louvre.fr)

Fig 2 : Statuette d'Isis et Horus. -332 à -330av J.C. The Metropolitan Museum of Art. New York. Etats-Unis. www.metmuseum.org

En Occident l'apparition sera plus tardive, durant le XIII^{ème} siècle, en même temps que l'émergence du culte de Marie avec l'édification de cathédrales dédiées à « Notre Dame » et l'apparition de l'Ave Maria. A la fin du Moyen Age, les représentations laissent transparaître de plus en plus l'attachement et la tendresse qu'échangent la mère et son enfant durant l'allaitement.



Fig 3 : La vierge au coussin vert, Solario Andrea. Peinture-1507-1510. Musée du Louvre, Paris. www.louvre.fr

Cependant ces représentations étaient iconographiques et répondaient à des codes standardisés, déterminés par les autorités religieuses, afin que celles-ci puissent faire l'objet de la dévotion du peuple. La Sainte Vierge était vue comme protectrice de la mère allaitante, qui s'en remettait à son patronage. Ces icônes placées dans les lieux de cultes faisaient l'objet de prières et de recueillement pour toutes les mères souhaitant allaiter mais souffrant d'une lactation insuffisante. Elles pouvaient y passer de longs moments espérant un miracle. Ces œuvres sont réalisées jusqu'au XVIII^{ème} siècle, en raison de l'incompréhension qui se développe autour de ces œuvres. Elles deviennent indécentes pour de nombreux profanes et les commandes passées auprès des artistes par les autorités religieuses se raréfient. La mère allaitant son enfant devient pourtant le thème favori de nombreux artistes effectuant des portraits au XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles. La dimension religieuse de la représentation n'est plus primordiale mais on essaie surtout de faire passer à l'observateur de l'œuvre, le sentiment de bonheur ressenti par la mère et son enfant lors de l'allaitement grâce à la proximité des deux êtres.

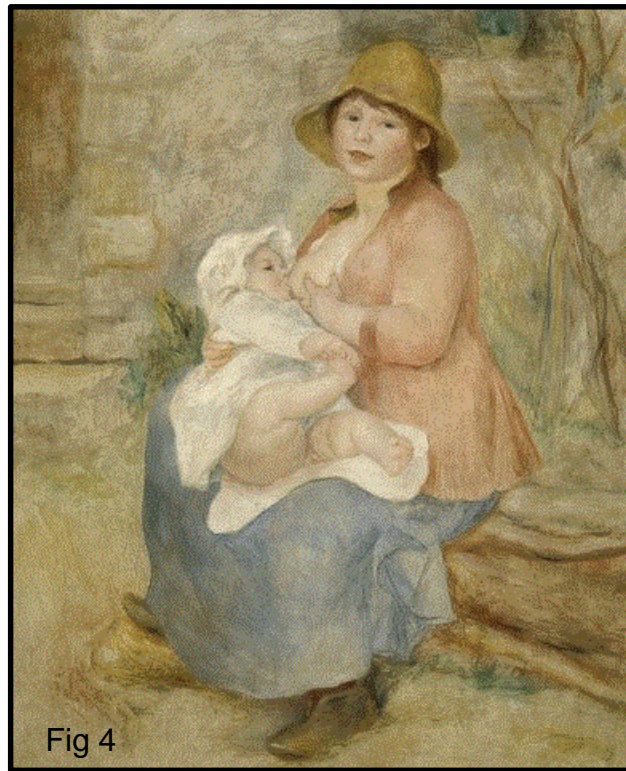


Fig 4 : Maternité dit aussi L'Enfant au sein. Pierre Auguste Renoir. Peinture-1885. Musée d'Orsay, Paris. www.musee-orsay.fr

Les représentations qui ont été faites de l'allaitement sont souvent des allégories ne pouvant être interprétées au premier degré. Elles correspondent à des représentations demandant un esprit critique sur ce que l'on observe. Ce type d'œuvre est très présent dans l'antiquité. La femme allaitante représentée selon les époques ne possède pas la même signification. Certaines de ces œuvres étaient de simples représentations profanes, mais au Moyen-Age, elles sont souvent une allégorie de la grammaire. La grammaire est alors le premier des sept arts libéraux avec la rhétorique, la dialectique, l'arithmétique, la géométrie, la musique et l'astronomie. Le verbe « Nourrir » est alors associé à l'action d'élever et d'éduquer.

Au XVI^{ème} siècle on retrouve cette iconographie dans un dessin de Stefano da Verona conservé à la bibliothèque de Milan, où l'on voit la grammaire représentée par une femme entourée d'enfants et de vieillards pressant son sein pour en faire sortir le lait, objet de la connaissance. Le lait représente aussi la nourriture spirituelle, grâce à l'intercession de la Vierge Marie, comme un intermédiaire entre le peuple et la divinité. Cette œuvre illustre le thème de la *Maria Lactans* mais aussi le thème de la « Charité Romaine » correspondant à un récit historique relaté par Valère Maxime et d'autres auteurs romains et italiens. Ce texte fait état d'une femme nourrissant son père emprisonné et affamé pour ne pas qu'il meure alors qu'on le prive de nourriture.

Au XIX^{ème} siècle ce thème de la « Charité Romaine » n'est plus compris car il n'est plus inclus dans son contexte. Quelques peintres académiques le prennent encore comme sujet mais il ne s'agit plus de peinture religieuse mais de peinture d'histoire illustrant des récits d'allaitement miraculeux. Ces œuvres font l'objet de critiques virulentes et on reproche aux auteurs la « vulgarité » de l'allaitement. Ceci signe la fin de ce thème iconographique pourtant très apprécié au XVII^{ème} siècle.



Fig 5 : La Charité romaine, Peinture- XVIIe siècle, peinture anonyme. Inspirée de Pierre Paul Rubens *Cimon et Pero* Charité romaine

La charité, donnée cette fois aux enfants, retrouve au XIXème siècle une certaine vigueur en se laïcisant et en s'exprimant à travers les traits à la nature, à la république ou à la mère patrie.

Dans le contexte religieux, la femme allaitante fait souvent référence à la charité qui est alors une manifestation de l'amour de dieu. La représentation de cette charité se fait souvent par une femme allaitant trois enfants, eux-mêmes allégories des trois vertus décrites dans les théologies : foi, espérance et charité. L'allaitement d'un adulte correspondant à la représentation de la charité romaine.

Ces représentations étaient destinées à inculquer au public des règles de vie. Elles sont une incitation à l'amour filial le plus absolu et le plus pur.

Le tableau « Les âges de l'ouvrier » peint entre 1895 et 1897 par le peintre belge Léon Frédéric illustre parfaitement l'évolution du rôle de la femme dans la société. Une partie de ce tryptique représente des femmes allaitant des nourrissons dans les rues de Bruxelles.



Fig 6 : Les âges de l'ouvrier, Peinture.1895-1897, Léon Frédéric, Musée d'Orsay. Paris. www.musee-orsay.fr

L'allaitement semble s'ajouter naturellement à l'ensemble des tâches domestiques et professionnelles des femmes du milieu populaire. Cette peinture montre dans quelles conditions se déroulait la maternité ouvrière et fait état de la banalité d'un allaitement en pleine rue et en public. Au XIX^{ème} siècle, les femmes pratiquant une activité de commerces en ville, allaitaient lorsque l'enfant le réclamait sans craindre les regards ou les critiques. Cette scène était quotidienne en raison de l'obligation de continuer de travailler.

c) L'allaitement dans les théologies

[73]

Dans les civilisations, la femme allaitante est souvent protégée par une divinité. Cette représentation divine est présente dans de nombreuses régions du monde telles que l'Inde ancienne, la Mésopotamie, la Phénicie, la Grèce, l'Etrurie. L'Egypte est sans aucun doute le pays où le plus grand nombre de représentations provenant du temps des civilisations anciennes a été retrouvé. Elles correspondent à des statuettes, stèles ou peintures représentant la déesse Isis coiffée du disque solaire et allaitant son fils Horus. Au II^{ème} et III^{ème} millénaires av. J.C., ces scènes permettaient de légitimer la transmission du pouvoir royal d'Isis vers Horus son fils par l'intermédiaire de son lait, tel un rituel de couronnement. A partir du VIII^{ème} siècle avant JC, Isis devient l'objet de prières plus personnelles. Les statuettes deviennent des offrandes déposées dans les sanctuaires qui lui sont dédiés, pour les mères ayant des difficultés à avoir un enfant ou pour obtenir son rétablissement. Le culte d'Isis se répand peu à peu autour de

la méditerranée, jusqu'à l'époque romaine. Isis représente alors la mère absolue et universelle.

Les statuettes très caractéristiques à l'époque gréco-romaine perdent au fil du temps leurs caractéristiques pour devenir une représentation plus ordinaire de la femme.

Durant le Moyen âge, certaines statues de l'époque romaine seront vénérées comme représentations de la Vierge Marie. Dans l'antiquité romaine, on trouve d'autres représentations de femmes assises ou debout allaitant un ou plusieurs enfants. Les plus courantes aux premiers siècles de notre ère sont celles à deux enfants combinant l'idée de fécondité et de multiparité.



Fig 7 : Déesse mères gallo-romaines, statuette du II^{ème} siècle ap. J.C. Musée de St Germain-en-Laye. musee-archeologienationale.fr

On en retrouve un grand nombre en Gaule, en Angleterre, en Rhénanie (Allemagne de l'Ouest), et en Suisse. Elles sont toujours considérées comme des offrandes pour les sanctuaires liés à la fécondité, ou peuvent aussi être utilisées comme objet offrant la vie éternelle dans les tombes d'enfants. Les idées de fécondité et de protection dans le monde des vivants et des morts sont donc imbriquées.

A partir du VI^{ème} siècle avant notre ère, une déesse dite Arthémis d'Ephèse, munie de rangées de seins et de testicules de taureaux est souvent représentée.



Fig 8

Fig 8 : Artémis multimammaia du type d'Éphèse, statuette du IIème siècle apr. J.-C., Musée de Selçuk. Turquie.

Elle est vénérée comme mère nourricière des hommes et de la terre. Après la conquête grecque elle est assimilée à l'Arthémis hellénique, déesse de la chasse pourtant vouée à la virginité éternelle. Pendant l'antiquité en méditerranée les deux figures vont cohabiter. Une autre figure est issue de la mythologie, Héra femme de Zeus, qui allaitera Héraclès mi-homme, mi-dieu, et lui transmettra l'immortalité réservée alors aux dieux. Le lait est ici considéré comme un remède contre la fatalité de la mort propre à la condition humaine. La voie lactée aurait été constituée par la morsure d'Héraclès sur le sein de sa nourrice produisant un jet de lait dans le cosmos.



Fig 9

Fig 9 : La création de la voie lactée, Pierre Paul Rubens, 1636, Musée du Prado, Madrid. Espagne. <https://www.museodelprado.es>.

Au VIII^{ème} siècle avant notre ère, l'allaitement donne aux femmes un pouvoir exceptionnel et supérieur à celui des hommes. Elles donnent la vie et sont autosuffisantes pour nourrir leur jeune progéniture. Cette puissance de l'allaitement se retrouve un millénaire plus tard dans la théologie liée à Marie, la Sainte Vierge. Par l'allaitement de son fils, Marie peut formuler toute sorte de demande à Dieu. L'allaitement du Christ constitue alors une passerelle entre les hommes et Dieu. Fécondité, abondance, amour, puissance, immortalité sont des thèmes qui ont été pendant longtemps rattachés à l'allaitement. Il était extrêmement glorifié dans les sociétés anciennes et ne représentait pas seulement un acte nourricier.

Au cours des derniers siècles, les artistes se sont mis à représenter des allaitements profanes dans un souci de pure réalité. On peut constater alors que l'allaitement est devenu un fait culturel concernant l'ensemble de la société.

Dans le catholicisme, il a été rapporté que les individus destinés à devenir saints refusaient le sein de leur mère ou celui des femmes de mauvaise vie, si ceux-ci étaient nourris par des nourrices. Certains saints avaient des comportements respectant déjà des pratiques religieuses. Saint Nicolas refusait le sein de sa mère le mercredi et le vendredi afin de respecter les jours de jeûne.

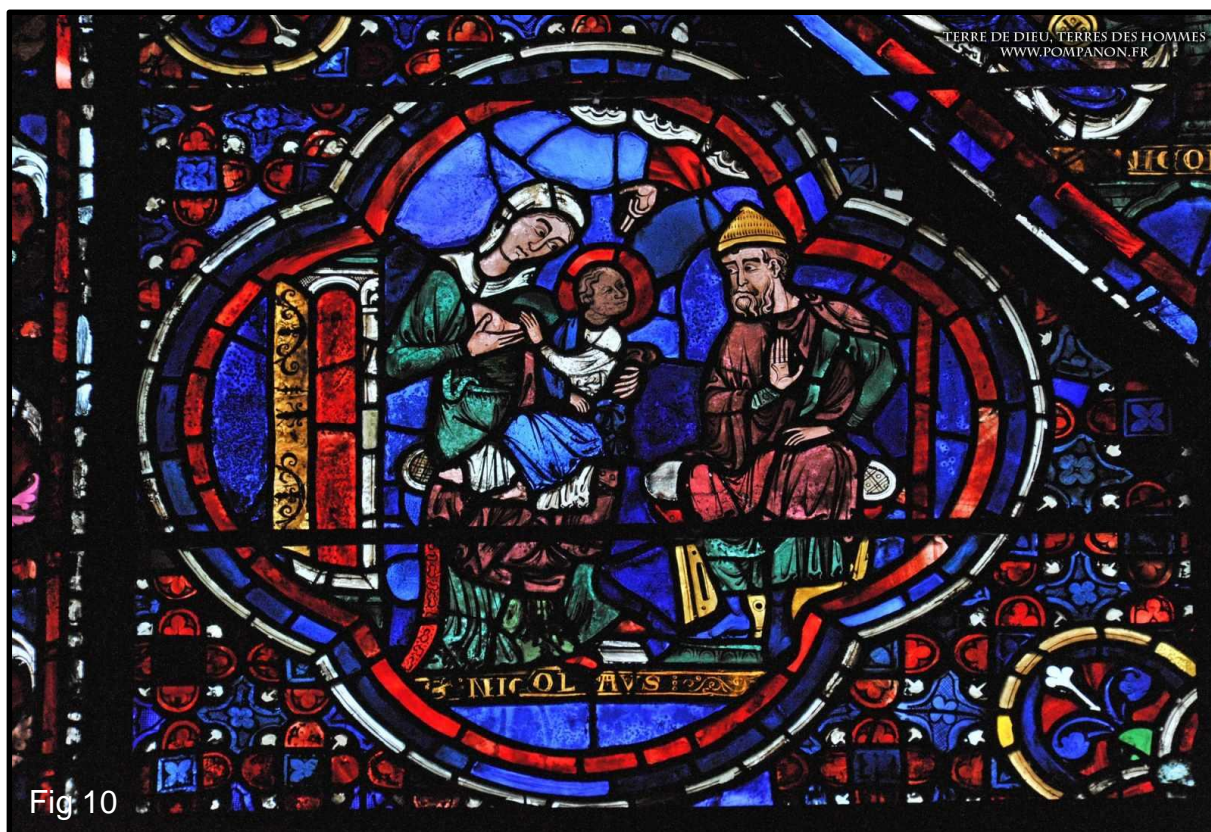


Fig 10 : Saint Nicolas refusant le sein de sa mère, vitrail, Cathédrale de Chartres. <http://www.cathedrale-chartres.org/vitraux-cathedrale-chartres>

Un enfant glouton et insatiable était alors désigné comme « changelin » au Moyen Age. Il ne semblait jamais rassasié par le sein de sa mère et cela faisait penser que l'enfant était possédé par le « Malin ». Cette croyance du changelin ou enfant changé traduit l'angoisse des parents face à un enfant anormal ou souffrant d'une maladie inexplicable. L'enfant changelin malgré son appétit était réputé pour ne pas grandir et possédait un ventre dur et gonflé.

Le lait maternel a longtemps été le seul aliment possible pour les nourrissons, c'est pourquoi il possède une importance vitale et symbolique au cours des siècles. On rencontre souvent dans les traditions folkloriques, des procédés magiques ou religieux, qui ont pour but de guérir les maladies liées au sein ou de favoriser la montée de lait. Certaines pierres naturelles en raison de leur forme ou de leur couleur sont ainsi censées être bénéfiques à la lactation.

On prie également des saintes en fonction de la difficulté rencontrée. Celles vénérées pour leur pouvoir sur les fonctions maternelles sont Sainte Agathe, Sainte Brigitte, Sainte Christine et Sainte Raffine. Les femmes désœuvrées et souhaitant allaiter imploraient le conseil et l'aide de Saint François. On prie aussi des saints tels que Saint Gondran et Saint Mamant appelé encore Mamert ou Mamano et dont le nom évoque bien sûr le sein et la maternité. Ce dernier aurait trouvé un enfant dans un buisson, et aurait réussi à produire du lait grâce au bercement de celui-ci. Son culte se retrouve en France au Moyen Age ainsi qu'en Italie, en Espagne et au Portugal. Les personnes se rendant dans les lieux de culte qui lui sont consacrés viennent chercher de l'aide pour résoudre les problèmes de manque d'appétit du nourrisson ainsi que les problèmes mammaires liés à la lactation. Ce même saint était réputé pour ses pouvoirs à provoquer une montée de lait chez les hommes ayant douté ou remis en question la croyance de la lactation masculine. En effet, la lactation masculine présente dans les légendes des sociétés anciennes, révèle peut être une volonté inconsciente des hommes de s'approprier les facultés de reproduction de la femme ainsi que ses capacités à nourrir son enfant, par elle-même, sans dépendre de quiconque. L'allaitement maternel apparaît alors comme une solution pour les périodes de famines et de disettes aux yeux des hommes qui aimeraient pouvoir en faire tout autant.

3) Les pratiques de l'allaitement durant l'Antiquité

[58]

L'analyse des teneurs en azote-15 d'ossements anciens d'enfants, retrouvés lors de fouilles, permet de détecter la consommation de produit lacté maternel dans les premiers jours de vie. Depuis, plusieurs études ont été menées chez des populations préhistoriques et historiques nord-américaines. Aucune synthèse n'a été réalisée à l'échelle européenne sur une base de ressources aussi importante.

Lorsque l'enfant tète le sein de sa mère, les tissus se formant après la naissance présentent des valeurs enrichies en azote-15, d'environ 3 pour mille, par rapport aux tissus formés in utero.

L'analyse de l'azote-15 ne peut être utilisée pour déterminer précisément le moment ou à eu lieu une diminution de la fréquence d'allaitement ou même son arrêt. En revanche, elle permet de savoir si un enfant a reçu du lait maternel et quel était son mode d'alimentation au moment du décès. Seul un âge limite supérieur et inférieur peut être donné concernant respectivement la persistance d'un état « allaité » ou l'apparition d'un état « en cours de sevrage/sevré ». Ces données d'analyses restent donc approximatives.

Les données historiques, quant à elles, révèlent des durées d'allaitement plus précises. Elle est de 3 ans vers - 3000 avant J.C. au Proche-Orient. Le sevrage progressif s'effectuerait à partir de 2 ans entre - 1500 et - 800 avant J.C. en Inde. Au II^{ème} siècle, en ce qui concerne les Grecs, les Romains ou les Arabes, les durées d'allaitement

recommandées varient entre 18 mois et trois ans. Dans l'Antiquité, les durées préconisées s'étendent entre 6 mois et 2 ou 3 ans. Du Moyen Age aux Temps modernes, les moralistes recommandaient un allaitement de 3 ans. Comme nous avons pu l'aborder précédemment, les représentations des vierges à l'enfant à la Renaissance représentaient des enfants bien souvent au-delà de l'âge de 1 an. Durant la civilisation grecque, un siècle avant notre ère, les contrats rédigés pour les nourrices mentionnent un allaitement exclusif de 6 mois.

Durant l'Antiquité, Les mères plébéiennes les plus fortunées, se rendaient alors au « forum holitorium » à Rome, sorte de marché où les femmes les plus nécessiteuses se regroupaient pour allaiter moyennant rémunération. De la même façon, les femmes désirant être nourrices se rendaient au marché pendant l'Empire romain pour vendre leur service auprès de la colonne dite « lactaria » du forum.

Ces pratiques ont lieu car, à cette époque, il existe une hiérarchisation des valeurs. L'allaitement maternel est alors vu comme une obligation très secondaire par rapport au rôle sociale d'une femme. Cette idée est valable quelle que soit le rend social. C'est-à-dire qu'une femme esclave ayant eu un enfant délèguera la tâche de l'allaitement à une esclave considérée d'utilité moindre.

Les enfants de nourrice et ceux ayant été nourris au sein par celle-ci sont appelés frères de lait. De nombreux cas d'affranchissement ont été observés entre frères de lait dont l'un était maître et l'autre esclave. Le statut particulier de « collacteus » créé un lien fraternel par le lait. Jules César lui-même aurait été témoin de ce phénomène et aurait déclaré: « les dames romaines n'ont donc plus d'enfant à porter ni à nourrir qu'on ne voit plus entre leurs mains que des chiens ou des singes ».

Les conseils délivraient aux mères ont eux aussi beaucoup variés au cours du temps. Le célèbre médecin Soranos d'Ephèse au II^{ème} siècle après J.C., déconseillait d'allaiter son enfant durant les vingt jours suivant l'accouchement. Il jugeait ce lait impropre à la consommation car indigeste pour le nourrisson. Le nouveau-né recevait alors du miel tiède mélangé à du lait de chèvre durant les premiers jours. Cette préparation est en consistance et en qualité complètement inapproprié à ses besoins. La forme la plus archaïque du biberon était appelée guttus : Il était fabriqué en terre cuite ou en verre et permettait de donner à l'enfant des laits, des soupes ou des bouillies.



Fig 11

Fig 11 : Guttus, passoire à pied bas et vernis noir, IV ème siècle avant J.C. découvert en Italie du Sud, Musée Lapidaire, Avignon. www.musee-lapidaire.org/



Fig 12

Fig 12 : Biberon grec antique, <https://fr.wikipedia.org/wiki/Biberon>

Des vases en terres cuites possédant un bec et un orifice supérieur datant de l'Antiquité ont été découverts lors de fouilles. Les chercheurs ont tenté de les utiliser comme biberons mais les propriétés de ces récipients ne semblaient pas être appropriées. Ils ont ensuite pensé à un usage en tant que tire-laits. Le faible volume de ces contenants

ne permettant pas le stockage de lait. Ces tire-laits devaient être probablement utilisés pour stimuler la lactation à l'accouchement, résoudre le problème de mamelons ombiliqués ou désengorger les seins.

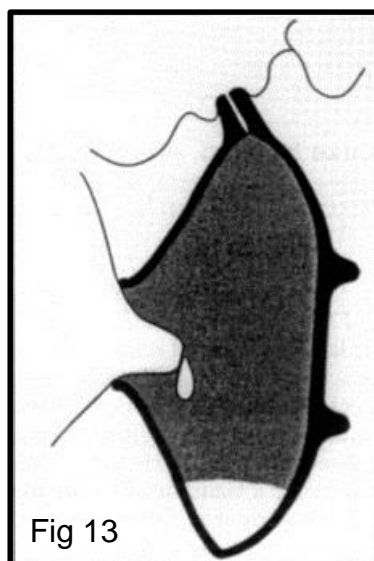


Fig 13 : Fonctionnement du tire-lait antique, Julien Pierre, Revue d'histoire de la pharmacie, 2004, volume 92, N°342, p. 337

L'instrument était utilisé en créant le vide par aspiration, la dépression créée dans le récipient permettant de stimuler le sein. A cette époque tout lait extrait ne pouvait être conservé mais était incorporé à des remèdes tels que des pommades contre certains maux d'yeux et d'oreilles. Par la suite à l'époque gallo-romaine, des objets semblables n'ont pas été retrouvés. Les enfants ne pouvant être allaités par le lait maternel sont nourris grâce à une cuiller. La présence de ces vases en grand nombre dans les tombes d'enfants représenterait une dernière offrande de la mère ou de la nourrice au bébé pour le voyage dans l'au-delà.

On constate que le recours à des aliments de substitution ou à une nourrice est souvent corrélé à des discours médicaux, des facteurs sociaux tels que la place de la femme au sein de l'aristocratie ; et à des facteurs économiques tels que la nécessité de la reprise d'activité professionnelle. Les facteurs physiologiques ne trouvant pas de solution tels que l'absence de lait ou le refus du sein par l'enfant pouvait aussi mener au choix de placer l'enfant en nourrice.

4) Les pratiques de l'allaitement au Moyen-Âge

[73]

Au Moyen-Âge, l'allaitement maternel était la pratique majoritaire mais le recourt à une nourrice dans les classes aisées était très fréquente notamment dans les milieux dirigeants. A Paris, à partir du XIIème siècle on assiste à un développement de l'activité professionnelle de nourrice. Les enfants étaient sevrés entre 18 mois et 3 ans. En France l'activité de nourrice a fait l'objet d'une ordonnance du roi Philippe VI réglant la profession, pour lui donner un cadre juridique et permettre aux nourrices de défendre leur droit en ce qui concerne la rémunération. Celle-ci date du 30 janvier 1350 et fixe les salaires des nourrices et des « recommandaresses », ces femmes

tenant les « bureaux de nourrices » et chargées de convoier les bébés jusqu'à leur domicile.

Pendant le Moyen-Âge, on utilisait des biberons en terre cuite, appelés chevrettes car la chèvre était bien souvent l'animal fournissant le lait pour les enfants ne pouvant être allaités au sein. Au IX^{ème} siècle existait des types de biberons particuliers appelés cornettes ou corne, fait de corne d'ovin ou de bovin.



Fig 14 : Cornet médiéval en corne de vache percée, <https://fr.wikipedia.org/wiki/Biberon>

5) Les pratiques de l'allaitement à l'époque moderne

[73]

Même si l'allaitement mercenaire est pratiqué dès l'Antiquité, cette pratique prend toute son ampleur aux XVII^{ème} et surtout XVIII^{ème} siècles en Europe avec les termes « wet nurses », « balia », « nodriza ou ama » employés en Angleterre, en Italie et au Portugal pour désigner ces femmes. Cette pratique augmentant, on constate aussi une augmentation de la mortalité infantile enregistrée à cette époque. Vers le milieu du XVIII^{ème} siècle, de plus en plus de plaintes émanent des couples de parents vis-à-vis des nourrices, qui leurs rendent leurs enfants malades, mourants ou même morts en raison de mauvais soins ou d'une alimentation inappropriée.

A partir de l'époque moderne, on voit apparaître d'autres formes de biberons fabriqués en bois tourné, terre cuite, peau, faïence, porcelaine, étain, verre, argent et or pour les plus riches.



Fig 15

Fig 15 : Biberon en bois tourné découvert en Europe, Musée d'ethnographie, Genève



Fig 16

Fig 16 : Biberon en étain, époque pré-révolutionnaire, 1780,
<http://www.histoire-du-biberon.com/ImagesListe/Biberophilie103.htm>

Certains étains utilisés au XVIIème et au XVIIIème siècle, contenaient de hauts niveaux de plomb provoquant chez certains enfants le saturnisme. Les tétines font leur apparition et de nombreux essais seront faits pour se rapprocher au plus près de la forme et de la souplesse du mamelon maternel. On utilise des matériaux assez variés tels que des chiffons, du bois, de l'os, de l'éponge, de l'ivoire ou des matériaux se révélant être trop durs pour les gencives des nouveau-nés. On utilise aussi de véritables mamelles animales mais elles n'offraient pas une longue durée de vie à l'usage et dégageaient rapidement une odeur désagréable.

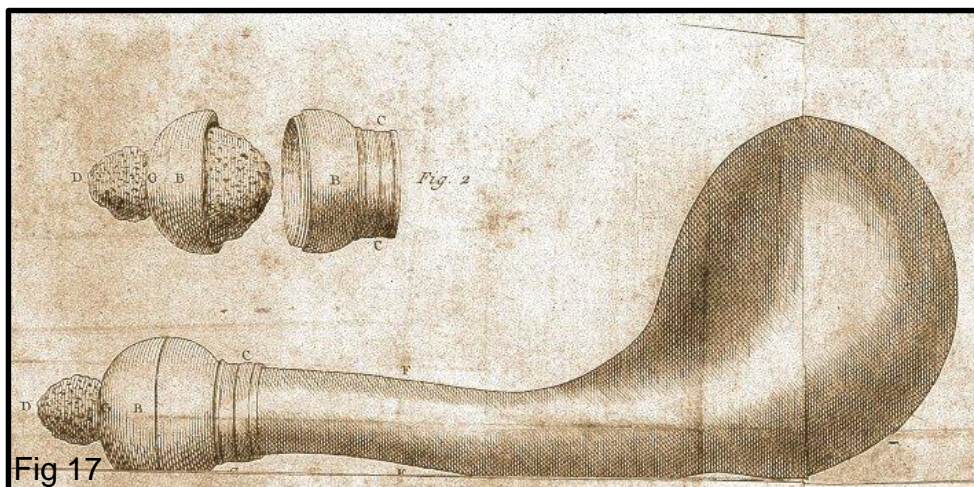


Fig 17 : Biberon de verre avec tétine en éponge de Filippo Baldini, Manière d'allaiter les enfants à la main, au défaut des nourrices, Traduit de l'italien, Buisson, Paris, 1786.

Les biberons fabriqués à l'époque ont des formes complexes ce qui les rend très difficiles à nettoyer. Les allaitements artificiels ne pouvaient réussir que si le lait et les bouillies étaient donnés à la cuiller.

A Paris, en 1780, selon les chiffres d'un lieutenant de police nommé Lenoir, sur 21000 naissances annuelles, seuls 1000 enfants sont allaités par leur mères et 2000 sont placés par les parents dans la ville ou la proche banlieue pour être nourris par une nourrice. Les familles parisiennes, les moins aisées, placent leurs enfants à plusieurs jours de distance de leur domicile, en Normandie, en Picardie, en Bourgogne où les nourrices sont beaucoup moins onéreuses. L'enfant reste alors en nourrice entre 1 et 3 ans selon les moyens financiers de la famille. La raison de ces nombreux placements est en partie le travail des mères des milieux commerçants et artisanaux, pour lesquels, l'activité de la femme est indispensable à celle de son mari.

Au XIX^{ème} siècle, les femmes ont été amenées à travailler de plus en plus et pour certaines les obligations mondaines les empêchaient de réaliser un allaitement satisfaisant. Pour des raisons pratiques l'allaitement était devenu difficile au quotidien. L'usage du corset comprimait les mamelons et produisaient des mamelons ombiliqués ou rétractés. De plus la complexité des toilettes utilisées à l'époque avait de quoi décourager.

La révolution industrielle a produit un tournant décisif dans l'histoire du biberon de verre. Dans les années 1840, le caoutchouc est découvert et permet de résoudre le problème des tétines. Elles laisseront place plus tard à des tétines en d'autres matériaux tels que les silicones et les matières plastiques.

Les constatations faites sur la surmortalité infantile par les parlementaires les conduisent à adopter la première loi de "protection des enfants du premier âge". Cette loi de protection des enfants du premier âge, préparée par le Dr Théophile Roussel, député, est adoptée le 23 décembre 1874 et prévoit la surveillance des nourrices et de tous les enfants de moins de deux ans "placés, moyennant salaire, en nourrice, en sevrage et en garde". Le texte exact est le suivant : « Tout enfant, âgé de moins de deux ans, qui est placé moyennant salaire, en sevrage, ou en garde hors du domicile de ses parents devrait, par ce fait, faire l'objet d'une surveillance de l'autorité publique, ayant pour but de protéger sa vie et sa santé ». Malheureusement l'application de cette loi sera très longue à se mettre en place et les contrôles ne seront efficaces qu'à partir de 1900.

[93]

Il n'était pas rare de voir dans les campagnes des allaitements au pis des animaux en l'absence d'autres alternatives. La mythologie fait état de deux allaitements hors du commun et « miraculeux » grâce à des animaux ayant permis la survie de l'enfant. Tout d'abord celui de Jupiter par la chèvre Amalthée et celui de Romulus et Rémus par une louve.



Fig 18

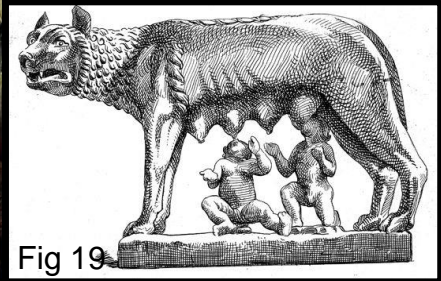


Fig 19

Fig 18 : L'enfance de Jupiter. Nicolas Poussin. Peinture-1636. Londres Angleterre. Dulwich Picture Gallery

Fig 19 : La louve du Capitole ou La Louve capitoline. Sculpture en bronze des XII^e et XIII^e siècles de notre ère, Palais des Conservateurs, Rome, Italie.

[40; 73]

La substitution de la mère pouvait se faire par une chèvre, une vache, une ânesse ou encore une chienne. Ce moyen d'allaiter a été notamment expérimenté dans le cas des enfants syphilitique à haut risque de transmission pour leur nourrice. Cependant peu de cas étaient concluants car le lait était totalement inadapté aux besoins nutritionnels de l'enfant. Cette alternative à l'époque était encore préférable. Elle ne mettait pas en jeu du matériel intermédiaire, à une époque où l'hygiène dans les familles était parfois déplorable. Au XIX^eme des analyses commencent à être réalisées pour déterminer le lait animal le plus adapté à l'enfant. A l'époque, il est établi que ceux se rapprochant le plus du lait maternel sont les laits de chèvres et d'ânesse. Ces données se révèlent fausses aujourd'hui. Dans de nombreuses cultures ce genre d'allaitement est fréquemment constaté, dans les régions paysannes comme au Maghreb, mais aussi dans les zones rurales. Le lait animal fait l'objet de croyances et le donner à l'enfant n'est pas toujours bien vu par les aînés.

Pour 100 kcal	LF	LN	Chèvre	Jument	Anesse	Soja	Avoine	Riz	Châtaigne	Amande
Protéines (g)	1,2	1,5-2,1	4	4,7	4,8	9,2	4	2,1	1,8	2,9
Glucides (g)	7,5	7-14	4,45	13,1	14,7	16,1	17,1	21,4	22,7	14,9
Lipides (g)	3,5	4,4-6,5	4,5	3,2	2,4	5,3	1,7	0,6	0,3	3,2
Fer (mg)	0,05	0,7-1	0,05	0,137	0,024	1,54	1,074	0,604	0,691	
Minéraux (mg)	210	250		800	1000			300	30	
Calcium	33	40-93	135	233	265	36	8	11	25	45
Sodium	16	16-28	70	21						9
Rapport Ca/P	2	1,2-2	1,1	2	1,8	0,13				0,83
Vitamine A (µg)	100	60-180	185	25						143
Vitamine E (µg)	403	> 0,4								2045
Vitamine B2 (µg)	55	> 60		63	154					57
Vitamine B9 (µg)	5,2	4	1							

Tableau 1 : Récapitulatif des compositions de certains laits animaux et de laits végétaux par rapport au lait de femme (LF) et au lait pour nourrisson (LN). Médecine et enfance. A. Elbez. Février 2006. page 104. <http://puericulture.forumactif.com/t23337-lait-de-jument>

Tout comme pour le lait maternel, le choix de l'animal destiné à nourrir l'enfant faisait l'objet de nombreuses exigences. On pensait à l'époque que l'animal pouvait transmettre des attitudes à l'enfant. Ainsi un enfant nourri au lait de chèvre était décrit comme un enfant bondissant et sautant dès qu'il se retrouvait seul. Un autre nourri par une truie était décrit comme malpropre. Certains médecins pensaient même que l'allaitement par un lait d'animal bien choisi pouvait changer le tempérament du nourrisson. L'allaitement par biberons grâce à des préparations sera perçu à tort comme une solution à la surmortalité infantile et va se développer à partir de cette époque.

[135]

Mais contrairement à ce qui est pensé à l'époque, le biberon représente un véritable danger pour l'enfant car le lait peut être frelaté, falsifié ou tourné et donc impropre à la consommation. De nombreuses mères se risquent alors à utiliser le lait cru de vache. Le premier risque vient de la contamination bactérienne possible du lait recueilli. Cependant le contenant est lui-même dangereux s'il présente des constituants rouillés ou que la forme ne permet pas une hygiène impeccable. Le contenant a évolué au fil du temps. Les premiers biberons ont été faits de cuir, de bois ou de métal. De nombreuses formes ont été testées pour l'alimentation des nourrissons telle que des tasses et des pots de toutes sortes.

Les plus dangereux étaient les biberons à tube ou à soupape très utilisés par les nourrices fin 1800 et début 1900. Ce biberon permettait aux enfants de se nourrir pour ainsi dire seuls. Ils pouvaient garder la tétine à proximité toute la journée mais la forme de ces biberons ne permettait pas de pouvoir les nettoyer ou de les utiliser en toute sécurité. Les études réalisées révéleront la présence après lavage, sur 31 biberons examinés, de nombreuses colonies bactériennes responsables de diarrhées infectieuses et du choléra infantile (entérite cholériforme). Ce biberon sera interdit en 1910 par le parlement français.



Fig 20

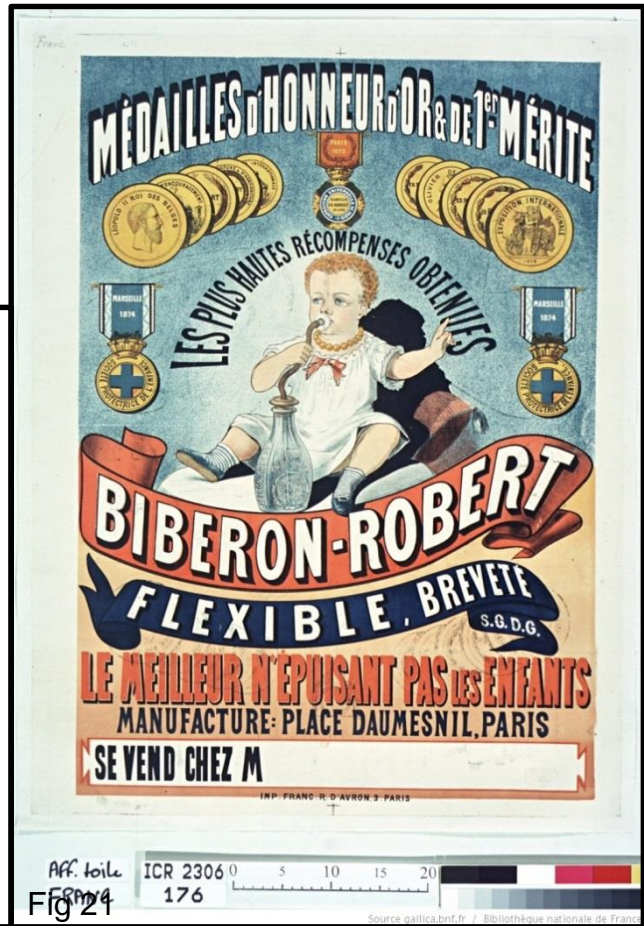


Fig 21

Fig 20 : Biberon de la marque ROBERT® à tube et à soupape, vers 1860.

Fig 21: Affiche publicitaire ROBERT®, « biberon-robert, Le meilleur n'épuisant pas les enfants » vers 1890.



Fig 22



Fig 23

Fig 22 : Représentation de l'allaitement artificiel et des marques majeures du 19ème siècle, Alexis clerc, Hygiène et médecine des deux sexes, gravure-1885. Paris.

Fig 23 : Enfant et biberon à tube. Photographie The Baby Bottle Museum: The History Of Baby Feeding. <https://nourishingdeath.wordpress.com/2013/08/15/murder-bottles/>

Les médecins ont estimé que, face au désastre que représentait pour l'enfant la mise en nourrice, dans les cas où la mère ne pouvait allaiter, l'enfant avait plus de chance de survie en restant dans sa propre famille, même nourri au biberon.

[40]

A partir de 1890, les découvertes de Louis Pasteur en ce qui concerne la conservation alimentaire par la chaleur, vont permettre de faire évoluer les pratiques en faveur de la sécurité alimentaire de l'enfant. La pasteurisation des laits a été un succès grâce à l'adaptation des méthodes de pasteurisation par Franz Von Soxhlet, un chimiste allemand, en 1886. La stérilisation est expliquée aux mères, ainsi que les règles d'asepsie et d'antisepsie qui rendent l'allaitement au biberon beaucoup plus sûr. Quelques règles élémentaires doivent être respectées : se laver les mains avant chaque tétées, utiliser du lait bouilli, stériliser les tétines et le biberon qui doit être le plus simple possible, sans tube ni angle mort.

Les premiers « tire-laits » ou stimulateurs de lactation étaient des ventouses plongées dans de l'eau bouillante puis appliquées sur les seins, ou des récipients en verre soufflés équipés d'un embout d'aspiration pour créer une dépression. Ceux avec réservoirs apparurent au XIXème.



Fig 24 : Tire-lait atmosphérique manuel. S. Maw Son & Thompson of London, 1870. Science Museum. Londres. www.sciencemuseum.org



Fig 25

Fig 25 : tire lait en verre soufflé, XVIII ème siècle. <http://www.histoire-du-biberon.com/biberons/TireLait.htm>



Fig 26

Fig 26 : Tire-lait de type Laroche, fin 19ème.
<http://www.histoire-du-biberon.com/biberons/TireLait.htm>

[73]

Les premières organisations privées visant à protéger la vie des nourrissons à Paris sont apparues en 1892. Il s'agissait de deux consultations spécialisées pour les nourrissons à Pont-Royal et Belleville, réalisées par deux médecins : le Docteur Budin et le Docteur Variot. Ils y examinent les enfants, donnent des conseils de puériculture et donnent des biberons correctement préparés, avec des dilutions adaptées à l'âge de l'enfant que les mamans présentent. En province, à Fécamp, en 1894, le docteur Dufour ouvre la première « goutte de lait » composée d'un dispensaire et d'un service de préparation de lait stérilisé distribuant aux mères le matériel et le lait nécessaire à un allaitement en tout sécurité.



Fig 27 : La goutte de lait de Belleville : la pesée, la consultation, la distribution de lait. Henri Jules Jean Geoffroy, peinture, 1901.

A la fin du XIXème, il y a une médicalisation de la prime éducation par les médecins qui tentent d'imposer aux mères des règles pour discipliner l'allaitement. Les docteurs Variot et Budin sont également précurseurs de l'allaitement avec horaires imposés alors que l'allaitement était encore à la demande à cette époque.

Dans les pays anglo-saxons on constate le même genre d'impulsion donnée par le docteur néo-zélandais Truby King auteur de différents manuels et créateur en 1907 d'une puissante société protectrice de l'enfance « the plunket society ». Elle permet la construction de nombreux dispensaires et hôpitaux, et participe à la formation des infirmières visiteuses pour les mères à domicile. Ce médecin plaide sans cesse pour l'allaitement maternel jusqu'à neuf mois avec des horaires réguliers : 7, 11,15 et 19 heures. Toutes les tétées devant être équivalentes.

Au début du XXème siècle, la moitié des enfants parisiens passe par « la goutte de lait » et le principe se répand dans les provinces très rapidement. Les installations et les lois se sont développées en faveur de l'allaitement avec la construction de crèches près du lieu de travail des mères, le versement de primes à l'allaitement et la production de biberons à grande échelle. Ces avancées en matière de confort maternel ont permis de réintégrer la mère allaitante dans son foyer et de lui permettre d'exercer son activité professionnelle dans les meilleures conditions.

L'interdiction du biberon à long tube en France en 1910, vient de sa dangerosité mais aussi de son usage à mauvais escient par les mères et les nourrices. Les anglais lui donneront le nom de « murder bottles ». Ces biberons à tube ont été adoptés par des mères et des nourrices espérant gagner du temps grâce à l'autosuffisance de l'enfant qu'elles avaient sous leur responsabilité. Son usage a cessé durant l'entre-deux guerres. Malgré son interdiction, ce biberon continua de circuler par échange entre mère. De plus, il resta longtemps disponible à la vente afin d'épuiser les stocks considérable de cet objet produit en masse. Le biberon « sauveur » succédera au biberon à tube, mais aussi « le nourricier », « le tuteur », « l'incomparable nourricier » ou encore « le biberon universel ». Ces noms faisaient référence au père de famille responsable de l'éducation de ses enfants et de la survie de la nation française en ces temps de guerre.

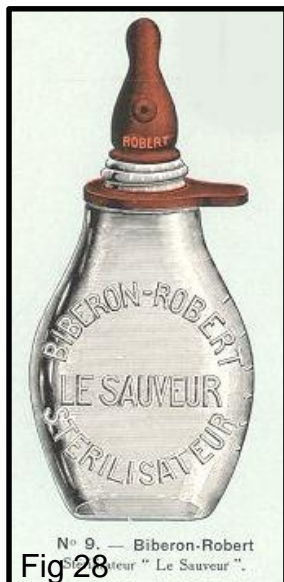


Fig 28



Fig 29

Fig 28 : Biberon de marque ROBERT®, « le sauveur » en verre. <http://www.histoire-du-biberon.com/ImagesListe/Biberophilie114.htm>

Fig 29 : Biberon de marque ROBERT®, «le parfait nourricier» en verre moulé et tétine en caoutchouc. Musée du château Saint- Jean. Nogent-le-Rotrou

En 1914, seuls 7,4% des nourrices donnent encore le sein. Les critiques émanant des médecins concernant la séparation de la mère et de son enfant se font moins virulentes et les arguments en faveur de l'allaitement maternel se font de moins en moins entendre dans les avis donnés à la population.

6) La pratique de l'allaitement après la seconde guerre mondiale

[73]

Après la seconde guerre mondiale, l'industrie des nourrices disparaît et les lactariums sont créés. Le dernier bureau de placement ferme ses portes en 1936. Ces bureaux sont remplacés par l'usage à domicile des biberons estimés plus sûrs.

[111]

Il faut attendre les années 1940 pour que les parents reprennent progressivement le pouvoir sur les conditions de naissance et d'alimentation de leurs nouveau-nés. En 1946, le livre du docteur Spock édite un livre : « The common sense, book of baby and child care ». Ce livre sera vendu à plus de cinquante millions d'exemplaires grâce à de nombreuses rééditions jusqu'en 1998. Cet ouvrage encourage les parents à faire d'avantage confiance à leur « bon sens » et à leur instinct. En 1957, un véritable mouvement en faveur de l'allaitement maternel se renforce aux Etats-Unis et se concrétise grâce à la création par les mères de Chicago de la « Leche League ». Cette association est destinée à aider les femmes qui veulent allaiter et qui sont privées d'aides ou de conseils de la part de leurs aînés et des soignants. Grâce à ces évolutions, le nombre de mères allaitantes est en constante progression. En France, la proportion de mères allaitantes reste forte (près de 90%) jusque dans les années 1930. Le mode

d'allaitement à des heures déterminées fait également son apparition avec toutes les contraintes qui y sont associées. A partir de 1963, le pourcentage des mères allaitantes baisse en raison de l'entrée massive des femmes sur le marché du travail et la montée de courants féministes hostiles à « l'esclavage » produit par l'allaitement au sein. Pour certaines mères l'allaitement est vu comme un enfermement dans le rôle de mère et de femme soumise, une image que les féministes veulent effacer. En 1972, seuls 36% des mères allaitent en maternité. Ce taux repart à la hausse avec le besoin de certains parents, de « retour à la nature », que représente l'allaitement au sein.

Les industriels, producteurs de laits de substitution destinés aux nourrissons, profitent de cette évolution culturelle pour mettre en place une stratégie très efficace pour leurs fins commerciales : prise en charge de la formation du personnel dans les établissements de santé, financement de matériel médical, séminaires, appui financier d'associations de médecins, etc... La publicité a également un rôle à jouer dans la vision qu'ont les parents en ce qui concerne le biberon. Il n'est à l'époque présenté que comme un progrès, remplaçant avantageusement en tout point l'allaitement maternel.

[144]

Depuis le milieu des années 90, on assiste à une hausse très importante du taux d'allaitement en France. : 46,4 % en 1996, 48,8 % en 1997, 50,1 % en 1999, 52 % en 2000.

7) Les nourrices

[93]

Le recours à une nourrice est un fait historiquement très ancien. Les premières traces de cette pratique remontent à l'époque de Babylone, au XVIIIème siècle av J.C. Le roi Hammourabi fit établir un code punissant les nourrices qui ne remplissaient pas leur contrat en leur tranchant les seins.

A l'époque du Rome antique, les nourrices les plus appréciées étaient celles d'origine grecque, car il existait alors une croyance selon laquelle, le lait transmettrait le caractère voire la culture de la femme qui le produisait. Cette croyance n'empêchait cependant pas le recours quasi systématique à des esclaves dans les familles princières en vue d'allaiter un nourrisson. Il a été longtemps répandu dans la société qu'il était indigne d'une femme de la haute société d'allaiter elle-même son enfant. Les nourrices étaient soigneusement recrutées et pouvaient jouir d'un statut élevé dans cette famille. Leur enfant pouvait devenir frère ou sœur de lait d'enfants issus de lignées royales.

[73]

Dans l'aristocratie, le fait de ne pas envoyer son enfant en nourrice est vu comme un signe de désintérêt pour la santé de son enfant et cela constitue une transgression au code de bonne conduite. En ville, on se dit alors plus « civilisé » qu'à la campagne et la mise en nourrice est un moyen pour certains de montrer leur « supériorité » par rapport au peuple rural, réputé pour être assez rustique. Les paysans, pour leur part, comptaient énormément sur cette activité car la pension attribuée aux nourrices permettait aux familles de se maintenir au-dessus du seuil de pauvreté et de parer aux éventuelles mauvaises récoltes. Les femmes vivant en campagne souffraient de l'offre

bien supérieure à la demande et étaient forcées parfois de vendre leur lait à très bas prix.

La pollution est aussi un élément dont la population commence à prendre conscience. Elle est visible en raison du développement de l'industrie en ville et aux alentours. Même les familles les plus pauvres faisaient les sacrifices financiers nécessaires à l'envoi de leur enfant en nourrice à la campagne, ceci dans le but de l'éloigner de la pollution des villes et de lui donner le meilleur départ possible dans la vie.



Fig 30 : La gardeuse d'enfants en Normandie, J-P Haag, peinture sur toile, collection du musée du Louviers. musee.ville-louviers.fr

Les nourrissons placés en nourrice ont un risque de mortalité deux fois plus élevé qu'en étant allaités par leur propre mère. A Florence au XVIIIème siècle, 1 enfant sur 5 allaité par une nourrice, décède avant d'atteindre l'âge de 6 mois. A Paris, à cette époque, 25 à 40 % des enfants meurent en nourrice contre 18 à 20% lorsqu'ils sont allaités par leur mère. Cette surmortalité peut s'expliquer par la fatigue, engendrée au court du voyage, pour le nourrisson n'ayant que quelques heures de vie ; la difficulté d'adaptation au nouveau lait qui est souvent trop mature pour la maturité intestinale du nouveau-né ; le manque d'hygiène dans la famille d'accueil ou le manque de lait de la nourrice qui nourrit bien souvent plusieurs enfants à la fois. Cependant la population n'a pas accès à ce genre d'informations et n'a pas connaissance de ces résultats catastrophiques. Ils pensent alors que les choix d'allaitement restent équivalents en ce qui concerne la survie de leur enfant. Malgré la fécondité très importante observée en ville, en raison du manque de moyens de contraception de l'époque, on peut constater que les fratries restent limitées par la forte mortalité. La fécondité est moins importante à la campagne, ceci étant dû à l'utilisation de l'allaitement comme moyen de contraception très efficace lorsqu'il est bien mené. Il est un des nombreux « remèdes de grand-mère » transmis de mère en fille au sein des familles.

Le choix de la nourrice est très souvent une affaire d'hommes. Le père fait appel à tout un réseau d'amis et de clients afin de recruter la nourrice idéale. C'est lui qui discute et conclut le marché avec celle qui va allaiter son enfant et c'est aussi lui qui décide du moment du sevrage. Tous ces termes étant rédigés dans un contrat. Pour l'époque, la mise en nourrice permet aux couples de pouvoir avoir de nouveau des relations

sexuelles. Les mères ne peuvent plus être accusées de gâcher leur lait ou de le transformer en poison comme l'indiquent les croyances de l'époque.

Cette croyance semble être l'un des critères de mise en nourrice des enfants car les parents redoutent d'enfreindre les interdits sous peine de donner du mauvais lait à leur enfant. La mise en nourrice représente également un instrument de domination masculine pour l'homme qui décide de tous les tenants et aboutissants de l'allaitement de son enfant.

[93]

Il existait des critères de recrutement pour que le bon choix de nourrice soit fait. La postulante devait être âgée de 20 à 40 ans, être honnête, d'humeur égale, sympathique, en bonne santé et de taille moyenne. Elle doit avoir un enfant de moins de deux mois et être propre. La consistance de son lait était vérifiée pour déterminer s'il était assez riche pour l'enfant à nourrir.

[40 ; 73]

L'allaitement des enfants provenant de familles aisées s'est toujours fait au détriment des enfants de nourrices. C'est pourquoi un groupe de médecins du 20^{ème} siècle, ont voulu « régler » l'accès aux nourrices à certaines conditions, pour éviter l'usage abusif de cette pratique. Tout d'abord ce règlement indiquait que « toute femme, de la simple paysanne à la reine a pour devoir sacré d'allaiter elle-même sa progéniture. ». Seule une mère se trouvant dans une situation extrême, telle que la maladie pouvait être déliée de ce devoir, et ceci sous réserve de l'accord de deux médecins réalisant chacun leur propre examen.

Les femmes pouvant dès lors postuler à l'emploi de nourrice, devaient appartenir à certaines catégories de mères : mère dont l'enfant est décédé ou femme capable de nourrir deux enfants en quantité suffisante. Quant à la mère plaçant son enfant, elle devait démontrer les circonstances ayant poussé à l'arrêt de l'allaitement et devait indiquer la personne s'engageant à prendre soin de l'enfant, pour une durée d'au moins quatre mois.

Les médecins très tôt convaincus de la dangerosité de cette pratique n'eurent de cesse de vouloir mettre en garde la population grâce à la publication de nombreux textes tel que celui-ci : « *Pour peu qu'à l'avenir notre principe fondamental : toute femme doit allaiter son rejeton s'impose énergiquement à l'esprit des médecins, des maris intelligents, et de leurs épouses timorées et pusillanimes, on ne tardera pas à voir s'éteindre la profession de nourrice, ce qui aura pour conséquence de conserver la vie à de nombreux enfants.* »

8) Définitions

Le terme « allaitement maternel » est réservé à l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson grâce au lait de sa mère ;

L'allaitement est exclusif, lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingesta, solide ou liquide, y compris de l'eau.

L'allaitement est partiel, lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture. En cas d'allaitement maternel partiel, celui-ci est majoritaire si la quantité de lait maternel consommé assure plus de 80 % des besoins de l'enfant ; moyen si elle assure 20 à 80 % de ses besoins et faible si elle en assure moins de 20 % ;

La réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein.

Le sevrage correspond à l'arrêt complet de l'allaitement maternel. Le sevrage ne doit pas être confondu avec le début de la diversification alimentaire.

9) Théories et croyances sur les propriétés du lait

a) Théorie ancienne sur la physiologie du lait

[73]

Aux yeux des scientifiques, la physiologie de l'allaitement est restée très mystérieuse pendant des siècles. On considère pendant l'antiquité que le lait est en réalité du sang cuit et blanchi provenant du placenta, dont le sang a été détourné et redirigé vers le sein nourricier. L'allaitement se présentait alors comme la suite logique de la grossesse jusqu'au XIX^{ème} siècle. Cette théorie a servi de base pour de nombreux médecins défendant l'allaitement maternel.

Des traités d'anatomie rédigés par des scientifiques de l'époque gréco-romaine expliquaient ce phénomène, grâce à la théorie de la déalbation. La déalbation correspondait à une sorte de recyclage du sang ayant servi à la construction de l'enfant *in-utéro*. Celui-ci venant du cordon ombilical remonterait jusqu'à la poitrine par une veine hypothétique reliant l'utérus à la poitrine de la mère. L'encyclopédiste et moine franciscain du XIII^{ème} siècle, Barthélemy l'Anglais, écrit également à ce sujet, décrivant le lait comme du sang bouilli qui serait devenu blanc. Cette encyclopédie nommée le livre des propriétés des choses (*de proprietatibus rerum*) explique ce phénomène. Ces théories ont également pour but d'inciter les mères à nourrir elles-mêmes leur enfant, pour achever son développement de manière optimale. Ces mêmes traités de médecine et de pédagogie prônaient la supériorité du lait maternel. En 1285, Gilles de Rome rédigea un traité destiné au futur roi de France Philippe le Bel indiquant que : « le lait de la mère convient mieux à la nature de son enfant que le lait d'une autre femme ». Les analyses biologiques de lait maternel réalisées durant les XIX^{ème} et XX^{ème} siècles n'iront pas à l'encontre de la croyance du sang blanchi. En 1917 le docteur Garni écrit dans son ouvrage destiné au foyer que « le lait est comme du sang blanchi », c'est-à-dire qu'il correspond au premier degré d'élaboration, pour se convertir par la suite, une fois ingurgité en un sang parfait chez l'enfant. L'analyse microscopique et les expériences physiologiques montrent en effet une grande analogie de composition entre le sang et le lait. Le lait est alors décrit comme un second sang. Les

médecins de l'époque considéraient que la mère perdant encore du sang après l'accouchement produisait un lait de mauvaise qualité puisque qu'il y avait des pertes de substances réservées au nourrisson. Ce n'est que très récemment, dans la deuxième moitié du XXème siècle, que les connaissances de cette époque ont été revues et actualisées.

b) Théories anciennes sur le colostrum

[73]

Les médecins recommandaient d'attendre 20 jours après l'accouchement pour allaiter, pour donner le temps au sang utérin de s'évacuer et au lait produit d'être purifié. Durant cette période, le service des nourrices étaient alors nécessaire. Quant aux mères, durant ce délai, elles devaient régulièrement dégorgé leurs seins, avec l'aide de servante si nécessaire. Il a même été rapporté que de jeunes chiens étaient utilisés pour téter et éviter l'engorgement mammaire. On patientait afin que le lait de la mère puisse s'épaissir et que l'enfant soit débarrassé de son méconium. Le colostrum considéré comme trop pâle, n'était pas perçu comme un aliment mais plutôt comme un poison. Il est réhabilité au XVIIIème siècle, Pour ses propriétés dites purgatives pour l'enfant, supérieures à celles des préparations traditionnelles utilisées depuis des siècles pour dégorgé les intestins des nouveau-nés. On utilisait l'huile d'amande douce, le sirop de chicorée ou le vin au miel. Il est aujourd'hui conseillé de mettre l'enfant au sein dès la naissance, mais le jeûne est toujours recommandé dans les manuels de puériculture jusque dans les années 1950.

Depuis une vingtaine d'années les études et analyses ont montré l'extrême richesse du colostrum ainsi que les bienfaits évidents, pour l'enfant et la mère, de la mise au sein dès la naissance. Malgré cela l'information reste difficile à transmettre et les croyances restent très présentes dans de nombreuses parties du monde.

[24]

Dans la population sénégalaise résidant près de Khombole, on a établi que 23 % des mères ne donnaient pas le colostrum à leur enfant en 1989. Elles le recueillaient puis le jetaient.

c) Croyances sur la bonne conduite des mères allaitantes

[73]

Autrefois certains aliments semblaient avoir des effets sur la qualité du lait. Certains étaient réputés pour altérer le goût du lait, tels que l'ail ou le chou ; ou pour tarir la lactation tel que le persil. A l'inverse certains étaient réputés pour favoriser la lactation par leurs propriétés galactogènes, tel que la bière, à l'époque bien sûr l'alcoolisation de l'enfant lors de la tétée n'était pas un facteur pris en compte, car certainement méconnu.



Fig 31

Celle-ci en boit

Celle-là n'en boit pas

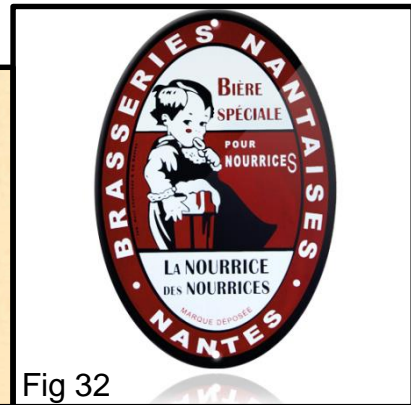


Fig 32

Fig 31 : Publicité vantant les mérites de la bière chez la femme allaitante. Sources : <http://madame.lefigaro.fr/art-de-vivre/biere-histoire-de-femmes-010814-899555>.

Fig 32 : Bière « La nourrice », plaque publicitaire, début 1900. Nantes. France.

La mère devait aussi surveiller ses activités et ses sentiments. On pensait que la femme allaitante tout comme la femme enceinte ne devait pas ressentir de sentiments trop violents et d'émotions fortes sous peine de faire tourner le lait et de le rendre impropre à la consommation pour l'enfant. Ce « mauvais lait qui tue » fut l'explication de l'époque lorsque certaines morts subites restaient inexplicables. Pour les anciens, le lait était rendu poison par un excès de chaleur, les chocs chaud /froid ou un excès de travail ; c'est pourquoi la femme en sueur ne devait pas allaiter. Elle devait tout d'abord se reposer pour que le lait redevienne bon. Le lait était aussi réputé pour transmettre tous les maux de la mère.

La mère qui avait un retour de couche prématuré malgré un allaitement régulier ne devait pas allaiter durant sa grossesse l'enfant déjà né, en raison de la production d'un lait pauvre en nutriments. Ceci s'explique à l'époque par les croyances anatomiques selon lesquelles le sang devient lait après la naissance. Ceci marquait en général l'arrêt de l'allaitement de l'aîné. Pour certains médecins et auteurs, le fœtus présent dans l'utérus durant l'allaitement empoisonnait le lait.

[24]

La croyance populaire voulait que ce soit le fœtus qui soit menacé par son aîné qui « lui vole son lait ». En Afrique subsaharienne, de nombreuses croyances ont encore cours. Certaines d'entre elles disent que le lait appartient au fœtus et qu'en tétant le sein de sa mère l'aîné risque de « sucer les pieds du fœtus ».

d) Le lait protecteur et réparateur, remède des maux

[73]

Le lait, à cette époque, a déjà fait ses preuves pour ses propriétés régénérative et réparatrice. Il est déjà souvent utilisé comme remède. En 1659, le roi d'Espagne Philippe IV âgé de cinquante-quatre ans est atteint de maux d'estomac terribles ne se nourrit plus que de lait de femme, seul aliment que son estomac peut tolérer. Il prend alors une nourrice qu'il tète quatre fois par jour.

Comme nous l'avons vu précédemment on attribuait au lait des vertus mystiques qui permettait à Marie, la sainte vierge de pouvoir communiquer avec Dieu, le père de son enfant. On constate que bien plus tard cette idée est toujours présente dans les esprits puisque que le lait est répandu sur les tombes des défunts lors de rituels funéraires afin de les bénir et de les protéger. Dans de nombreuses cultures l'allaitement est une force mystérieuse mettant en jeu les pouvoirs mystiques du lait, et conférant ainsi à certains enfants un destin singulier.

[93]

Le sein de la mère et le lait qu'elle donne à son enfant n'ont pas qu'un but alimentaire. La tétée a pour rôle également d'apaiser l'enfant lorsqu'il est agité. Lorsque l'allaitement dure plusieurs années, l'enfant se nourrit de plus en plus de nourriture solide mais il désire souvent conserver une à deux tétées par jour car elles lui permettent de mieux gérer ses peurs et ses tensions. Certaines mères continuent ce rituel de l'allaitement alors que l'enfant n'ingurgite quasiment plus de lait.

10) Préparation à l'allaitement

a) Préparation des seins à l'allaitement

[91 ; 92]

Pour que l'allaitement se déroule bien, il faut que le mamelon soit bien formé pour que l'enfant puisse le prendre en bouche. Durant les siècles précédents, les tenues composées de corsets provoquaient des rétractations de mamelons en raison du port serré, censé assurer le maintien. Au cours du temps, les pratiques de préparations à l'allaitement ont changé. Les médecins du XIXème siècle recommandaient d'étirer les tétons durant la grossesse et d'effectuer des massages. Ces pratiques semblent archaïques et parfois barbares mais elles subsistent toujours dans certaines régions du monde comme au Burkina Faso où les traditions de préparation à l'allaitement restent très présentes dans les esprits. On étire les seins des jeunes mères en les plaçant entre deux pierres chaudes car la coutume veut, dans cette partie du monde, qu'un bon sein nourricier soit allongé et non rebondi.

[15]

Il existait également une activité exercée par des hommes, souvent simplets, appelés tétaires. Ils étaient chargés à la fois de résoudre certains problèmes aigus (engorgements, abcès...) et de préparer les seins des femmes venant d'accoucher. Le dernier ayant exercé cette activité, serait mort en 1957 dans le Somail, petit hameau français du Languedoc-Roussillon. Les croyances actuelles résultent du fait que l'allaitement

est un acte à la fois physiologique, naturel et culturel. Chaque culture semble avoir ses attentes et ses normes pour faire qu'une mère sera une bonne mère allaitante.

[91 ; 92]

En Afrique les seins doivent être longs et pendants ; en Occident, ils doivent conserver leur rondeur et leur fermeté par crainte d'une déformation.

En réalité, le processus se fait tout au long de la grossesse et de manière tout à fait naturelle. La taille ainsi que la forme des seins et des mamelons varient d'une femme à l'autre. Les études ont montré que la taille des seins n'influence pas la capacité de la femme à produire du lait.

La vraie préparation nécessaire réside dans le fait d'informer la mère et de lui montrer la bonne pratique de l'allaitement afin que celui-ci se déroule sans difficulté. L'entourage et le soutien du personnel soignant doit mener à ce que la mère soit préparée à réagir en cas d'éventuels problèmes afin que les choses rentrent rapidement dans l'ordre et que l'allaitement suive son cours. Le sein n'a pas besoin d'entretien particulier car durant la lactation, il sécrète grâce aux glandes de Montgomery une substance protectrice.

[6]

Selon l'étude réalisée dans les pays de la Loire en 2011 sur l'information prénatale, par Barrière et al, 5,2% des mères présentes avaient été informées de l'inutilité de préparer les seins avant l'accouchement, mais 25% des femmes avaient reçu un conseil de préparation tel que l'application d'une crème ou le port de coupelles.

b) Stimulation de la lactation

[40]

Au début du XX^{ème} siècle le port du corsage entraînait non seulement des mamelons ombiliqués mais aussi bien souvent une dégénérescence du sein et un déficit en graisse dans cet organe. L'alimentation peu équilibrée, pauvre en protéine et riche en alcool entraînait aussi ce genre de problème de développement.



Fig 33

Fig 33 : Schéma du muscle pectoral <http://sante.lefigaro.fr/sante/organe/grand-pectoral/quest-ce-que-cest>

La production et l'éjection de lait par le sein nécessite un muscle pectoral suffisamment développé. Le manque d'activité physique de la partie supérieure du corps donne des seins plutôt gras, ne possédant pas de muscles assez puissants pour être producteurs de lait en bonne quantité.

Les femmes dont les mères étaient porteuses de la syphilis, de la tuberculose ou souffrant d'alcoolisme durant leur grossesse avaient généralement un développement de la glande mammaire moindre et donc étaient confrontées à plus de difficultés pour nourrir leur enfant.

Les scientifiques et médecins ont toujours été à la recherche de l'aliment miracle qui permettrait de stimuler la lactation. Au début du XXème siècle, il était recommandé de consommer du lait chaud, alors considéré comme le meilleur aliment utilisé à cet effet. On y ajoutait parfois du café d'orge sucré. On recommandait également l'usage de la farine de gruau, la consommation de potages aux herbes et de certaines limonades chaudes. La viande ainsi que la bière, le vin, le vinaigre et les épices sont à l'époque déconseillés.

Il était avancé que plus la digestion des aliments et boisson ingérés était bonne, plus les sucs étaient purs et plus le lait était de bonne consistance.

Pour cette époque, les médecins considéraient que les femmes ayant un travail physiquement difficile et ayant une alimentation plus simple possédaient d'excellents organes sécréteurs de lait. Ils expliquaient alors cela par un environnement possédant un air plus pur, durant leurs activités agricoles journalières, généralement réalisées en extérieur. Leur régime alimentaire repose essentiellement sur le pain noir, le lait, le cidre, des pommes et très peu de viande. Ce régime semble être un régime idéal aux yeux des scientifiques de ce siècle.

11) Physiologie de l'allaitement

[49 ; 57 ; 76]

a) Structure mammaire et hormones associées

Le sein est une glande pouvant sécréter du lait, mais aussi un muscle permettant l'excrétion de celui-ci vers l'extérieur. C'est pourquoi, un bon développement de la glande mammaire et des muscles permettant l'éjection du lait est nécessaire.

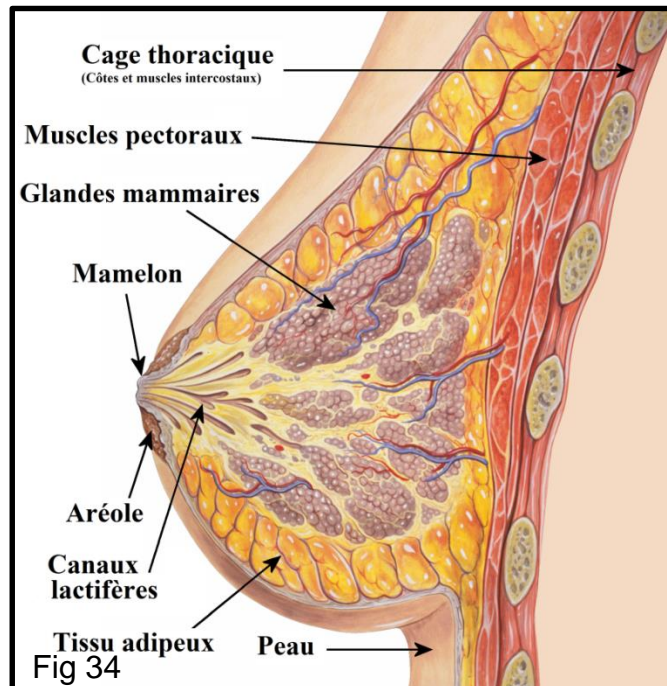


Fig 34 : schéma de la structure interne du sein. <http://www.allo-prof.qc.ca/BV/Pages/s1573.aspx>

Le lait maternel est un fluide se fabriquant à partir du quatrième mois de grossesse sous l'influence de plusieurs hormones sécrétées durant la grossesse. Les canaux lactifères et les alvéoles mammaires peuvent commencer à se former dès la 6^{ème} semaine de grossesse. Pour que du lait soit produit, le corps doit sécréter de la progestérone, et de l'hormone lactogène placentaire. Cependant, le taux élevé en progestérone durant la grossesse exerce un rétrocontrôle négatif sur la lactation. A l'accouchement, ce taux chute brutalement après l'expulsion du placenta. La production du lait définitif débute trois jours environ après l'accouchement. Le lait est produit par les alvéoles au sein de la glande mammaire puis est acheminé via les canaux lactifères.

La sécrétion de lait est dépendante de la succion de l'enfant. Plus l'enfant sera mis au sein de manière précoce et plus la lactation se mettra en route rapidement et efficacement. Le réflexe de fouissement est présent dès la première heure de vie et doit être respecté.

Deux autres hormones sont essentielles dans la lactation : la prolactine et l'ocytocine. La première aide à la fabrication du lait et la deuxième déclenche la contraction des muscles pour l'éjection du lait par levée d'inhibition hypothalamique. L'ocytocine est sécrétée en plus grande quantité grâce à des stimuli correspondant à l'enfant qui manifeste sa faim par des cris et des pleurs. Sa sécrétion est diminuée par la douleur, l'inquiétude et l'anxiété. On peut alors avoir une inhibition du réflexe d'éjection malgré une succion de l'enfant efficace. Un nouveau-né a besoin de téter entre 8 et 12 fois par 24 heures une fois la lactation mise en place, mais ceci peut prendre plusieurs jours.

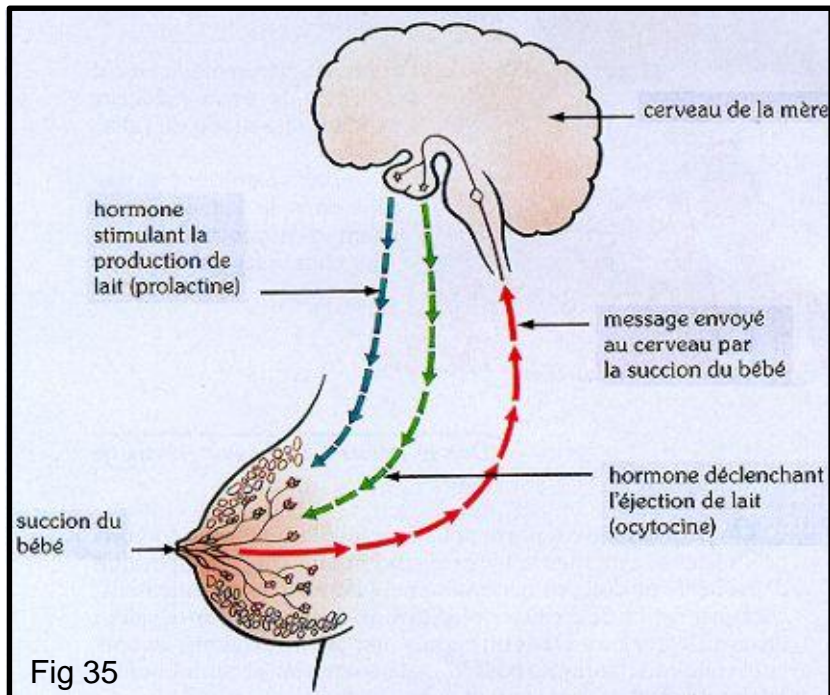


Fig 35: Régulation hormonale de la lactation "Manual of feeding infants and young children." Margaret Cameron and Ingur Hofvander Oxford University Press 1983.

Le processus d'éjection du lait n'est pas immédiat après le début de la succion, il faut attendre deux à trois minutes pour que le réflexe se mette en route. Une fois ce laps de temps dépassé, l'enfant va pouvoir absorber le colostrum. Ce premier lait est peu riche, mais il est constitué majoritairement d'éléments nutritifs simples facilement assimilables tels que des acides aminés, des protéines à petites chaînes et des vitamines liposolubles (A, D, E, K). Il est également essentiel à l'enfant car il est riche en immunoglobulines, qui vont le protéger en attendant qu'il constitue sa propre immunité.

La congestion mammaire se traduisant par une augmentation de volume, une tension des seins ainsi qu'une sensation de chaleur dans les premiers jours suivant la naissance, ne doit pas être confondue avec un engorgement. L'engorgement physiologique témoigne de l'installation du deuxième stade de la lactogénèse. Il se résout rapidement avec des tétées efficaces. Il devient pathologique s'il s'accompagne de fièvre, frissons, douleurs et d'une gêne à l'écoulement du lait. Il peut évoluer vers une mastite, c'est-à-dire une réaction inflammatoire, si des mesures efficaces ne sont pas prises.

La tétée a longtemps été pratiquée à heures fixes, hors la lactation est dépendante de la succion de l'enfant. Il est préférable de réaliser de petites sessions d'allaitement pour stimuler la lactation plutôt que de vouloir donner beaucoup de lait à la fois à l'enfant. La mère doit s'adapter au rythme de l'enfant et non l'inverse. L'augmentation de fréquence des tétées permet une meilleure vidange du sein et une meilleure stimulation de la lactation.

Durant les XVIIème et XVIIIème siècles, de nombreux récits d'allaitement extraordinaires sont rapportés. Il ne s'agit pas de miracles mais plutôt d'exploits physiques car à force de stimuler le sein par la succion de l'enfant, l'allaitement aurait été rendu possible. Beaucoup de ces récits appartiennent au genre codifié du récit de miracle ou de prodige mais on ne peut savoir si ces faits se révèlent être vrais. Ceci semble a

priori impossible aujourd'hui pour les médecins occidentaux spécialisés dans la physiologie de l'allaitement. Pourtant, l'allaitement par des grands-mères ou des femmes n'ayant pas accouché est attesté par des ethnologues. Ces phénomènes seraient observés aujourd'hui en Afrique et en Océanie où des enfants adoptés sont parfois allaités par leur mère adoptive.

b) Les constituants du lait maternel

[57 ; 76]

Le lait maternel est spécifique de l'enfant auquel il est destiné. Le lait de vache est trois fois plus riche en protéines et quatre fois plus riche en minéraux que le lait de femme. Les acides gras essentiels sont en quantité moindre dans le lait de vache. Ceci est dû aux rythmes de croissance cérébrale différents des deux espèces. Le lait de vache n'est pas adapté aux besoins nutritionnels et au métabolisme de l'enfant. Le foie et les reins seraient sur sollicités si l'enfant consommait du lait de vache non transformé. L'enfant ne recevrait pas assez d'acides gras insaturés nécessaires à l'élaboration de ses tissus cérébraux.

La femme enceinte doit veiller à ses apports nutritifs car elle constitue les réserves prochainement utilisées par l'enfant. Le cholestérol est présent en grande quantité dans le lait maternel, il est précurseur de nombreuses molécules vitales au développement de l'enfant (sels biliaires, hormones stéroïdiennes). Certaines théories scientifiques établissent un lien entre une introduction précoce de cholestérol dans l'organisme et un niveau élevé de HDL permettant son épuration. L'apport précoce de cholestérol constituerait donc un moyen de prévention contre l'hypercholestérolémie mais aussi contre l'hypertension ou encore l'artériosclérose, conséquences directes d'un taux de cholestérol sanguin trop élevé. Le lait de vache est riche en lactose, contrairement au lait maternel qui lui est riche en galactose. Ce dernier est mieux capté par le foie que le glucose pour constituer les réserves énergétiques. Il est essentiel dans le maintien de la glycémie à jeun, et dans la glucuro-conjugaison permettant l'élimination de la bilirubine.

Le calcium est très présent dans le lait de vache mais moins bien assimilé par un enfant qui n'en a pas besoin d'autant. L'absorption du calcium chez l'enfant se fait sous l'influence de la vitamine D qui lui est apportée par le lait maternel.

Le lait de vache est riche en sodium, ce qui est délétère pour l'équilibre électrolytique de l'enfant. Le lait maternel est spécifique également par sa forte teneur en hormones thyroïdiennes, venant de la mère et participant à son développement.

	Lait humain	Lait de vache
Valeur énergétique (kcal/litre)	690	705
Protéines (g/l)	10.6 g/l	32.0 g/l
Caséines	3.7	26.0
Protéines solubles	6.9	6.0
α -lactalbumine	3.6	2.7
β -lactalbumine	-	1.5
Lactoferrine	1.5	traces
Lysozyme	3.0	traces
Albumine sérique	0.5	0.3
Immunoglobulines	1.0	0.7
IgA sécrétoires	1.00	-
IgG	0.01	-
IgM	0.01	-
IgD	traces	-
Glucides (g/l)	75 - 80.0 g/l	48.0 g/l
Lactose	70.0	48.0
Oligosaccharides	5 - 10	-
Lipides (g/100 g de matières grasses)	45.0 g/l	35.0 g/l
Triglycérides	98.0	96.0 - 98.0
Diglycérides	0.7	0.3 - 1.6
Monoglycérides	traces	traces
Phospholipides	0.3	0.2 - 1.0
Cérébrosides	traces	traces
Stérols	0.3	0.2 - 0.4
Acides gras libres	0.4	0.1 - 0.4

Tableau 2

	Lait humain	Lait de vache
Vitamines (mg/l)		
Vitamines hydrosolubles		
B ₁ (thiamine)	0.2	0.4
B ₂ (riboflavine)	0.4	1.7
B ₆ (pyridoxine)	0.1	0.5
B ₁₂ (cobalamine)	0.0001	0.0045
Acide folique	0.0014	0.05
C (acide ascorbique)	43.0	18.0
Vitamines liposolubles		
A	0.5	0.4
β -carotènes	0.3	0.2
D	traces	0.0008
E	5.60	1.1
K	0.010	0.03
Minéraux (mg/l)		
Calcium	300	1250
Magnésium	35 - 45	120
Phosphore	150	860
Sodium	100	490
Oligo-éléments (μg/l)		
Aluminium	0.5	0.6 - 1.0
Cuivre	0.4	0.1 - 0.4
Fer	0.7	0.2
Iode	0.08	-
Manganèse	0.02	0.01 - 0.03
Molybdène	0.002	0.07
Zinc	2.4	3 - 6

Tableau 3

Tableaux 2 et 3 : Composition protéique, glucidique et lipidique du lait humain et du lait de vache. Développement et validation d'un nouveau modèle de fermentation co-lique in vitro avec cellules immobilisées. Cinquin, Cécile Françoise. FACULTÉ DES

c) Les molécules donnant l'immunité à l'enfant

[57]

Le colostrum, premier lait sécrété par les glandes mammaires est essentiel dans les premiers instants de vie. Il contient énormément d'immunoglobulines (1740 mg d'IgA et 43mg d'IgG pour 100ml de lait). Ces molécules, possédant une structure protéique, sont responsables de l'immunité digestive de l'enfant. Un type particulier joue un rôle très important, il s'agit des IgA sécrétées produites dans l'organisme maternel. Elles sont synthétisées en temps normal dans l'organisme, au niveau des muqueuses bronchiques et intestinales grâce aux xéno-antigènes ingérés ou inhalés.

[17]

Les xéno-antigènes détectés, stimulent les cellules immunitaires telles que les lymphocytes présents dans les tissus lymphoïdes. Ces cellules immunitaires recevant l'information, sont alors « activées » et migrent ensuite vers les ganglions régionaux. Les lymphocytes rejoignent ensuite la circulation sanguine et gagnent d'autres compartiments de l'organisme tels que la glande mammaire durant l'allaitement. Ils cessent d'être circulants et deviennent alors plasmocytes. On assiste alors à la synthèse d'anticorps dirigés contre le xéno-antigène activateur. Les IgA vont ensuite passer dans le lait maternel afin que l'enfant puisse bénéficier de l'immunité de sa mère. Les IgA vont persister dans le tube digestif sans doute grâce à la faible acidité gastrique des nouveaux nés et à la pièce sécrétoire empêchant leur dégradation causée par le suc gastrique. Leur action locale est essentielle et se produit de deux façons. Tout d'abord elles permettent l'inhibition de l'adhésion des bactéries puis elles empêchent la synthèse des constituants membranaires de la bactérie. Le mécanisme est identique que l'agent extérieur soit un germe, une toxine ou une enzyme. Les immunoglobulines produites et présentes au niveau intestinal vont se fixer sur l'agent et produire une agglutination inhibant son action. L'agent ainsi neutralisé pourra être éliminé par la suite dans les selles.

Les IgA sont toujours présentes dans le lait définitif mais dans des proportions moindres (100mg d'IgA et 41mg d'IgG pour 100ml de lait). La mère transmet également dans les premiers jours beaucoup de cellules tels que macrophages, polynucléaires neutrophiles (à 90%), lymphocytes B et lymphocytes T (pour les 10% restants).

d) La flore de l'enfant

[57]

La flore s'établissant chez un enfant nourri au sein de sa mère est différente de celle d'un enfant nourri au biberon par du lait de vache. Chez l'enfant au sein, la population est constituée de *Bifidobacterium* qui se développe bien grâce à l'environnement

constitué par cette alimentation. Grâce à cet environnement, la bactérie *Escherichia coli* se développe peu.

Lorsqu'il est nourrit au lait de vache, l'enfant constitue une flore où la bactérie *Bifidobacterium* est absente et *Escherichia coli* dominante. Ceci avait déjà été analysé comme élément dépendant d'un facteur chimique, la caséine K, présente dans le lait de la femme et permettant la croissance des *Bifidobacteriums*. Depuis la découverte de cette donnée l'industrie a enrichi ses préparations pour nourrissons en caséine. La flore intestinale d'un individu se constitue durant les premiers jours de vie selon une chaîne bien déterminée et toute perturbation de celle-ci est malheureusement irréversible. Il est aujourd'hui établi que la flore intestinale joue notamment un rôle important dans la tolérance digestive.

12) Conclusion

L'allaitement maternel au sein, aujourd'hui réhabilité, n'a pas toujours été bien vu dans la société. La modernisation de notre environnement et les théories hygiénistes n'ont pas favorisées cette pratique. Les parents ont toujours été soucieux du bien-être de leur enfant, mais le manque de connaissances, a conduit autrefois à des choix pénalisants pouvant avoir de graves conséquences. L'enjeu majeur est désormais de réaliser la formation du personnel de santé et de fournir aux mères les informations nécessaires au choix du mode d'allaitement. Ce choix doit être éclairé et discuté afin qu'il soit le meilleur possible en fonction de la situation économique, pathologique, et sociale de la mère.

CHAPITRE 2 : Promotion de l'allaitement dans la société d'aujourd'hui et à travers le monde

1) Introduction

[57]

En 1922, aux Etats-Unis, le professeur Woodbury constate que le taux de mortalité infantile est supérieur chez les nouveau-nés ne recevant pas le lait de leur mère. Des observations semblables ont été faites entre 1905 et 1955 par des scientifiques tels que le professeur Harwarth en Angleterre, les professeurs Grulee et Mannheimer aux Etats-unis. L'assemblée mondiale de la santé (AMS), instance décisionnelle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), consciente du déclin de l'allaitement maternel décide à partir de 1974 de mettre tout en œuvre pour sensibiliser les populations à l'allaitement maternel, afin de l'imposer comme moyen d'alimentation privilégié, permettant un bon développement de l'enfant, qu'il soit physique ou mental. L'OMS met alors au point un programme en trois points, visant à promouvoir l'allaitement.

Elle élabore également avec l'aide de chercheurs et d'institutions nationales une étude sur la fréquence et la durée de l'allaitement maternel en Hongrie, Suède, Ethiopie, Chili, Guatemala, Philippines, Inde, Nigéria et au Zaïre. Une grande attention a été portée aux pays en voie de développement où l'allaitement est primordial à la survie. Dans cette étude, près de 24000 couples mère/enfant ont été étudiés selon le critère de l'allaitement, la durée de celui-ci, la pratique de supplémentation et le sevrage. L'étude a duré 24 mois. Tous les niveaux socio-économiques ont été étudiés avec environ 1800 cas par pays. Un questionnaire a permis le suivi des mères ayant accouché à domicile. Les données recueillies ont également permis l'évaluation du niveau des services sanitaires, du niveau de formation du personnel de santé, de la nature de la législation sociale et sanitaire relatives à la maternité et aux soins de santé de ces différents pays. L'OMS constate également à cette époque, qu'il est nécessaire de réglementer la commercialisation des aliments pour nourrissons produits industriellement.

Cette étude a révélé un déclin important de la pratique de l'allaitement maternel dans les pays développés. Ce déclin commençait également à être observé dans les pays en voie de développement. Par exemple, on a pu constater qu'au Guatemala et aux Philippines près de 30% des femmes n'allaitaient pas leur enfant au sein à la naissance. Ces deux pays sont ceux où le déclin est le plus flagrant à l'époque de l'étude. L'orientation vers l'alimentation industrielle se constate surtout dans les zones de populations éduquées et ayant des revenus convenables. Il n'est envisageable que dans les zones où l'accès à l'eau potable est possible. La « mode » du passage à une nourriture industrielle a influencé les mères des zones les plus défavorisées. Malgré tout l'allaitement maternel reste la pratique majoritaire lorsque les moyens économiques sont limités et lorsque le milieu de vie est défavorable.

Dans les années 90, en Suède et en Hongrie la promotion de l'allaitement maternel était déjà une réelle préoccupation de la classe politique. On observe que quel que soit le statut socio-économique de la mère, ces deux pays présentaient les taux d'allaitement les plus élevés d'Europe.

[7 ; 34 ; 72 ; 119]

Actuellement dans les pays en développement, le taux d'allaitement maternel au sein reste très bas. Les enfants de ces pays seraient 38% entre 0 et 5 mois à recevoir un allaitement au sein de manière exclusive ; 60 % entre 6 et 8 mois d'âge à être encore allaités au sein en complément d'une autre alimentation. Entre 20 et 23 mois, 55 % sont encore allaités par leur mère.

En ce qui concerne l'initiation, seul 43 % des nouveaux nés sont mis au sein pour respecter le réflexe de fouissement se produisant dans les minutes suivant la naissance. Dans de nombreuses régions du monde le taux d'initiation à l'allaitement est extrêmement bas. On estime que l'initiation précoce se fait dans 17 % des cas dans les pays d'Europe de l'est et d'Asie Centrale, et dans 33 % des cas en Asie de l'Est. Les taux les plus élevés étant retrouvés en Amérique Latine, dans les îles telles que les Caraïbes, en Afrique de l'Est, en Afrique du Nord avec des taux dépassant 50%. En Asie du Sud, environ 25 % des enfants nés au Bangladesh, en Inde ou au Pakistan sont allaités immédiatement après l'accouchement, contre 75 % au Sri Lanka qui présente un fort taux d'allaitement à la naissance. L'allaitement des nourrissons de moins de deux ans a le plus grand impact sur la survie par rapport à toutes les interventions de prévention pour l'enfance.

[7]

Il existerait la possibilité d'empêcher 1,4 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde et notamment dans les pays en développement (selon le journal Lancet en 2008).

[162]

Selon les sondages de l'UNICEF (« United Nations International Children's Emergency Fund ») de 2007, des progrès importants et encourageants ont été constatés au cours du début des années 2000. Dans 12 pays de l'Afrique Sub-saharienne on a constaté une augmentation du taux d'allaitement maternel exclusif d'au moins 20 %. Ces résultats ont été possibles en raison des changements profonds qui se sont effectués en ce qui concerne les pratiques d'alimentation des nourrissons, les comportements politiques et législatifs, le renforcement du système de santé et de ses capacités à transmettre des informations auprès des populations. L'action communautaire s'est considérablement développée grâce à la stratégie et aux actions combinées de l'UNICEF et de l'OMS.

2) Les bénéfices de l'allaitement

[114]

Les bienfaits du lait sur la santé de la mère et de l'enfant à court et à long terme sont aujourd'hui reconnus. L'allaitement maternel possède un impact positif sur de nombreuses fonctions physiologiques et sur la résolution de pathologies gastroentérologiques, ORL, urinaires, dermatologiques, allergiques, diabétiques, cognitifs et osseux. L'allaitement maternel a de multiples bénéfices qui pour certains sont encore méconnus ou sous-estimés par la population mais aussi par les personnels de santé.

a) Alimentation optimale pour l'enfant de 0 à 2 ans

Le lait maternel fournit tous les nutriments, vitamines et minéraux nécessaires à la croissance du nourrisson pour les six premiers mois. L'introduction dans l'alimentation de celui-ci d'autres liquides ou aliments n'est absolument pas nécessaire à son bon développement.

b) L'allaitement comme outil de contraception pour la mère

[9]

Dans l'ouvrage de Sarah Blaffer Hrdy, les instincts maternels, on peut constater que l'allaitement est reconnu depuis plusieurs siècles comme un moyen de contraception fiable. Au XVIII^e siècle, certaines aristocrates rapportent dans leurs écrits que l'allaitement retardait la venue d'une nouvelle grossesse, c'est pourquoi leurs enfants passaient des seins de leurs nourrices à leur propre sein pour maintenir la lactation, afin de retarder une nouvelle gestation. Pour la médecine de l'époque en revanche, l'allaitement restait une forme particulièrement peu fiable pour cette fin. Cette pratique de l'allaitement était transmise dans les familles de mères en filles et fut longtemps considérée comme un « remède de grand-mère » pour éviter les grossesses rapprochées. Par la suite, l'étude de la physiologie de l'allaitement, par l'observation de peuples des sociétés traditionnelles mais aussi des primates, permit de mieux comprendre ce phénomène de régulation. Les études ont montré que le cycle menstruel pouvait être stoppé grâce à quatre-vingts minutes de tétée par jour, réparties en un minimum de six séries, sur une durée d'au moins dix-huit mois. Ces valeurs varient en fonction de l'activité physique de la mère. La sédentarité favorise la reprise du cycle et nécessite plus de tétées afin de bloquer l'ovulation. Les chercheurs ont observé que chaque fois qu'un peuple cesse d'être nomade, les intervalles entre les naissances raccourcissent. Les facteurs primordiaux permettant de bloquer l'ovulation et l'aménorrhée sont la fréquence des tétées, la durée, la qualité, le mode et la durée de l'allaitement. En moyenne, le délai entre deux grossesses observé était de 2,7 mois s'il n'y avait pas d'allaitement, 4 mois s'il y en avait un plus ou moins bien conduit et 7,6 mois pour une mère allaitant entre 14 et 16 mois de manière constante.

La prolactine sécrétée par l'hypophyse sous l'influence de la succion de l'enfant, à un taux sanguin suffisamment élevé chez la mère, permet un blocage de l'ovulation. Son taux sera d'autant plus élevé que le nombre de tétées journalières est grand (cf chapitre 1). L'allaitement maternel permet ainsi de se prémunir d'une nouvelle grossesse rapprochée.

[57]

Aujourd'hui cette méthode reste marginale et de nombreuses mères préfèrent avoir recours à une contraception orale hormonale. La quantité d'hormones provenant de contraceptifs stéroïdiens excrétés dans le lait maternel se situe entre 0,0002 et 1% de la dose administrée selon les études qui ne révèlent pas si cette quantité est active ou sous forme de métabolite inactif. Le rapport bénéfice risque est favorable à leur utilisation bien que des cas de gynécomastie ont été déjà répertoriés. La loi autorisant la commercialisation des contraceptifs date des 1967 mais ne sera appliquée qu'à partir de 1972.

[112]

L'aménorrhée lactationnelle peut être contraceptive jusqu'à 6 mois après l'accouchement si les 4 recommandations de consensus de Bellagio sont respectées. Si les recommandations sont bien appliquées, le risque de grossesse s'élève à 2%. L'allaitement pour être contraceptif doit être exclusif. La mère doit respecter 6 à 10 tétées par 24 heures avec un intervalle n'excédant pas plus de 6 heures la nuit et 4 heures le jour. La mère ne doit pas avoir de menstruations. Le risque de grossesse redevient très important dès lors que les règles reviennent, que la fréquence ou la durée de tétée diminue, que la mère sevre son enfant ou que l'enfant a plus de 6 mois.

En cas d'allaitement, une contraception hormonale orale par pilule micro progestative (Cérazette®, désogestrel à 75µg) pourra être prescrite en première intention dès le 21^{ème} jour post-partum. Les méthodes locales et les implants progestatifs (Nexplanon® étonogestrel 68mg) peuvent être également utilisés. Les progestatifs injectables restent d'indications limitées et sont proposés seulement si d'autres méthodes contraceptives ne peuvent pas être utilisées.

Quant à la pose d'un stérilet (Dispositif Intra Utérin), elle devient possible dès la quatrième semaine après l'accouchement. En pratique la contraception grâce à un dispositif intra-utérin sera utilisée à partir de la huitième semaine afin de laisser à l'utérus le temps de reprendre sa taille et sa place.

c) Protection immunitaire de la mère vers l'enfant

[57]

Une étude a été menée à Londres en 1951 par Margaret Robinson, montrant la réduction du nombre d'infections chez les enfants avant l'âge de 7 mois lorsqu'ils étaient nourris au sein, notamment en ce qui concerne les infections respiratoires et digestives. Comme nous l'avons vu ci-dessus (cf physiologie de l'allaitement), le lait est transporteur d'anticorps synthétisés par la mère. Ce sont des immunoglobulines sécrétées de types A, inhibant l'action des organismes pathogènes ingérés par l'enfant.

d) Bénéfices pour l'état de forme et de santé de la mère

[1]

Les études montrent que les mères ayant allaité leur enfant retrouvent plus facilement leur poids initial que celles qui n'ont pas allaité. Ceci est lié à l'élimination des graisses accumulées pendant la grossesse pour la constitution du lait maternel. Il a été également démontré que les mères présentant un surpoids peuvent suivre un régime destiné à leur faire perdre du poids dans la limite de 2 kg par mois sans qu'aucun impact négatif sur la croissance de l'enfant ne soit observé. Ceci doit se faire de manière raisonnable car il peut y avoir des conséquences sur la lactation. De plus la perte trop soudaine de poids produit un déstockage massif des cellules graisseuses et permet la libération de métabolites toxiques qui s'y logent préférentiellement. Les toxines ainsi libérées peuvent être incorporées au lait, ce qui peut avoir des conséquences délétères pour l'enfant.

[100; 110]

L'allaitement est associé à une diminution de l'incidence du cancer du sein avant la ménopause pour les mères ayant allaité plus de 6 mois leur enfant. On constate également une diminution du nombre de cancer de l'ovaire, un rôle bénéfique dans le développement tardif du diabète de type 2 et une réduction du risque de pathologies métaboliques et cardio-vasculaires. Cependant son rôle dans l'augmentation du risque d'ostéoporose après la ménopause reste encore à démontrer.

e) Réduction du nombre d'infections et de pathologies chez le nourrisson allaité au sein.

[89 ; 120]

Les enfants ayant reçu de manière exclusive le lait de leur mère durant les premiers mois de vie ont une chance de survie six fois plus élevée que les enfants non allaités. L'allaitement réduit considérablement les décès par infection respiratoire aiguë, par diarrhée, ainsi que par d'autres maladies infectieuses. C'est pourquoi l'impact potentiel de pratiques optimales de l'allaitement maternel à travers le monde est particulièrement important. La situation reste aujourd'hui alarmante dans les pays possédant encore une forte morbidité infantile et un faible niveau d'accès à l'eau potable et à l'assainissement.

[30]

L'étude de cohorte Millennium réalisée au Royaume-Uni sur des enfants âgés de 9 mois et plus, a révélé que six mois d'allaitement maternel exclusif sont associés à une diminution de 53% des hospitalisations pour diarrhée.

Les enfants de pays industrialisés sont également plus à risque de décéder lorsqu'ils ne sont pas nourris par le sein de leur mère. Une étude récente pourtant sur la mortalité post-néonatale aux Etats-Unis a permis de constater une augmentation de 25% de la mortalité chez les nourrissons non allaités. Les enfants allaités ont un taux de maladie diarrhéique trois fois moins élevé, et un taux de gastro-entérite sévère à Rotavirus cinq fois moins élevé. Les études réalisées en 1986 ont établi le rôle d'oligosaccharides présents dans le lait maternel empêchant l'adhésion des pathogènes de type *Escherichia coli* sur les cellules épithéliales de l'intestin.

[31]

L'allaitement offre également une protection efficace contre l'otite moyenne. Les enfants exclusivement allaités à l'âge de 4 mois ont un taux deux fois plus bas d'infections de type otite que les enfants non allaités et 40% plus bas que les enfants recevant une nourriture solide. Les anticorps ainsi que les prostaglandines, molécules de l'immunité présentent dans le lait, seraient les principaux acteurs de cette protection. La position de l'enfant durant la tétée pourrait également avoir un impact sur le développement de certaines pathologies de la sphère oto-rhino-laryngologique. La succion de l'enfant au sein est différente de celle réalisée avec une tétine de biberon. Le mamelon lorsqu'il est bien positionné atteint le palais mou de l'enfant ce qui permettrait une meilleure

ouverture de la trompe d'eustache reliant l'oreille moyenne au nasopharynx. Ce mécanisme de succion limiterait le développement de bactéries au niveau de l'oreille moyenne.

[17]

Le lait maternel permettrait une diminution du nombre d'infections urinaires grâce à sa composition riche en oligosaccharides. Ces molécules seraient inhibitrices de l'adhésion bactérienne sur les cellules épithéliales de la vessie.

[55]

L'allaitement au sein aurait une action bénéfique au niveau gastrique puisqu'il produirait une diminution du reflux gastro-œsophagien. Ce phénomène serait dû à l'amélioration de la qualité du sommeil de l'enfant et à une vidange gastrique plus rapide de la consistance du lait.

L'allaitement est un agent protecteur, prévenant de nombreuses pathologies, telles que la maladie coeliaque, la maladie de Crohn, l'inflammation de l'intestin.

f) Prévention des maladies chroniques chez le futur adulte

[60]

Les sujets ayant été allaités semblent être moins exposés à l'hypertension, à l'hypercholestérolémie de type LDL, à l'obésité et au diabète.

i) Allaitement et hypertension

[60; 100]

Plusieurs éléments biologiques pourraient être à l'origine de l'effet de l'allaitement sur le futur adulte en ce qui concerne la prévention de l'hypertension artérielle :

- La teneur moindre en sodium dans le lait maternel par rapport aux formules industrielles.

- La teneur en acides gras essentiels. Les études ont démontré un abaissement de la tension artérielle chez des enfants de 6 ans ayant été nourris grâce à des formules enrichies en acides gras polyinsaturés par rapport aux enfants nourris avec des formules non enrichies.

Une des théories avancées pour expliquer la diminution de la résistance vasculaire serait que l'endothélium serait plus riche en acide docosahexaénoïque, un acide gras polyinsaturé à longue chaîne de type n-3 présent dans le lait maternel. Celui-ci serait à l'origine des valeurs de tensions artérielles inférieures enregistrées chez les enfants ayant reçu le lait de leur mère.

Les études menées restent encore à être complétées mais il a été établi de manière claire que l'allaitement au sein est corrélé négativement avec le niveau de tension artérielle de l'individu.

ii) Allaitement et cholestérol

[100; 114]

Le risque coronaire à l'âge adulte est lié aux concentrations sanguines en cholestérol total et au rapport du HDL cholestérol avec le LDL cholestérol. Ces deux valeurs sont influencées dès l'enfance notamment par la vitesse de croissance, le gain de poids en fonction de l'âge et le type d'alimentation que reçoit l'enfant. Une forte concentration en cholestérol durant l'enfance pourrait avoir comme effet un rétrocontrôle négatif sur la production d'HMG-CoA chez l'adulte. De plus l'HMG-CoA réductase, enzyme de synthèse du cholestérol, serait présente à un niveau plus élevé chez les enfants nourris par une formule industrielle. Chez l'enfant allaité au sein, la cholestérolémie est plus élevée que chez les enfants nourris avec des préparations industrielles. Ce rapport s'inverse à l'âge adulte mais l'écart est moins important. Une étude réalisée sur des adolescents nés prématurés a montré un rapport LDL/HDL cholestérol plus bas lorsqu'enfant ils avaient reçu du lait de leur mère ou provenant de lactariums.

iii) Allaitement et obésité

[60; 72]

Un apport protéique excessif par rapport à l'apport lipidique serait à l'origine d'une sur-sollicitation du métabolisme et d'une obésité tardive. Les protéines sont à l'origine d'une augmentation des facteurs de croissance, provoquant ainsi une multiplication cellulaires incluant celle des adipocytes. Les lipides, durant les premières années de vie mettent au repos cette multiplication. Le lait maternel est adapté à l'enfant en fonction de son âge et donc très riches en lipides dans les premiers mois (55% contre 7% de protéines). De plus, un enfant nourri au biberon semble moins bien réguler son apport calorique en fonction de son appétit qu'un enfant au sein.

La réponse insulinique serait également en cause. En effet, plus celle-ci serait importante et plus le stockage graisseux et la quantité d'adipocytes seraient importants. Sachant que les formules sont parfois déséquilibrées par rapport au lait maternel, on peut supposer que celles-ci favoriseraient le développement d'une obésité à un âge plus tardif en raison de la réponse insulinique inappropriée à l'âge de l'enfant.

iv) Allaitement et diabète

[110]

L'insulino-résistance observée dans le diabète de type II serait liée aux constituants des membranes cellulaires et notamment à la richesse de celles-ci en acides gras polyinsaturés. De plus, les enfants nourris avec des préparations pour nourrissons présenteraient un taux élevé d'insuline et de neurotensine au niveau basal et post prandial. Ces valeurs élevées en bas âge auraient des effets délétères sur la sécrétion

d'insuline et de glucagon. A long terme, elles favoriseraient le développement d'un diabète de type II. Les mécanismes en jeu ne sont pas encore tous identifiés mais la corrélation entre allaitement et protection contre le diabète a été établie. De plus l'introduction du lait de vache avant l'âge de 3 à 4 mois augmenterait le risque de diabète d'un facteur de 1,64. Les protéines de lait ont été également incriminées mais des études complémentaires restent nécessaires. Le facteur déclenchant semble être une réaction immunitaire due aux protéines de vache telles que la lactoglobuline, la caséine et la sérumalbumine. Ces protéines produiraient une réaction inflammatoire des cellules des îlots de Langerhans, reconnaissant et assimilant les structures protéiques à des antigènes stimulant l'immunité. Les effets protecteurs retrouvés chez l'enfant seraient également observés chez la mère qui bénéficierait d'une diminution du risque de diabète de type II de 15%. Cette protection serait effective pendant 15 ans après le dernier accouchement chez les femmes à risque.

v) Allaitement et allergies

[96; 97; 104]

Le risque de développer une allergie chez l'enfant ayant un parent allergique est de 20 à 30% et chez celui ayant ses deux parents allergiques ce risque passe à près de 50 %. Les manifestations seront digestives, cutanées, respiratoires, générales.

Il a été établi que l'allaitement maternel jouait un rôle aussi important dans l'allergie que l'hérédité. Les enfants ayant été allaités plus d'un mois sans compléments ont une protection face aux allergies renforcée à 3 ans et contre les allergies respiratoire à 17 ans. La prévention contre l'eczéma pendant les trois premières années de vie est significative après un allaitement prolongé d'au moins 6 mois. Durant l'étude constituée de trois groupes, les enfants ayant été allaités longtemps et de manière exclusive sont beaucoup moins soumis à l'atopie substantielle qui touche plusieurs organes, que ceux ayant reçu un allaitement de durée courte ou moyenne.

Cependant on a pu constater que 6 % des enfants à risque d'allergie, allaités exclusivement au sein pouvaient développer une allergie médiée par des immunoglobulines de type IgE. Ce type d'allergie se produit dans 0,04% à 0,5 % des cas et se manifeste sous la forme de coliques, dermatites atopiques, colites et parfois même par de crises anaphylactiques.

vi) Allaitement et cancers

[20; 52]

Le lait maternel a été étudié durant les années 80 et 90 pour ses propriétés préventives du cancer de l'enfant de moins de 15 ans. Les cancers concernés sont la maladie d'Hodgkin touchant les ganglions lymphatiques et la leucémie touchant la moelle osseuse. Ces propriétés préventives sont observables chez l'enfant de plus de 6 mois.

Des chercheurs suédois ont également montré que le lait maternel peut détruire des cellules cancéreuses de manière sélective sur un échantillon de cellules pulmonaires. Ceci serait dû à une protéine baptisée HAMLET « Human Alpha-lactalbumine Made lethal to Tumor cell » dont le mécanisme n'a pas encore été identifié.

g) Moyen de réduire les dépenses de santé d'un état

[45 ; 70]

L'étude de l'UNICEF réalisée en 2007 portant sur la pauvreté et les disparités des enfants dans le monde tend à montrer que l'allaitement maternel permettrait de réaliser des économies de santé en réduisant le nombre de cancer en pré-ménopause du sein et des ovaires. Une grande partie des économies pouvant être réalisées viendraient également de la réduction du nombre d'infections chez l'enfant nécessitant une hospitalisation.

[144] « IPA Information pour l'Allaitement - Aux Etats-Unis

Aux Etats- Unis l'économie réalisée pour un enfant allaité au sein pendant 6 mois est estimée entre 450 et 800 dollars. Le coût des soins imputés à un allaitement autre que maternel exclusif serait de 291 millions de dollars pour les diarrhées infantiles ; 225 millions pour la bronchiolite ; 660 millions pour les otites et 10 à 125 millions pour le diabète de type I.

En Inde, l'économie réalisée par la prévention d'un épisode diarrhéique par enfant et par an serait équivalente au budget annuel national réservé à la santé infantile dans ce pays.

L'importation des préparations pour nourrissons a elle aussi un véritable impact sur l'économie des Etats. On estime qu'au Pakistan, le coût de l'achat des préparations pour nourrissons au niveau national était de 4 millions de dollars en 1982-1983. Cette valeur n'a cessé d'augmenter au court des années 80 et 90 pour atteindre 43,5 millions entre juillet 1995 et avril 1996.

[70 ; 118]

Au Ghana, on a tenté de chiffrer le manque à gagner concernant l'allaitement. On estime que la valeur pécuniaire potentielle nette du lait, produit par l'ensemble des femmes ayant accouché, serait de 165 millions de dollars par an. La « perte » dû au non allaitement au sein est estimée à 33 millions de dollars.

La production de l'alimentation infantile industrielle est une valeur comprise dans le calcul du Produit National Brut (PNB) d'un pays hors celle du lait maternel ne l'est pas. On observe donc une chute du PNB des pays où l'on allaite le plus, par rapport aux pays consommant le plus de préparations pour nourrissons. Les pays les plus pauvres, possédant le moins de ressources et faisant appel le plus souvent à l'allaitement maternel se retrouve économiquement désavantagé au niveau international. Le PNB est une valeur très importante attestant de l'économie d'un pays et donc de sa fiabilité dans les échanges internationaux.

On estime que le PNB serait augmenté de 1% au Zimbabwe et de 6% au Mali si la valeur du lait maternel était incluse dans le calcul.

En ce qui concerne la France il n'existe pas d'étude équivalente à celle de l'UNICEF mais néanmoins des estimations ont été réalisées et certains chiffres peuvent être avancés. L'économie réalisable en France grâce à l'allaitement maternel pour la prévention de trois pathologies infantiles répandues (infections respiratoires basses, otites et troubles gastro-intestinaux) serait de 200 à 300 millions d'euros. Ce chiffre ne prend pas en compte les coûts annexes dus à l'absentéisme immédiat des parents. De plus il reste difficile d'évaluer les économies réalisées par la prévention d'éventuelles pathologies de l'adulte physique et psychique.

h) Economie pour les familles

[70; 153]

L'allaitement maternel fait l'objet de véritables enjeux économiques au sein d'une famille. Les dépenses engendrées par l'usage de préparations pour nourrissons sont conséquentes pour un foyer à revenu moyen ou modeste. On a pu estimer qu'en ex Yougoslavie, la dépense pour nourrir un enfant grâce à des préparations pour nourrissons durant les six premiers mois de vie représente près de la moitié du salaire du foyer. En Argentine la somme dépensée équivaut à 50 dollars, ce qui pourrait être utilisé pour acheter 15 kilos de viande ou environ 50 kilos de légumes pouvant nourrir la famille entière.

Une enquête a été réalisée en 1997 en France pour estimer les facteurs de dépense et la hauteur de celles-ci en fonction du mode alimentaire d'un enfant au sein d'un foyer.

Il a été montré que les facteurs de dépense étaient, pour l'alimentation d'origine industrielle, due à l'équipement (biberons, tétines...), et aux consommables (électricité, eau et produits de nettoyage). En ce qui concerne l'alimentation au sein les dépenses venaient des équipements (soutien-gorge d'allaitement, coussinets...) et des compléments destinés à la mère allaitante.

Si on additionne toutes les dépenses d'équipement et qu'on ajoute en plus le coût d'achat des préparations pour nourrissons, le résultat de la comparaison du coût des deux modes d'alimentation est sans appel. Le coût d'une alimentation artificielle pour une durée de 6 mois en 1997 serait de 4264 francs soit 650 euros contre 900 francs soit 137,5 euros pour une alimentation au sein. Le surcout estimé durant un semestre serait donc de 512,5 euros pour un foyer ayant recouru aux préparations achetées dans le commerce. Ces valeurs datant de 1997 n'ont qu'une valeur indicative mais elles permettent de mesurer l'impact financier que peut avoir le choix d'une alimentation ou d'une autre au sein d'un foyer.

i) Economie pour les employeurs

[153]

Grâce aux programmes de support et de promotion de l'allaitement maternel menés aux Etats-Unis par les autorités compétentes, l'absentéisme a diminué de 27% au travail. Ces résultats ont pu être obtenus grâce à la mise en place de systèmes de garde sur le lieu de travail permettant à la mère d'avoir accès à son enfant pendant les

heures de travail pour poursuivre son allaitement même après la reprise de celui-ci. Ces avancées ont été rendues possibles grâce à l'élaboration d'un code du travail et à la convention de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) adoptée dans près de 65% des pays dans le monde.

j) Amélioration des performances intellectuelles et psychomotrices

L'allaitement crée un lien privilégié entre la mère et le bébé. L'interaction qui en découle a des répercussions positives sur la vie de l'enfant, en termes de stimulation, de comportement, de parole, de bien-être et de sécurité. L'allaitement est un acte déterminant pour le comportement social du futur adulte.

[65; 78]

Les structures lipidiques constituent 60% des structures cérébrales. La qualité des acides gras donnés à l'enfant constitue donc un facteur important du développement cérébral.

Le lait maternel est riche en acides gras polyinsaturés qui seront incorporés préférentiellement au niveau cérébral. Ils sont essentiels au bon fonctionnement de la rétine et du cortex cérébral. Le développement mental et psychomoteur serait positivement corrélié à un apport élevé en deux acides gras particuliers : l'acide docosahexaénoïque et l'acide arachidonique. Les apports doivent être importants durant le dernier trimestre de grossesse et les premiers mois de vie de l'enfant. Le colostrum, premier lait après l'accouchement, est très riche en acides gras polyinsaturés essentiels au développement cérébral. Les enfants nourris grâce à des préparations pour nourrissons possèderaient des concentrations moindres d'acides gras polyinsaturés à longues chaînes. Ces apports sont influencés par la qualité de l'alimentation de la mère allaitante notamment par les apports en acides gras de type oméga 3. Ce critère n'est pas suffisant pour expliquer les capacités intellectuelles, il faut prendre également en compte le quotient intellectuel parental, l'éducation, la classe sociale, l'environnement physique et psychologique dans lequel se trouve l'enfant.

[37; 154]

L'aspect structurel bénéfique de l'allaitement n'est donc pas le seul en cause. Le développement intellectuel et psychomoteur serait également influencé par l'environnement de l'enfant et notamment par le lien qui s'établit avec sa mère lors de l'allaitement au sein. L'amélioration des scores de quotient intellectuel (QI) chez les enfants allaités serait due à la stimulation dont ils font l'objet durant l'allaitement au sein. L'ensemble des stimuli reçus par l'enfant seraient à l'origine d'un développement supérieur des aptitudes cérébrales. Ces études ont été réalisées à l'aide du test de Bayley pour les enfants de 1 et 2 ans ainsi qu'à l'aide du test de Mc Carthy pour des âges de 2 et 8 ans. Le test de Bayley évalue 5 domaines de développement : cognitif, moteur, verbal (expressif et réceptif), socio-émotionnel, adaptatif. Ce test repose sur l'observation de l'enfant. Quant au test de Mc Carthy, il permet d'évaluer les différentes facettes qui constituent l'intelligence humaine. Ces deux tests permettent d'évaluer le développement cognitif d'un enfant. La différence observée est significative chez les enfants nés prématurément à l'âge de 18 mois et de 7 ans. Le gain était de 5,2 point de QI chez les enfants prématurés contre 2,7 chez les enfants nés à terme.

[126]

Une étude réalisée en Nouvelle-Zélande sur une cohorte d'adolescents de 15 à 18 ans a montré que les enfants ayant été allaités pensaient avoir des liens de meilleure qualité avec leurs parents et que leur mère s'était mieux occupé d'eux sans pour autant avoir été surprotectrice. La perception positive était d'autant plus importante que l'allaitement avait été long.

k) Développement de la mâchoire

[29 ; 135]

La croissance de la face et de la bouche de l'enfant est stimulée et se fait de manière appropriée grâce à l'allaitement au sein car la succion du sein permet un bon développement des muscles faciaux, des mâchoires, des dents et de l'élocution. Les enfants allaités par leur mère sont moins sujets aux traitements d'orthodontie. Le risque de trouble du langage est deux fois et demi plus élevé chez les enfants n'ayant pas été allaités que chez ceux qui l'ont été pendant sept mois et plus.

Deux enfants mis au sein ou au biberon n'auront pas la même action musculaire ce qui peut avoir des conséquences physiologiques sur le développement facial. Chez l'enfant prenant le sein, la langue est étirée vers l'avant ainsi que la mandibule et resserre le mamelon entre ses lèvres. La succion crée une dépression permettant également le maintien du sein dans la bouche de l'enfant. L'enfant est obligé de respirer par le nez car aucun air ne peut passer s'il ne lâche pas le sein. L'allaitement permet donc un bon développement de la ventilation nasale et des structures cérébrales la permettant. Le sein est comprimé contre le palais de l'enfant. La langue par un mouvement ondulatoire synchrone à celui de la mâchoire, permet d'étirer le sein. Ce mouvement complexe met en jeu les muscles de l'ensemble de la face, de la langue, de la mâchoire inférieure, les masséters, les muscles des lèvres. La langue crée une gouttière recueillant le lait et une bonne coordination succion/déglutition/respiration est nécessaire pour éviter la fausse route. Les bébés nourris au sein auraient une meilleure synchronisation de ces trois actions en raison du contrôle du débit et de la pression du lait. Chez les prématurés, un débit important est très mal supporté c'est pourquoi il est plus facile pour eux de prendre le sein que de prendre un biberon. Le nourrisson au sein peut contrôler sa source de lait et donc adapter le débit à son besoin. La tétée favorise par ailleurs la maturation ainsi que la synchronisation de l'activité des différents muscles faciaux et va avoir un impact positif sur la croissance des os sur lesquels ils sont attachés. C'est de cette maturation neuro-fonctionnelle que dépend tout le massif facial.

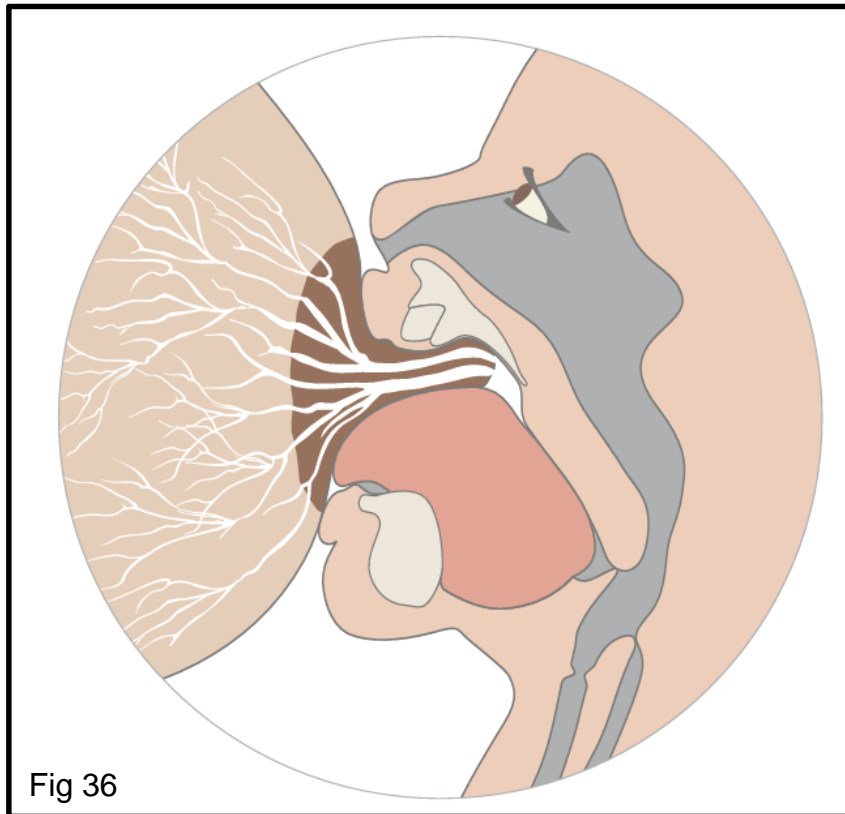


Fig 36

Fig 36 : Préhension idéale du mamelon par l'enfant. Brochure Medela®. Breastfeeding Products For Hospitals + Professionals

Chez un enfant nourri au biberon, le contrôle du débit ne dépend pas de lui. Le lait s'écoulant selon le principe physique de la pesanteur due à l'inclinaison du biberon et grâce à l'entrée d'air dans le biberon. Le nourrisson doit s'adapter et le mouvement créé est bien différent de celui observé avec l'allaitement au sein. Celui-ci sera moins actif et plus postérieur car seule la dépression buccale dans le cas du biberon suffit et les muscles ne seront pas beaucoup sollicités.

L'allaitement au biberon produit un sous-développement des structures faciales. Le développement antéro-postérieur serait le plus affecté avec parfois un mauvais placement de la mâchoire inférieure par rapport à la mâchoire supérieure.

l) Réduction du risque hémorragique en post-partum

[1 ; 133]

L'allaitement maternel contribue également à la santé maternelle immédiatement après l'accouchement. Il permet de réduire le risque d'hémorragie post-partum par diminution des pertes sanguines et notamment par l'involution utérine accélérée qui se produit grâce à la tétée. Ceci est dû à la succion de l'enfant provoquant une sécrétion de prolactine stimulant la lactation et une sécrétion d'ocytocine permettant à la fois le réflexe d'éjection du lait et la contraction utérine. La tétée précoce dès la naissance permet donc l'expulsion du placenta et limite l'hémorragie de l'utérus.

m) Réduction du risque de dépression chez la mère en post-partum.

[3 ; 56]

La fréquence de la dépression du postpartum est augmentée chez les femmes qui n'allaitent pas ou qui interrompent l'allaitement prématurément. La dépression post-partum touche 1 femme sur 8. Les autres facteurs associés sont la naissance prématurée de l'enfant, la présence d'une pathologie telle que l'anémie chez la mère, l'âge jeune de la mère et l'état de fatigue. Une théorie selon laquelle le taux endogène de rétinoïdes chez la mère serait en cause a été avancée. Les mères allaitantes auraient un taux de rétinoïdes se situant en dessous d'une certaine concentration seuil. Un taux sanguin élevé en rétinoïdes produit chez l'homme des désordres psychique et des troubles de l'humeur. Le corps réalise un stockage de rétinoïdes dont la vitamine A durant la grossesse pour préparer à l'allaitement. Le stock conséquent réalisé durant la gestation est consommé chez les femmes allaitantes, ce qui préviendrait la dépression post-partum. Chez la femme non allaitante ou ayant réalisé un allaitement de courte durée, la vitamine s'accumule dans le cerveau, le foie et la poitrine. Cette accumulation a des répercussions sur le foie et créerait un dysfonctionnement puis des dommages conduisant à l'augmentation des taux d'acide rétinoïque et de rétynyl esters favorisant la dépression post-partum mais aussi l'apparition de mastites. Le risque est accru lorsque la mère a déjà connu un épisode dépressif ou une phase de forte anxiété durant la grossesse. Elle apparait dans la majorité des cas avant le sevrage de l'enfant.

[1; 48 ; 50]

Le fait d'allaiter son enfant aurait un effet anxiolytique sur la mère qui est moins stressée. Les hormones sécrétées durant l'allaitement jouent un rôle important sur la réponse au stress de la mère. La dépression peut être également causée par les difficultés rencontrées entraînant parfois des douleurs telles que la mastite. Le stress, s'il est continu, augmente la sécrétion de cortisol, ce qui entretient ce stress et à long terme peut produire une dépression. Il a été reconnu que le cortisol retarde également la mise en place de la lactogénèse de stade II ce qui représente une difficulté supplémentaire pour la mère. Plus le taux de cortisol est élevé et plus la fatigue ressentie par la mère sera importante. Or, les mères rapportant une fatigue importante et de l'anxiété présentent un taux de prolactine inférieur et un taux de mélatonine supérieur aux autres femmes. La prolactine est essentielle à la mise en place de la lactation et une sécrétion moindre pourrait être à l'origine d'une production de lait insuffisante produisant un sevrage précoce. L'allaitement maternel exercerait son action bénéfique sur la mère en lui faisant ressentir un sentiment d'accomplissement, ce qui lui permettrait de prendre d'avantage confiance en elle et en ses capacités à élever et nourrir son enfant.

[63]

n) Baisse de la mortalité néonatale

L'initiation précoce de l'allaitement a une conséquence directe sur le taux de mortalité néonatale. Ceci a pu être observé dans les pays d'Asie du sud, au Bangladesh. Ce pays possède un taux de mortalité néonatale compris entre 40 et 50 pour 1000 naissances vivantes. Ce taux est similaire dans les pays comme l'Inde et le Pakistan. Il existe une disparité entre les pays d'Asie en ce qui concerne ce taux qui n'est que 11 pour 1000 naissances vivantes au Sri Lanka. La stratégie de prévention et de promotion de l'allaitement maternel est encore embryonnaire dans ces pays et on peut penser que cet écart est dû à un manque d'implication de la part des professionnels de santé et des responsables politiques. Toutes les études réalisées jusqu'alors démontrent l'importance cruciale de l'éducation dans l'initiation de l'allaitement maternel par les mères. De plus des interventions informelles et répétées, adaptées aux besoins de chaque femme permet une augmentation significative du nombre de femmes commençant à allaiter. L'écart constaté à l'initiation entre les deux types de prise en charge n'est plus remarquable si l'étude est réalisée quelques mois après l'accouchement. On constate qu'encore aujourd'hui l'accès pour les femmes enceintes aux établissements de soins qui compte des accoucheuses qualifiés reste limité dans de nombreux pays en voie de développement. Les accouchements ont souvent lieu à domicile et sont encadrés par des accoucheuses locales traditionnelles n'ayant pas les qualifications nécessaires pour prodiguer les conseils appropriés à une bonne conduite de l'allaitement. Les consultantes et conseillères en lactation sont parfois inaccessibles. L'éducation faite en ce qui concerne l'allaitement aux femmes vivant en milieu rural doit être réaliste et respecter la culture locale. Les informations doivent être fournies dans les langues ou dialectes locaux, grâce à des messages simples et concis. Le recours à des supports audio ou visuels peut être nécessaire. (voir ci-dessous). Dans de nombreuses cultures, la décision relative à l'accouchement et des soins prodigués aux nouveau-nés sont prises par l'ensemble de la famille et des anciens de la communauté. Il est donc essentiel de les inclure dans le processus d'éducation l'allaitement.

o) Développement des nourrissons de faible ou très faible poids de naissance

L'OMS recommande d'allaiter au lait maternel les nourrissons de faible ou très faible poids dès la naissance. Si l'enfant ne peut recevoir le lait de sa propre mère en raison de l'état de santé de celle-ci, il convient de faire appel à une banque de lait ou d'avoir recours à une préparation pour nourrissons prématurés lorsque la préparation standard ne leur permet pas de retrouver un poids idéal. Chaque nourrisson de faible poids capable de prendre le sein doit être allaité dès que possible après la naissance lorsqu'il se trouve dans une situation cliniquement stable. Cet allaitement doit être réalisé préférentiellement jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de six mois. On pourra utiliser une cuillère si l'enfant n'est pas en capacité physique de téter le sein.

p) Diminution du sifflement de type wheezing

Une méta-analyse de douze études réalisée en 2001 au sein des familles atopiques, montre une réduction du risque d'asthme entre deux et cinq ans chez les enfants allaités au sein durant trois mois. Toutefois, une étude de cohorte a montré que l'allaitement maternel protégeait contre le wheezing (sifflement bronchique) au cours des deux premières années de vie mais augmentait le risque d'asthme entre six et treize ans chez les enfants atopiques de mère asthmatique.

On constate également une diminution de 27% des infections respiratoires basses aiguës causées par le virus syncytial responsable de la bronchiolite.

3) Actions mondiales et françaises dirigées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et par la Haute Autorité de Santé (HAS)

a) L'exemple suédois de l'hôpital universitaire d'UPPSALA

[57]

En Suède, la politique sur l'allaitement a commencé à être développée en faveur de l'allaitement maternel dans les années 60, suite à un constat alarmant sur les habitudes alimentaires de la population suédoise en 1969. Suite à cela une campagne d'information sur le thème « diététique et exercices physiques » a été mis en place. Le rapport qui en a découlé concernant les enfants suédois a révélé une fréquence très basse de l'allaitement au sein des nourrissons. En 1973 seuls 6 % des enfants étaient allaités jusqu'à l'âge de six mois. Ce chiffre catastrophique résultait d'une diminution progressive de la pratique qui déclina à partir des années 40.

On constata qu'une mère mariée, âgée de plus de 25 ans vivant dans des conditions sociales favorables et ayant un niveau d'éducation élevé, allaitait son enfant au sein longtemps. Deux pédiatres suédois, Sjölin et Vahlquist ont identifié quatre facteurs pouvant expliquer la diminution du taux d'allaitement au sein. L'évolution de la société a entraîné un changement dans le rôle social de la femme, la famille est désormais nucléaire, l'accouchement en maternité entraîne une séparation entre la mère et son enfant, et le personnel soignant censé guider pour l'allaitement au sein montre une certaine démotivation. Pour obtenir un changement rapide et effectif dans les pratiques, l'état a décidé de mettre les moyens nécessaires.

Au cours des années 70, les médecins et les infirmières ont été amenés à suivre des programmes intensifs grâce à des manuels, des séminaires et du matériel éducatif qu'ils ont utilisé ensuite auprès des mères. Les pratiques ont évolué grâce à la mise au sein précoce et à l'introduction progressive du système de « rooming-in » permettant à la mère de garder son enfant avec elle jour et nuit dans sa chambre. L'éducation du grand public s'est également développée, ce qui a joué un rôle majeur dans la promotion de l'allaitement au sein. Suite à ces avancées, 94% des femmes nullipares ont dans l'idée d'allaiter leur enfant à la naissance. Les fabricants de produits alimentaires pour nourrissons ont été également forcés de changer leur stratégie marketing. Les documents publicitaires devaient désormais être valorisants pour l'allaitement maternel au sein et le présenter comme méthode d'alimentation de référence chez le nouveau-né. Les préparations pour nourrissons ne pourront être proposées qu'aux

mères ne pouvant alimenter au sein, ou ayant elles même exprimé le souhait de nourrir leur enfant au biberon.

En une dizaine d'années, le taux d'allaitement à six mois a considérablement augmenté en passant de 6 à 34 %. La Suède a fait figure de référence dans les années qui suivirent en matière de développement de santé publique. Elle a permis d'amorcer les évolutions constatées au niveau de l'éducation, du monde du travail et de la sécurité sociale en France. Les actions entreprises reposent sur l'observation de l'enfant, ses réflexes, sa nutrition et la relation mère/enfant qui ont bénéficié d'un regard nouveau sur l'enfant ; certaines règles fondamentales, favorables à l'allaitement, sont ré-introduites dans les établissements de santé suédois. Cette époque a vu réapparaître l'allaitement à la demande. Le nombre de tétées est fixé par l'enfant avec un intervalle d'au moins 2 heures entre chaque sans durée maximale. Un enfant repu arrêtera de téter par lui-même. Il ne faut pas forcer un nouveau-né à téter, ni le réveiller à cette fin. La durée est très souple et dépend souvent de l'état des seins de la mère et de sa fatigue (crevasses, épuisement physique) qui peuvent conduire à réduire la durée qui devra être de toute manière progressive de jours en jours. Désormais la pesée n'est pas utile avant et après l'allaitement car la quantité de lait prise par l'enfant est totalement libre. La pesée pouvant être journalière ce qui semble être un délai raisonnable. Avec ces quelques mesures simples on a pu constater que la perte de poids physiologique des trois premiers jours était inférieure dans la majeure partie des cas à 5 %. L'enfant reprend son poids de naissance en 4 à 5 jours contre 8 pour les autres allaitements.

Les parents doivent pouvoir choisir librement et de manière éclairée le mode d'alimentation qu'il soit au sein ou au biberon, heuré ou à la demande de l'enfant. Les choix doivent être faits le plus tôt possible, éventuellement pendant la grossesse pour éviter une influence sur ce choix qui doit rester personnel. La mère doit être encouragée dans ses initiatives pour un apprentissage adéquat et personnalisé. Elle doit découvrir et apprendre les gestes sous le regard bienveillant et approuvateur du personnel soignant. Ce climat de confiance permet de préparer le retour à la maison en toute sérénité, les mères ayant pu s'exprimer et exposer tous leurs doutes. Les soignants doivent parer à un sentiment de solitude de la mère à la maison et aider à vaincre les angoisses et les difficultés de chacune.

En 1994, le taux d'allaitement au sein de la Suède atteignait 95 % à la naissance des enfants, 79 % à deux mois, 64 % à quatre mois et 40 % à 6 mois.

En Norvège, tous les nouveau-nés sont allaités à la naissance et les deux tiers tètent encore à 6 mois.

L'information délivrée aux parents doit être sérieuse et objective. Le personnel soignant occupe maintenant la place des aînées des familles multigénérationnelles d'autrefois où la mère était toujours bien entourée.

En Norvège, les femmes peuvent bénéficier d'un congé de maternité pouvant aller jusqu'à 10 mois en recevant l'intégralité de leur salaire et un an avec quatre-vingt pour 100 de celui-ci. Le monde du travail peut également être adapté si la mère désire allaiter.

b) Le code international de commercialisation des substituts de lait maternel (1981)

A la fin des années 70, la politique d'allaitement maternel s'est développée dans les pays du nord de l'Europe. Cependant l'industrie gardait une emprise importante sur les jeunes mères grâce à la promotion des préparations industrielles. De plus, des subventions étaient accordées aux mères achetant ces produits. Ces subventions ont totalement dévalorisé le travail de promotion qui était réalisé grâce aux initiatives de l'état. Dans les autres pays européens, la politique de santé n'a pas encouragé l'allaitement au sein. Les bénéfices déjà connus à l'époque n'étaient jamais exposés aux mères qui choisissaient alors le biberon qui leur semblait être la facilité. Après étude de la situation l'OMS a pu constater les nombreuses failles des systèmes de santé en ce qui concerne l'allaitement. Dès lors l'OMS a décidé de mener un combat visant à faire évoluer les systèmes de prise en charge et la formation du personnel soignant pour inverser la tendance.

Après les années 70, des états ont mis en place des subventions pour l'achat de laits industriels destinés à l'alimentation des nourrissons. Elles étaient attribuées au Royaume-Uni par le « UK based Healthy Start Scheme » et aux Etats-Unis par le « USA based Women, Infant and Children Supplemental Feeding Program ». Ces programmes ont certainement conduit certaines femmes de milieux défavorisés à ne pas allaiter leur enfant au sein. L'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté le code international de commercialisation des substituts du lait maternel en 1981 pour protéger et promouvoir l'allaitement maternel. Ce code a permis de réglementer la commercialisation des préparations pour nourrissons, des biberons et tétines. Dans les années suivantes des résolutions supplémentaires ont permis de mieux définir et renforcer ce code.

Le code stipule qu'il ne doit y avoir aucune promotion des préparations pour nourrissons, des biberons ou des tétines auprès du grand public. Il indique également que ni les installations sanitaires, ni les professionnels de la santé ne doivent jouer un rôle dans la promotion des préparations pour nourrissons, et qu'aucun échantillon gratuit ne doit être fourni aux femmes enceintes, aux nouvelles mères ou aux familles. Tous les gouvernements doivent adopter et adapter ce code dans leur législation nationale.

Depuis 1981, 84 pays ont adopté leur législation pour la mise en œuvre de toutes, ou de plusieurs dispositions du code. Les résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée Mondiale de la Santé ont également été adoptées. Aujourd'hui près de 14 pays ont des projets de loi en attente d'adoption. L'UNICEF travaille avec des législateurs et des avocats pour s'assurer que le code et les lois de protection de la maternité sont respectés.

Voici quelques-unes des stratégies développées par les états pour mettre en œuvre le code:

En Iran, le gouvernement a repris le contrôle encadrant l'importation et la vente des préparations pour nourrissons. Les Formules sont désormais disponibles uniquement sur ordonnance, et les boîtes doivent porter une étiquette générique sans marque, ni image, ni messages promotionnels.

En Inde, la loi impose que les boîtes de préparation pour nourrissons portent un avertissement bien en vue sur les dommages potentiels causés par l'alimentation artificielle, placé sur un panneau au centre de l'étiquette.

En Papouasie-Nouvelle-Guinée, la vente de biberons, tasses, tétines et sucettes sont strictement contrôlées. La publicité faite pour ces produits est interdite ainsi que celle des préparations pour nourrissons.

[84]

c) La déclaration Innocenti (1990)

[119 ; 138 ; 139]

En 1990, La déclaration Innocenti a été élaborée et adoptée par les participants à un rassemblement OMS/UNICEF se déroulant à Florence (ITALIE) au sein du *spedale degli innocenti*. Elle demande aux états :

- de désigner un coordinateur national,
- de faire en sorte que les maternités respectent les Dix conditions de 1989 énoncées dans la déclaration conjointe de l'UNICEF et de l'OMS, "Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel: le rôle spécial des services liés à la maternité" :

1. Avoir une politique communiquée régulièrement à toute l'équipe de soins.
2. Entraîner toute l'équipe de soins pour acquérir l'habileté nécessaire pour appliquer cette politique.
3. Informer toutes les mères enceintes sur les bénéfices et l'organisation de l'allaitement au sein.
4. Aider les mères pour initier l'allaitement dès les premières heures après la naissance.
5. Montrer aux mères comment donner le sein et comment maintenir la lactation même si elles sont séparées de leur enfant.
6. Ne donner au nouveau-né aucun aliment ou boisson autre que le lait de mère, sauf si cela est indiqué.
7. Pratiquer le « rooming-in » (permettre aux mères et aux enfants de rester ensemble 24 h sur 24).
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande.
9. Ne pas donner des tétines ou des sucettes (« pacifier ») aux enfants nourris au sein.
10. Favoriser la mise en place de groupes de support de l'alimentation au sein et de mères de référence après la sortie de la maternité.

- de prendre des mesures pour mettre en œuvre le Code de commercialisation des substituts de lait maternel de 1981,

- de promulguer des lois protégeant le droit d'allaiter pour les femmes qui travaillent.

La déclaration Innocenti, a été signée par 30 gouvernements, de nombreuses Organisations Non Gouvernementales (ONG), l'OMS, et l'UNICEF. Ce texte était un texte de référence pour les gouvernements définissant des objectifs pour les années 90 et les moyens pour y parvenir.

En 2005, 15 ans après la signature de ces déclarations, une nouvelle conférence a été tenue à Innocenti permettant de renforcer les déclarations initiales.

Ces exigences ont été complétées en 2005 :

- de créer un comité national pour la promotion de l'allaitement maternel
- de promouvoir l'allaitement maternel exclusif pendant six mois puis une introduction progressive des aliments avec poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans.
- conseiller les mères sur l'introduction de l'alimentation solide en complément à l'allaitement pour que celle-ci se fasse en fonction de l'âge de l'enfant.
- réfléchir pour faire évoluer la législation en faveur de l'application du code de commercialisation des substituts de lait maternel et des résolutions présentées par l'Assemblée Mondiale de la Santé.

La déclaration Innocenti reconnaît que l'allaitement maternel constitue un moyen, sans égal, de nourrir un nourrisson car il lui assure une alimentation idéale favorisant sa croissance et son bon développement ; de plus les bénéfices pour la mère et son enfant sont déjà connus.

Suite à cette déclaration, tous les gouvernements ont été invités à élaborer des politiques nationales en matière d'allaitement maternel et fixer des objectifs nationaux appropriés. Un système national doit être mis en place et permettre de contrôler la réalisation des objectifs fixés. Des indicateurs doivent être définis tels que le pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein à la sortie de la maternité et le pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein à l'âge de 4 mois (norme de l'époque).

La nouvelle politique nationale de chaque pays, en matière d'allaitement maternel, devra être intégrée dans la politique de santé publique. Toutes les activités permettant la protection, l'encouragement ou le soutien dans l'allaitement maternel seront renforcées pour permettre le soutien des programmes complémentaires intéressant aux soins prénataux et périnataux, à la nutrition, aux services de planification de la famille et à la prévention et au traitement des maladies les plus courantes chez les mères et les enfants. Cela implique également la formation du personnel.

Les Organisations Non Gouvernementales (ONG) sont également sollicitées pour l'élaboration de stratégies d'action en faveur de l'allaitement maternel et de moyens d'évaluation et de suivi pour leur application à travers le monde. Elles sont également encouragées à réaliser l'analyse des situations des pays et la définition d'objectifs à atteindre pour promouvoir et protéger l'allaitement.

Un rassemblement eu lieu en 2005 pour célébrer les 15 ans de la déclaration, dresser un bilan et fixer les nouveaux objectifs à atteindre pour 2015. La déclaration de 2005 a été adoptée par les participants de ce rassemblement mettant en avant les progrès, les succès et les perspectives à venir en ce qui concerne l'allaitement dans le monde. L'organisation est aujourd'hui gérée par l'ILCA (« International Lactation Consultant Association »), l'IBFAN (« International Baby Food Action Network »), LLL (la Leache League), la WABA (« World Alliance for Breastfeeding Action »), l'OMS (organisation mondiale de la santé), l'UNICEF (Fonds des Nations unies pour l'enfance), un groupe médical nommé WELLSTAR et la région de Toscane.

En 2005, on a pu constater de nombreux progrès pour promouvoir et mettre en pratique l'allaitement maternel autour de la planète. Cependant de mauvaises pratiques persistent notamment dans la préparation de la nourriture de complément réservée aux enfants de plus de 6 mois.

d) L'Initiative Hôpitaux Amis des bébés (IHAB), (1992)

[145]

La création de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB) résulte d'un long processus visant à promouvoir l'allaitement maternel dans le monde. Elle vient s'inscrire dans la continuité de l'adoption du code international de commercialisation des substituts du lait maternel permettant la protection et l'encouragement de l'allaitement au sein et une utilisation correcte des substituts du lait maternel.

En 1991, l'OMS, l'UNICEF et l'Association Internationale de Pédiatrie (AIP) trouvent conjointement le concept de l'« Hôpital Ami des Bébé » lors d'une réunion internationale pourtant sur l'allaitement maternel à Ankara en Turquie. Ce concept fait suite à la déclaration Innocenti de 1990.

En 1992, les textes réglementant la labellisation et les modalités sont rédigés avec la collaboration d'experts.

En 2006, les textes rédigés en 1992 ont été révisés et la version définitive parue en 2009.

Dans les pays industrialisés la mise en place de l'IHAB a été très progressive. Les coordinateurs se sont confrontés à des obstacles provenant des autorités, de l'absence de fonds, du manque de soutien et de compréhension quant à l'utilité de cette organisation.

Tous les 2 ans depuis 1997, des réunions de coordinateurs IHAB et des rencontres avec l'assemblée mondiale de la santé sont organisées comme à Oslo en 2012.

Au sein de chaque pays de l'Union Européenne, le comité national de l'IHAB peut être nommé par le ministre de la santé, par un membre de l'UNICEF ou être indépendant. La Suède et la Norvège ont été précurseurs dans l'adoption de l'IHAB au niveau européen mais de grandes disparités persistent car certaines coordinations bénéficient de structures professionnelles et d'autres ne reposent que sur du bénévolat.

En 2015, six maternités du nord de la France sont labellisées : le centre hospitalier de Tourcoing DRON, le pavillon Paul Gellé de Roubaix, la maternité et service de Néonatalogie du Centre Hospitalier de Valenciennes, la maternité du CH de Cambrai, le groupe hospitalier de l'institut catholique de St Vincent de Paul à Lille et le pôle Femme Mère Nouveau-Né du CHRU Lille. Ce qui veut dire que de nombreux centres pratiquant

des accouchements n'adhèrent pas encore à ce label et c'est pourquoi de nombreuses équipes du réseau travaillent sur l'amélioration de leurs pratiques hospitalières.

L'IHAB permet le soutien de l'allaitement maternel dans les établissements de santé au niveau international. Pour cela, elle impose un véritable programme comprenant la formation du personnel, l'organisation des soins et le soutien de toutes les recommandations de ce programme dans le respect de l'éthique de santé publique. Le programme repose sur des principes fondamentaux et sur les textes législatifs à disposition tels que le code de commercialisation encadrant la vente des préparations pour nourrissons.

Pour que le label soit délivré et que le programme soit un succès au sein d'un établissement, l'engagement des services et du personnel soignant est essentiel. L'attitude de l'ensemble de l'équipe est centrée sur les besoins individuels de chaque mère et de son nouveau-né. La prise en charge est individuelle et personnalisée. Les besoins du nouveau-né sont également une des priorités de l'équipe qui doit respecter son rythme et ses cycles de sommeil. L'information donnée aux parents sur les bienfaits et la pratique de l'allaitement maternel doit permettre de faire un choix éclairé sur l'alimentation de leur enfant.

L'un des engagements de ces services est l'accueil du père de l'enfant jour et nuit.

Les documents internationaux édités en 1992 ont été réactualisés en 2006 ce qui a permis de prendre en compte les nouvelles données scientifiques et les enseignements tirés de l'expérience et de la pratique au sein des services.

A ce jour, 12 recommandations constituent les règles de base à suivre pour qu'un établissement puisse être labellisé « Hôpital Ami des Bébés » :

1-La politique d'accueil et d'accompagnement réservée aux nouveaux nés et à leur famille doit être rédigée et connue de tous au sein de l'établissement

2-Le personnel doit être formé afin que cette politique soit mise en œuvre

3-Chaque femme prise en charge, doit être informée des bienfaits de l'allaitement au sein

4-Le nouveau-né doit être placé directement sur la peau de sa mère après la naissance pendant au moins 1 heure pour respecter le réflexe de fuissement de l'enfant. Ceci doit être adapté à chaque cas y compris pour les enfants nés prématurément dans la limite d'âge de 34 à 37 semaines d'aménorrhée.

5-Le personnel doit enseigner aux mères comment allaiter leur enfant et comment entretenir la lactation en cas de séparation avec l'enfant. En cas d'utilisation de biberons, le personnel doit délivrer les informations pour que la mère ait un bon usage des préparations pour nourrissons et que l'enfant reçoive une nourriture et des quantités adaptées.

6-L'allaitement maternel exclusif doit toujours être encouragé sauf si une indication médicale impose l'introduction d'une autre boisson ou d'un autre aliment. Le lait de la mère doit être donné cru si c'est possible. Si un complément est nécessaire, le recourt au lactarium est idéal.

7-La mère doit disposer de son enfant 24h sur 24. La proximité entre la mère et son enfant grâce au « peau à peau » est encouragée et même considérée comme un soin car elle limite les pertes caloriques après la naissance qui peuvent être très importantes lorsque l'enfant est prématuré ou fragile.

8-L'enfant doit être allaité à la demande. La mère doit apprendre à observer son enfant afin de reconnaître les signes de faim. Il est préférable de ne pas trop attendre car l'enfant risque d'être de plus en plus agité et de moins bien prendre le sein. Le passage à une alimentation autonome doit être envisagé en douceur.

9-La sucette ne doit pas être utilisée pour stopper la faim de l'enfant, elle ne peut être utilisée que pour le confort de l'enfant.

10-Le travail en réseau avec les associations d'aide à l'allaitement est recommandé. Chaque mère sortant de l'établissement doit savoir où s'adresser si elle rencontre des difficultés ou si elle a besoin de conseils.

11-La famille doit être préservée des pressions commerciales et le code de commercialisation des substituts de lait maternel doit être respecté par le personnel soignant qui ne doit pas faire l'objet d'un conflit d'intérêts.

12-Pendant le travail et l'accouchement, l'équipe soignante doit adopter des pratiques favorisant le lien mère-enfant et la mise en place sereine de l'allaitement

Cette labellisation réservée au début aux maternités est aujourd'hui applicable aux services « pôle femme-mère-enfant » en service de maternité et néo-natalité pour les enfants nés au sein de l'établissement concerné. Lorsque le label est délivré c'est l'ensemble de l'hôpital qui devient « hôpital ami des bébés ». Ceci implique donc que l'ensemble des équipes de l'établissement doit être évalué et impliqué dans la démarche. Le label attribué peut être national ou international lorsque l'ensemble des critères nécessaires sont respectés.

L'attribution du label se fait en 4 étapes. Tout d'abord elle requiert l'autoévaluation du service puis l'établissement du projet destiné à la réorganisation du service. Un établissement estimant qu'il répond aux critères et souhaitant obtenir le label doit faire la démarche auprès de l'IHAB France. Suite à cela une évaluation extérieure est réalisée. Si les conditions sont remplies le label est attribué pour une durée de 4 ans. L'établissement reçoit alors un certificat d'engagement. Au terme de la validité de ce certificat une réévaluation de la situation est effectuée.

L'organisation doit alors recruter 4 évaluateurs experts en périnatalité et en allaitement maternel. L'évaluation repose sur des entretiens avec le personnel et avec les patientes, mais aussi sur de l'observation de jour comme de nuit. Les observations faites après l'évaluation pourront apporter des mesures correctrices qui seront alors prises en compte par le comité d'attribution.

En 2000, les maternités de Roubaix et de Lons le Saunier mettent en place dans leurs services les recommandations internationales. Le label est attribué pour la première fois en France à la maternité jurassienne en 2000. Une réelle collaboration s'instaure avec les équipes IHAB du Royaume-Uni et d'Espagne. La maternité de Roubaix obtient le label en 2009. En 2007, un suivi annuel est instauré pour aider les maternités à

maintenir un niveau de qualité constant. Une journée nationale de l'IHAB est organisée afin de sensibiliser les professionnels de santé. Dans la fin des années 2000, la sollicitation du groupe IHAB est de plus en plus importante ; c'est pourquoi est créée en 2011 l'association « IHAB France » se concentrant uniquement sur l'activité du programme « Ami des Bébé ».

Depuis l'obtention du label par la maternité de Lons le Saunier, 20 établissements sont devenus Amis des Bébé. L'UNICEF soutient officiellement le programme depuis 2007. Le programme est également cité comme objectif du chemin clinique de l'allaitement par l'HAS. Son utilité est également reconnue dans le cadre du Programme National Nutrition Santé de 2011-2015 pour le démarrage de l'allaitement maternel.

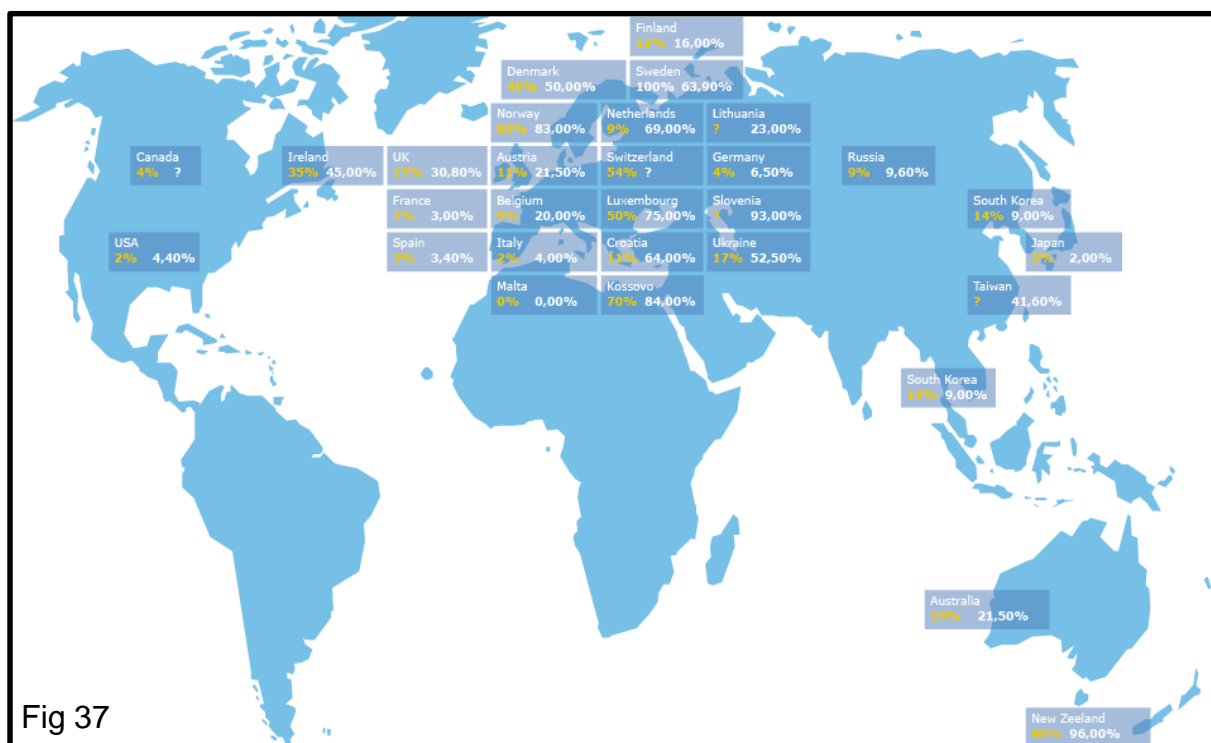


Fig 37

Fig 37 : Pourcentage des services « ami des bébés » comparé au nombre de maternités, l'implantation en 2008 (en jaune) et 2012 (en blanc). www.amis-des-bebes.fr [145]

Cette politique de promotion de l'allaitement maternel a permis l'augmentation du taux d'allaitement à travers le monde. En 1996, à Cuba, le taux d'allaitement des enfants âgés de quatre mois était de 76 % contre 25% en 1990. En Chine, il est passé à 60 % en 1994 contre 29 % en 1992 dans les régions rurales. Dans les régions urbaines de taux était passé de 10 à 48 %. La Chine possède aujourd'hui plus de 6000 hôpitaux labellisés.

Au Brésil le taux était passé de 4 % à 42 % entre 1986 et 1996. Au Sri Lanka, le taux d'allaitement maternel exclusif à quatre mois a augmenté de 14 % en 1987 à 24 % en 1993. En Biélorussie une étude montre que les bébés naissant dans les maternités qui suivaient une bonne partie des recommandations de l'IHAB avaient de meilleures chances d'être allaités que les autres.

Lors du premier bilan fait en 1997 par l'UNICEF au Royaume-Uni, on constate que le taux d'allaitement en maternité a augmenté pour 21 maternités. Cette augmentation était en moyenne de 10 %. En Italie de nombreuses maternités ont reçu la formation pour appliquer les 10 conditions initiales de l'IHAB dans les années 90, les résultats montrent une augmentation des taux d'allaitement après formation.

	Taux d'allaitement exclusif à la sortie de la maternité		Taux d'allaitement prédominant à 3 mois		Taux d'allaitement à 6 mois	
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
Groupe 1	41	77	37	50	43	62
Groupe 2	23	73	40	59	41	64

Tableau 4

Tableau 4 : taux d'allaitement avant et après une formation en maternité en Italie (octobre 1996 à février 1998) .www.info-allaitement.org

Les premières conclusions de l'UNICEF en 1997 révèle le lien entre l'allaitement maternel et le bénéfice sur la santé au sein des maternités devenues « amies des bébés ». Au Panama, les infections respiratoires sont passées de 43 à 18 pour 1000. En Mongolie, les hémorragies post-partum et la mortalité maternelle ont diminué de moitié ainsi que le taux de mortalité infantile. Au Brésil, une maternité a vu le taux de mortalité des bébés passé de 37 à 20 pour 2000 et les hospitalisations chuter de 115 à 69 pour 1000. En Moldavie les infections néonatales recensées dans un hôpital sont passées de 23% en 1986 à 4% en 1996. En Biélorussie on a constaté que le risque de subir une infection gastro-intestinale est de 9,3 % au sein des maternités suivant les recommandations de l'IHAB contre 13,2 % pour les bébés au sein d'autres établissements.

e) Stratégie mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) à l'initiative de l'UNICEF et de l'OMS

[162]

En 2003, la stratégie mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant a rappelé l'importance de la mise en place de l'IHAB partout dans le monde : « allaitement exclusif pendant six mois, alimentation complémentaire adaptée et introduite en temps voulu avec poursuite de l'allaitement maternel pendant 2 ans ou plus ». La stratégie mondiale ANJE a été approuvée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en mai 2002 puis par le conseil administratif du Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) en septembre 2002 pour servir ensuite de base à son action. Ces actions sont menées dans la limite du respect des droits, des cycles de vie et des besoins des femmes et des familles pour améliorer le taux de survie des jeunes enfants.

L'OMS et l'UNICEF ont développé cette stratégie pour attirer l'attention à nouveau sur l'impact que peuvent avoir certaines pratiques en ce qui concerne la nutrition de l'enfant et les conséquences éventuelles en ce qui concerne sa croissance son développement et sa santé.

Cette stratégie est basée sur le fait que la qualité de la nutrition pendant les premiers mois de vie a un impact majeur scientifiquement reconnu. Le choix fait au niveau des états mais aussi au niveau individuel de promouvoir ou non l'allaitement maternel aurait un impact direct sur la mortalité et la morbidité mesurées.

Des études ont été menées durant deux années. L'établissement de cette stratégie s'est révélé très intéressante pour déterminer les facteurs affectant les pratiques de nutrition chez le jeune enfant et a permis de réaffirmer des accords précédemment établis pour poursuivre les efforts quant à l'initiative des hôpitaux amis des bébés (débuté en 1991), du code international de commercialisation des substituts du lait maternel (mis en place en 1981), à la déclaration Innocenti (rédigée en 1990) à la promotion et au support des mères désirant allaiter leurs enfants. Les pays participants furent le Brésil, la Chine les Philippines, l'Ecosse, le Sri Lanka, la Thaïlande et le Zimbabwe.

Cette stratégie a permis d'établir et de définir les principaux plans d'action :

- La malnutrition et un allaitement de trop courte durée avec introduction de l'alimentation complémentaire inadéquate trop tôt dans la vie de l'enfant. La malnutrition serait responsable de 60 % 10,9 millions de décès annuels d'enfants de moins de cinq ans.

- La santé et le statut nutritionnel d'un enfant et de sa mère sont intimement liés, ils forment un couple indissociable. Il est donc nécessaire de considérer en premier lieu l'état nutritionnel des femmes qui deviennent ensuite des mères nourrissant leurs enfants

- Le droit à une alimentation correcte et donc à un état nutritionnel décent est crucial, universel et reconnu comme composant des droits de l'enfant. Quant aux femmes, futures mères, elles ont le droit de décider par quels moyens elles nourriront leurs enfants après avoir pris connaissance de toutes les informations concernant ce sujet afin qu'elles puissent prendre cette décision de manière éclairée.

- Les objectifs spécifiques de cette stratégie sont d'augmenter la prise de conscience du problème affectant la nutrition du nouveau-né et du jeune enfant, d'identifier l'approche recommandé avant de trouver une solution, de programmer des interventions selon un calendrier établi, d'augmenter l'adhésion du gouvernement, des ONG, et de tous les membres prenant part à cette problématique.

Cette stratégie nécessite un investissement global du monde politique, du public, les professionnels de santé, des familles et des communautés et une collaboration entre les différents acteurs qui sont sur le terrain.

L'allaitement doit être replacé au centre des habitudes de vie, de la communauté et du système de santé. Chaque mère salariée doit se sentir soutenue et donc disposer de conditions favorables pour l'allaitement.

Dans certaines circonstances exceptionnelles l'enfant ne peut pas téter au sein de sa mère. Ces situations sont peu nombreuses statistiquement mais nécessitent de faire le choix d'une nourriture ou d'un mode d'alimentation alternatif. Il est possible alors d'utiliser le lait en utilisant des dispositifs médicaux pour l'administrer ; le lait d'une nourrice dans certains pays pratiquant encore cette activité ; le lait d'un lactarium ou encore, lorsqu'ils sont disponibles, des substituts de lait maternel délivré à la cuillère pour assurer une meilleure hygiène.

Ces situations doivent rester exceptionnelles et chaque enfant recevant un lait autre que celui de la mère doit être suivi. L'interruption de l'allaitement ou l'usage inapproprié d'alimentation de complément augmente le risque de malnutrition, de maladies et la mortalité infantile. Une de ces situations exceptionnelles est celle des enfants nés de mères séropositives au VIH. Ils représentent 1,6 million d'enfants par an. Le risque de transmission de la mère à l'enfant durant l'allaitement se situe entre 10 et 20 %. Ce risque doit être considéré mais il est nécessaire de prendre en compte les bénéfices qu'apporte l'allaitement maternel par rapport aux substituts de lait. Dans certains cas le lait peut être chauffé ou le recours à une donneuse peut-être une solution.

-La stratégie mise en place par l'OMS porte une attention particulière aux enfants vivant dans des circonstances très spéciales tels les orphelins, les enfants de mères adolescentes, les enfants nés de mères ayant une maladie physique ou mentale, ayant une dépendance aux drogues ou à l'alcool, étant emprisonnée etc...

Une des premières étapes de la stratégie est d'achever les objectifs fixés par la déclaration Innocenti sur la promotion, la protection et le support de l'allaitement maternel auprès des industriels, de mères, des professionnels de santé et des employeurs.

Il est nécessaire d'associer un suivi régulier en établissant un système mesurant régulièrement l'impact des interventions. Chaque pays doit développer, implanter, diriger et évaluer la politique mise en place pour la nutrition de l'enfant et du nouveau-né dans le cadre des politiques nationales et les programmes de nutrition encadrant la santé des enfants, l'espacement des naissances, et la réduction de la pauvreté. Chaque pays doit donner les moyens aux femmes qui veulent allaiter leur enfant jusqu'à six mois voire jusqu'à deux ans et plus en s'assurant que le secteur de la santé ainsi que les autres au contact des mères allaitantes mettent tout en œuvre pour la promotion et le support de l'allaitement exclusif.

Chaque pays doit œuvrer afin de rester dans la continuité du code international de commercialisation des préparations pour nourrissons en mettant en place une nouvelle législation et de nouvelles mesures protégeant la santé des enfants. Les pays doivent s'assurer du bon usage des produits commercialisés destinés à être administrés comme complément à l'allaitement maternel, afin qu'ils soient utilisés à un âge approprié, qu'ils soient fabriqués dans des conditions de sécurité optimales, qu'ils soient culturellement acceptables, nutritionnellement adéquats.

Chaque pays doit veiller à la formation du personnel soignant se trouvant en contact avec le public, afin de s'assurer que les informations prodiguées sont appropriées et en faveur d'une bonne nutrition infantile. Le personnel doit prendre en compte pour chaque individu (enfant, mère et père), le contexte social, culturel et environnemental.

Chaque pays doit soutenir son système de santé en s'assurant que les hôpitaux mettent en place les procédures de manière complète afin d'augmenter les chances de succès de l'initiation et de la mise en place de l'allaitement grâce notamment à l'initiative des hôpitaux amis des bébés. L'accès à la formation prénatale doit être facilité, et le suivi post-natal doit être renforcé notamment chez les enfants de petits poids ou nés de mères séropositives au VIH. Les mères d'enfants hospitalisés dès la naissance doivent être encadrées et recevoir les informations nécessaires afin de pouvoir poursuivre l'allaitement à l'hôpital. Ceci concerne également les situations inverses, lorsque la mère est hospitalisée et que l'enfant reste avec elle à l'hôpital. Chaque pays doit favoriser la mise en commun des connaissances au sein des groupes de parole. Les échanges entre les mères avec des pairs doivent être encouragés. Dans certains

cas certaines mères pourront devenir « mère référentes » par le conseil et la mise en confiance des jeunes mères.

Les pays doivent se préoccuper des jeunes enfants se trouvant dans des situations exceptionnellement difficiles : ils doivent assurer que les personnels soignants ont reçu les informations nécessaires et mises à jour, concernant les politiques de santé. Le personnel doit veiller à ce que l'apport calorique et hydrique pour la mère soit suffisant. Les enfants souffrant du sida ou n'ayant pas été allaités, doivent bénéficier d'une prise en charge particulière. Le personnel doit veiller à ce que la préparation des substituts de lait maternel soit correctement effectuée. Leur délivrance se fera alors de manière adéquate, au moment approprié, est durant une durée optimale. Les bons conseils doivent être donnés pour aider la mère à nourrir correctement son enfant au-delà de l'allaitement.

Le gouvernement doit s'assurer de l'application des bonnes pratiques de soin au sein des établissements hospitaliers. Ces dispositions doivent mener progressivement à la mise en place de l'initiative des hôpitaux Amis des Bébés selon les règles préétablies. La grossesse doit être encadrée car la qualité de la nutrition de la mère joue un rôle primordial durant le développement de l'enfant puis durant l'allaitement. Les enfants à surveiller tout particulièrement, sont ceux de petits poids de naissance, porteurs du VIH ou nés d'une mère séropositive au VIH.

Malgré le recours aux substituts de lait maternel pour des raisons sociales ou de santé, la même attention doit être portée à ces enfants tout au long de leur croissance. La formation concernant la lactation et le soutien des mères allaitantes devrait commencer dès le plus jeune âge au sein des facultés de médecine, des écoles et des institutions de formation des personnels de santé qu'ils soient privés ou publics. Ces formations doivent être effectuées à tous les niveaux auprès des infirmières et sages-femmes, des nutritionnistes, des diététiciennes et des membres d'associations.

Les ONG ont un rôle local, national et international. Celui-ci comprend la promotion et le soutien sur le terrain d'une nourriture adéquate aux besoins nutritionnels des jeunes enfants. Les ONG peuvent être d'ordre religieux, être associatives telles que les associations de consommateurs, associations de mères, club des familles et les coopératives. Chacune d'elles contribue au succès de cette stratégie.

Les employeurs doivent s'assurer que le temps de pause pour les mères allaitantes est respecté. Les installations doivent être adéquates dans le but de garantir l'intimité des mères et de permettre le stockage du lait tiré.

Les médias ont également rôle fondamental dans la promotion de l'allaitement maternel car ils influencent directement la popularité de certaines pratiques parentales ou de soins à l'enfant.

Des structures telles que les crèches et établissements accueillant des enfants doivent encourager et faciliter l'allaitement maternel par une attitude positive et l'encouragement des mères à tirer leur lait afin qu'ils soient délivrés à l'enfant tout au long de la journée.

Les organisations internationales telles que l'OMS et l' HAS mettent à disposition des outils pour faciliter le travail des gouvernements par le développement de normes et de standards. Ceci est rendu possible grâce au développement de brochures détaillant les objectifs à atteindre, de recherches, d'indicateurs représentatifs, des procédés d'évaluation des personnels de santé, de la planification et de la mise en place et de

l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé, la mise à disposition des ressources pécuniaires, le support des activités de mobilisation sociale telle que l'immédiat pour la promotion de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant.

Les organisations internationales doivent veiller à l'application de la convention de protection de la maternité de 2000 (numéro 183), ainsi qu'au respect des règles de qualité imposées par le Codex Alimentarius,

Le Codex Alimentarius est un code mis en place depuis 1969, permettant d'établir des lignes directrices et des réglementations internationales contribuant à la sécurité, la qualité et aux pratiques de commerce international en ce qui concerne les denrées alimentaires. Chaque norme prend en compte les dernières données scientifiques grâce à la collaboration avec des organismes internationaux indépendants permettant d'évaluer les risques. Des expertises peuvent être organisées par la FAO (« Food and Agriculture Organisation ») l'organisation des Nations Unies pour la nourriture et l'OMS. Ces normes sont souvent utilisées pour l'élaboration de législations nationales. On estime à 200 milliards de dollars le commerce des denrées alimentaires et à des milliards de tonnes d'aliments produits, transportés et commercialisés

Les mères allaitantes ont besoin de l'apport de micronutriments. L'OMS et l'UNICEF ont mis au point une formule correspondant aux Apports Nutritionnels Recommandés (ANR) dans le cadre du Programme Alimentaire Mondial (PAM) pour les femmes enceintes, les femmes allaitantes et des enfants de 6 à 59 mois. Ceci a été mis en place pour les populations affectées par une situation d'urgence grâce à l'UNICEF. Des trois types de réponses sont la distribution de nourriture par le PAM, l'aide alimentaire pour les femmes enceintes et allaitantes ainsi qu'aux enfants et les interventions médicales ciblées dans les cas de malnutrition grave.

Une femme allaitante nécessite 500 calories supplémentaires chaque jour par rapport à son apport nutritionnel habituel. Elle doit également bénéficier d'un apport suffisant en fer, calcium, vitamines A, acide folique et sel iodé. Une malnutrition modérée n'altère pas la qualité du lait maternel. Lorsqu'un approvisionnement en complément alimentaire est possible ou qu'une supplémentation en vitamines est disponible, il est préférable de les donner à la mère qui allaite plutôt qu'à son enfant. La mère aura une santé améliorée et le lait donné à son enfance aura de bonnes qualités pour le protéger face aux infections. L'enfant bénéficiera ainsi de toutes les qualités des bénéfices de l'allaitement maternel. La supplémentation par l'UNICEF en micronutriments pour les femmes enceintes fait l'objet d'études pilote au sein de 11 pays dont le Pakistan, l'Inde, Bangladesh, le Népal, l'Indonésie, les Philippines, le Vietnam, la Chine, la Tanzanie, Madagascar et le Mozambique.

Supplémentation en iode

Les enfants carencés en iode font souvent l'objet d'un retard mental. L'objectif a été fixé en 1990 d'éliminer les carences en iode pour l'année 2000. Cela a été entrepris grâce à l'enrichissement du sel en iode. L'objectif n'a pu être atteint et 30% des foyers dans les pays en développement ne bénéficient pas d'un apport suffisant. Cela représente 41 millions de nourrissons et nouveau-nés. L'iodation universelle du sel a été entreprise grâce à la collaboration de nombreux partenaires producteurs de sel, des gouvernements, du Conseil international de lutte contre les troubles dus à la carence en iode, l'Organisation mondiale de la santé, l'Initiative Micronutriments, la Banque

mondiale, Kiwanis International, des enseignants, des associations de consommateurs et des enfants d'écoles du monde entier.

Supplémentation en fer

De 4 à 5 milliards de personnes sont atteintes de carences en fer et l'on estime à 2 milliards le nombre de personnes anémiques. Ce sont les femmes et les jeunes enfants qui sont le plus vulnérables : 50% des femmes enceintes et de 40 à 50% des enfants de moins de cinq ans des pays en développement manquent de fer. L'anémie accroît le risque d'hémorragie et de septicémie (infection bactériale grave) pendant l'accouchement et intervient dans 20 % des décès maternels. Ces femmes risquent de donner naissance à des enfants prématurés ou d'un poids insuffisant, souffrant d'infections, d'un système immunitaire affaibli, de troubles de l'apprentissage et du développement. Les nourrissons seront anémiques s'ils ne reçoivent pas d'importantes quantités de fer de leur mère pendant la grossesse et l'accouchement.

L'UNICEF a recours à des campagnes d'informations pour souligner le rôle important du fer dans l'alimentation. Lorsqu'il est difficile ou coûteux de se procurer des aliments riches en fer – du foie, de la viande rouge, des oeufs, du poisson, du pain complet, des légumineux - enrichir des produits de base comme la farine est un autre moyen d'atteindre une grande partie de la population.

Supplémentation en vitamine A

Au moins 100 millions d'enfants de moins de 5 ans sont atteints d'avitaminose A, qui, à un stade avancé, peut entraîner la cécité et accroître considérablement le risque qu'un enfant meure de maladies comme la rougeole, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës car la vitamine A est essentielle au système immunitaire.

Dans de nombreux pays, les activités menées dans ce domaine se limitent encore au programme de prévention de la cécité. Dans d'autres pays, aucune mesure n'a jamais été prise pour réduire l'avitaminose A.

L'UNICEF a trois stratégies visant à éliminer l'avitaminose A : fournir des suppléments de vitamine A, enrichir les aliments et diversifier l'alimentation. Les partenaires de l'Initiative mondiale pour la vitamine A sont très nombreux aux côtés de l'UNICEF et de l'OMS.

Supplémentation en vitamine D

Elle peut être nécessaire lorsque les réserves de la mère sont faibles. La production de vitamine D est sous l'influence de l'exposition au soleil. Les compléments donnés aux enfants permettent de prévenir le rachitisme. Les populations les plus à risque sont celles possédant un taux épidermique élevé de mélanine. Les populations exposées sont d'avantages dans l'hémisphère sud et sont résidentes très souvent de pays économiquement défavorisés.

Supplémentation en vitamine E

La vitamine E est un antioxydant important pour la santé et le bien-être des prématurés. Elle est présente à des concentrations plus élevées que la normale dans le lait des mères qui ont accouché prématurément et pourrait prévenir ou limiter quelques-uns des problèmes de santé liés à la naissance avant terme, comme l'anémie hémorragique.

Des études montrent que l'administration de suppléments de vitamine E aux enfants nés avant terme peut avoir certains effets bénéfiques, mais elle peut aussi accroître le risque d'infections engageant le pronostic vital. De plus, s'il est vrai qu'une supplémentation en vitamine E est susceptible de limiter certaines complications comme la rétinopathie du prématuré, il y a augmentation du risque d'hémorragie cérébrale lorsque la supplémentation en vitamine E s'effectue par voie intraveineuse. Il faut se montrer vigilant lorsque l'enfant est prématuré ou de faible poids. La ration journalière habituelle de lait maternel permet de fournir l'apport alimentaire recommandé en vitamine E.

Dans le cadre de l'ANJE, un guide du facilitateur de l'UNICEF fait partie du paquet de counseling communautaire. Celui-ci se compose d'outils de formation, et de matériels pour les interventions auprès des populations en ce qui concerne la nutrition. Ces documents reprennent l'ensemble des informations de référence de l'OMS et de l'UNICEF.

Le contenu technique du paquet vise à refléter les directives sur le VIH et l'alimentation du nourrisson 2010 et de l'ANJE.

Le Paquet de Counseling Communautaire pour l'ANJE est une ressource générique conçue pour équiper les agents communautaires, incluant les agents de santé communautaire et les autres volontaires et le personnel de soins de santé primaire soutenant les mères, pères et autres gardiennes d'enfants afin qu'ils nourrissent de façon optimale leurs nourrissons et jeunes enfants. La composante formation du paquet a pour but de donner aux agents communautaires les connaissances techniques sur les pratiques d'allaitement maternel et d'alimentation de complément recommandées pour les enfants de 0 à 24 mois. Ceci a pour but d'améliorer leurs compétences en conseils, leur aptitude à résoudre les problèmes et à utiliser efficacement les outils de counseling et d'aide-mémoire.

Les indicateurs précis ont été mis en place, en relation avec les recommandations de l'OMS qui sont les suivantes : allaitement exclusif de la naissance à six mois, poursuite de l'allaitement des enfants jusqu'à leur deuxième année ou plus que tout en leur donnant des aliments de compléments appropriés. Il y a quelques années ses recommandations étaient de quatre à six mois. Depuis 1993 deux types d'indicateurs sont utilisés : les indicateurs concernant l'alimentation des jeunes enfants dans leur famille dans les premiers mois de vie et les indicateurs permettant de connaître les modes d'alimentation des nouveau-nés dans les maternités. Ces derniers sont utiles dans les maternités s'engageant dans l'IHAB.

Les indicateurs étant standardisés, ils permettent de comparer des situations nationales avec les recommandations de l'OMS, d'évaluer leur évolution et de comparer des situations nationales entre elles. Ces indicateurs ne sont malheureusement pas toujours utilisés.

Après une étude de l'UNICEF réalisée dans 112 sociétés, l'âge moyen de sevrage est compris entre 18 et 24 mois. Les études ont été réalisées entre 1995 et 2000. Les enfants bénéficiant d'une attention particulière sont ceux nés dans les pays sous-développés où l'allaitement maternel est parfois une question vitale.

UNICEF souligne que le taux d'allaitement maternel exclusif dans les pays en voie de développement est passé de 42 % en 1989 à 46 % en 1999. Pour l'Inde, ce taux est

de 55,2 %, pour l'Indonésie de 51,9 %, et de 67,1 % pour la Chine. Le taux d'allaitement du nourrisson âgé de 20 à 23 mois sont connus pour 104 pays dans le monde : il est de 16,9 % pour le Brésil, 68,9 % pour l'Inde est de 65,4 % pour l'Indonésie.

Tableau 5	Naissances en 1999 (millions)	% de nourrissons (0-3 mois) exclusivement allaités	% de nourrissons entre 6 et 9 mois allaités et recevant une alimentation de complément adaptée	% de nourrissons entre 20 et 23 mois allaités
Afrique subsaharienne	24	34	60	52
Afrique du nord et Moyen orient	9,3	42	60	31
Asie du sud	35,7	46	32	66
Asie de l'est/Pacifique	32,6	57		
Amérique latine/Caraïbes	11,5	37	47	23
CEE/CIS et Etats Baltiques	6,4	-		
Pays industrialisés	9,8	-		
Pays en développement	116,3	44	46	51
Pays les moins développés	24	42	62	59
Monde	129,3	44	46	51

Tableau 5 : Taux d'allaitement en 1999, selon les régions du monde, en fonction de l'âge de l'enfant. www.info-allaitement.org

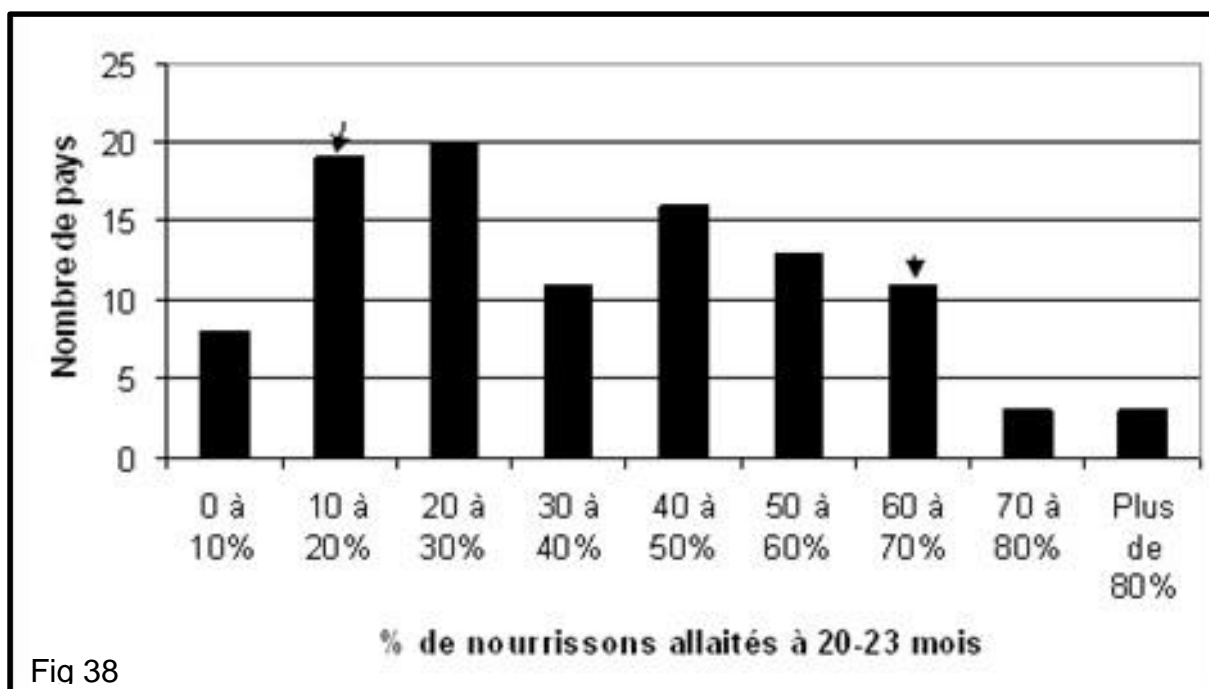


Fig 38

Fig 38 : Taux d'allaitement pour des enfants ayant un âge compris entre 20 et 23 mois, en 1999, dans 104 pays. www.info-allaitement.fr

- f) Recommandations pour la pratique clinique sur la mise en œuvre et la poursuite de l'allaitement maternel (ANAES 2002)

[162]

Pour établir les programmes de santé concernant l'enfant, la France dispose de l'HAS (Haute Autorité de Santé), dont une commission était anciennement appelée l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), n'existant plus car elle a été regroupée avec d'autres commissions au sein de l'HAS. L'ANAES a publié en 2002 un ensemble de recommandations pour la pratique clinique sur la mise en œuvre et la poursuite de l'allaitement maternel.

En 2002 l'ANAES a élaboré un ensemble de recommandations à la demande de l'association de recherche des soins infirmiers et du collège national des gynécologues et obstétriciens français. De nombreuses associations de professions de santé y ont participé. Ces recommandations ciblent les femmes ayant mis au monde un enfant en bonne santé à terme. Les cas particuliers ne sont pas concernés. Elles concernent tous les professionnels de santé ayant un rôle dans la périnatalité.

Les recommandations de 2002 reprennent tout d'abord les 12 recommandations de L'IHAB énoncées plus haut concernant l'encadrement de la mère et les soins apportés à la maternité et durant la poursuite de l'allaitement. Elles visent également à prévenir les difficultés pouvant être rencontrées en trainant parfois une grande détresse psychique. Il peut s'agir de douleurs et lésions de mamelons, l'engorgement, la lymphangite ou mastite, l'insuffisance d'apport en lait qui ne doivent pas être prises à la légère par les professionnels de santé car elles peuvent être à l'origine de l'arrêt de l'allaitement.

Les recommandations encouragent le soutien des pratiques permettant la poursuite de l'allaitement grâce aux soutiens et contacts humains. La reprise des activités habituelles de la mère (travail, sport, activités de groupes) est un point clé de la réussite de la poursuite de l'allaitement. Les adaptations possibles doivent être portées à la connaissance des mères ainsi que les codes réglementant le travail.

Les recommandations concernent également l'alimentation des mères. L'alimentation doit être saine et variée. Seuls deux aliments doivent être limités : l'alcool et le café qui passent tous les deux dans le lait maternel. Le café doit être limité à 2 à 3 tasses par jour et l'alcool à 1 à 2 verres de manière occasionnelle.

Elles concernent également les médicaments dont un bon nombre peuvent être administrés malgré l'allaitement. Cependant tout prescripteur doit rester vigilant et se poser les bonnes questions (voir chapitre 3)

Enfin elles concernent la contraception comme vu précédemment.

- g) La CoFAM

[132]

La CoFAM est créée après l'IHAB, ce qui permet une meilleure coordination des acteurs de santé et l'instauration de la SNAM en 1998 (Semaine Nationale de l'Allaitement Maternel). La CoFAM, Coordination Française pour l'Allaitement Maternel est une association à but non lucratif (loi 1901). Elle a été déclarée au Journal Officiel N° 1762 du 1er juillet 2000.

La création de la Semaine Nationale de l'Allaitement Maternel fait suite à la création de l'événement international de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM) en 1992.

Depuis 1999, quelques associations de soutien de l'allaitement maternel se sont rassemblées pour organiser cette semaine dédiée à l'allaitement.

La CoFAM œuvre à la protection et au soutien de l'allaitement maternel par l'encadrement des femmes qui souhaitent allaiter afin qu'elles puissent le faire le temps qu'elles le souhaitent et par l'encadrement des professionnels qui accompagnent les mères et les enfants.

La CoFAM est reconnue d'intérêt général et peut délivrer des reçus fiscaux ouvrant droit à une réduction d'impôts en cas de dons. Elle est reconnue à caractère social et scientifique éligible au dispositif du mécénat.

Cette association a pour but de :

Permettre à toute femme d'allaiter en ayant accès à des informations complètes et du soutien organisé.

De conduire et d'encourager tout projet d'entraide et de solidarité s'y rapportant.

De contribuer à l'acquisition des connaissances et des bonnes pratiques favorisant et soutenant l'allaitement maternel.

De mobiliser et rassembler les domaines de la recherche scientifique en lien avec l'allaitement maternel.

D'informer sur l'intérêt et les bienfaits de l'allaitement maternel dans sa durée en termes de santé publique, et ce afin de prévenir et de réduire les risques liés au non-allaitement.

De favoriser, développer, défendre, mobiliser autour de l'allaitement maternel les parents ou futurs parents, les enfants, ainsi que toutes les personnes et acteurs concernés.

L'association se base sur la déclaration Innocenti réactualisée ainsi que sur les recommandations de l'UNICEF et de l'OMS. La CoFAM a privilégié quatre axes essentiels :

- Organisation de la journée nationale de l'allaitement pour sensibiliser et informer les professionnels de santé,
- Organisation de la semaine Nationale de l'allaitement maternel en France lors de la 3ème semaine d'octobre donnant lieu à de nombreuses manifestations,

- Proposition de groupes de travail chargés de la réflexion sur des sujets précis tels que l'allaitement associé à la reprise du travail ou à la précarité depuis 2009.
- Renforcer la place qu'occupe l'allaitement dans les formations des différentes professions de santé. Le but ultime est de fédérer les acteurs soutenant l'allaitement pour une meilleure collaboration et un travail en réseau des professionnels.

Après la SNAM de 1999, 15 associations adhèrent à l'organisation et l'événement commence à être relayé par les médias. En janvier 2000, la structure d'association est proposée, devant le succès de la SNAM précédente, pour bénéficier d'un statut juridique. La première assemblée générale constitutive a été proposée le 27 mai 2000 à Paris pour lui donner naissance.

Les thèmes de la SMAM ont été au fil des années, très divers et variés :

- 1998 : Allaitement maternel : le meilleur investissement (La protection de l'environnement)
- 1999 : Allaitement maternel : une école pour la vie (L'éducation)
- 2000 : Allaiter, c'est votre droit ! (Les droits de l'Homme)
- 2001 : Allaiter à l'ère de l'information (L'information)
- 2002 : Allaitement maternel : des mères et des bébés en bonne santé (La santé)
- 2003 : L'allaitement maternel : tous concernés ! (La mondialisation)
- 2004 : Allaitement maternel : un bon départ pour la vie (Allaitement exclusif six mois)
- 2005 : la proximité mère-enfant (allaitement et alimentation familiale : amour et santé)
- 2006 : L'allaitement : 6 mois et plus (25 ans du code international de commercialisation des substituts du lait maternel)
- 2007 : Les premières heures de vie
- 2008 : Le soutien aux mères
- 2009 : L'allaitement un atout en situation de crise
- 2010 : L'allaitement maternel : pas à pas
- 2011 : L'allaitement maternel : parlons-en !
- 2012 : Comprendre le passé, planifier l'avenir
- 2013 : Soutenir l'allaitement au côté des mères
- 2014 : L'allaitement, un atout gagnant pour la vie

En 2015 La Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel a eu lieu du 11 au 18 octobre 2015.

Le thème choisi pour l'année 2015 était « allaitement et travail »

Les objectifs de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel 2015 :

- Mobiliser tous les acteurs concernés pour permettre aux femmes qui le souhaitent de travailler et d'allaiter.
- Informer sur les bénéfices de l'allaitement maternel et la législation relative à l'allaitement au travail.

-Inciter les employeurs, tous secteurs confondus du public et du privé, à mettre en œuvre la législation pour permettre aux femmes qui le souhaitent de poursuivre leur allaitement au-delà de la reprise du travail.

-Impliquer les médecins du travail, les représentants du personnel, les syndicats, les comités d'entreprises, les CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail)... à protéger le droit à l'allaitement dans le milieu du travail.

-Garantir le soutien du projet parental d'allaitement par les professionnels de la petite enfance quel que soit le mode de garde.

-Cesser d'opposer les femmes qui allaitent et celles qui n'allaitent pas et respecter les choix et les droits de chacune.

-Sensibiliser la sphère politique, le monde du travail et l'opinion publique sur ce sujet.

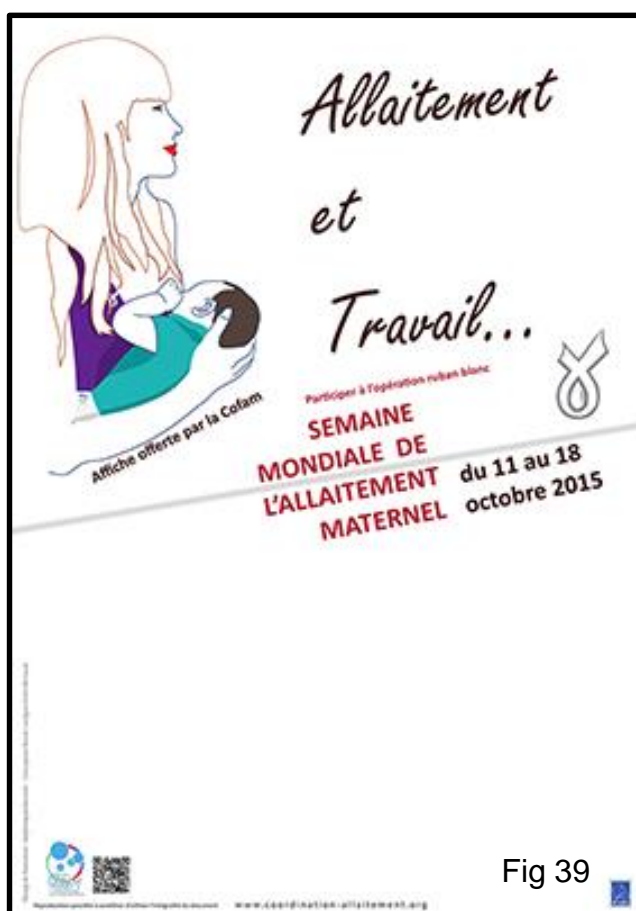


Fig 39 : Affiche de la Semaine Mondiale de L'allaitement Maternel (SMAM). 2015. CoFAM. <http://www.coordination-allaitement.org/index.php/nos-actions/la-smam/quest-ce-que-la-smam>.

4) Les professionnels de santé

a) Interlocuteurs privilégiés des futures mères

[53]

Le manuel rédigé en 2006 par la HAS décrit le processus de soutien de l'allaitement du personnel soignant au sein des établissements de santé.

Le processus est découpé en **quatre phases** : information sur l'allaitement durant la grossesse, démarrage de l'allaitement à la naissance, installation de l'allaitement exclusif, poursuite de l'allaitement jusqu'au sevrage.

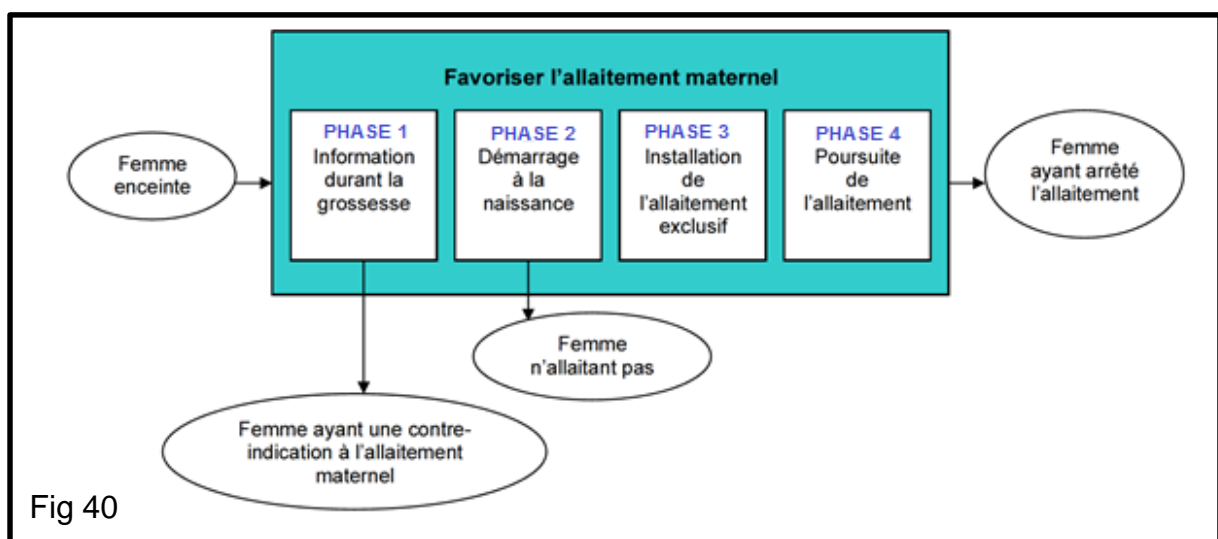
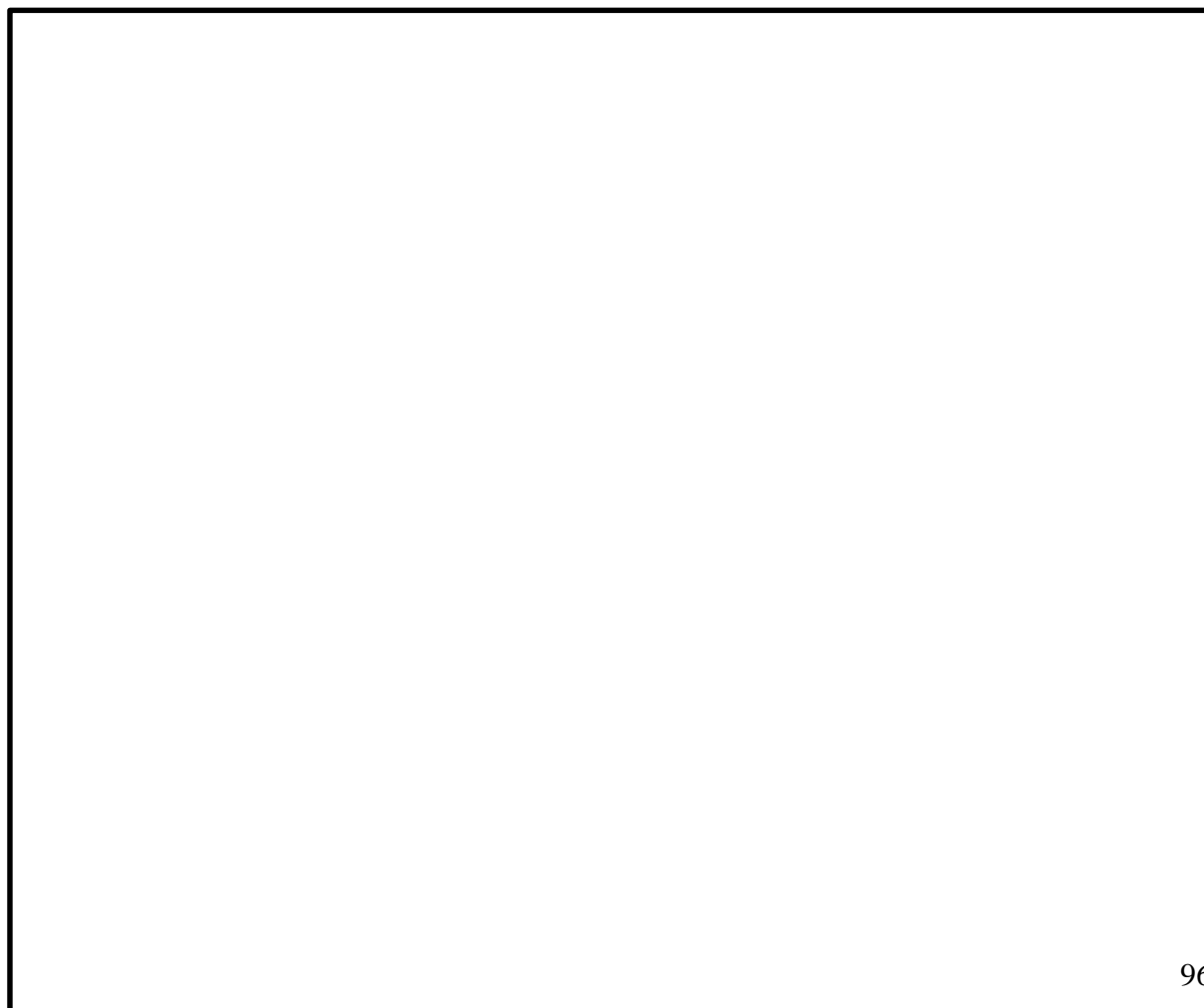


Fig 40 : récapitulatif des 4 phases favorisant l'allaitement maternel au sein dans les établissements prenant en charge des couples mère/enfant. (HAS / Mission formation / Juin 2006 « Favoriser l'allaitement maternel : processus – évaluation »)

Pour chaque étape du processus l'HAS a mis en place un arbre décisionnel permettant au personnel soignant d'adapter la marche à suivre en fonction de chaque patiente.

Phase 1-processus d'information sur l'allaitement durant la grossesse

L'information faite aux parents doit tenir compte des dernières données scientifiques et doit respecter la culture de la famille afin que le choix soit fait sans jamais rien imposer. Ces informations sont délivrées grâce aux programmes de préparations à l'accouchement et à la parentalité dispensés par les réseaux périnataux.



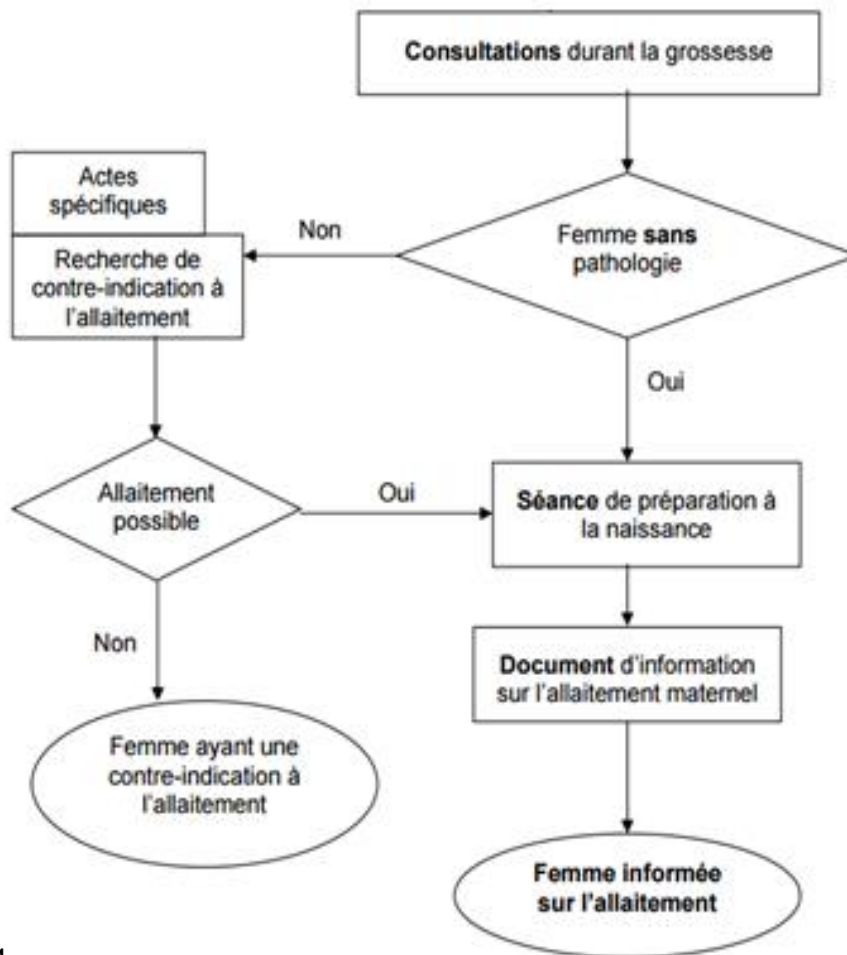


Fig 41

Fig 41 : Phase 1-Processus d'information sur l'allaitement durant la grossesse (HAS / Mission formation / Juin 2006 « Favoriser l'allaitement maternel : processus – évaluation »)

Phase 2 -démarrage de l'allaitement à la naissance

Les équipes soignantes doivent tout faire pour que le démarrage de l'allaitement se déroule bien. Ceci dépend des soins dispensés durant l'accouchement et directement après celui-ci.

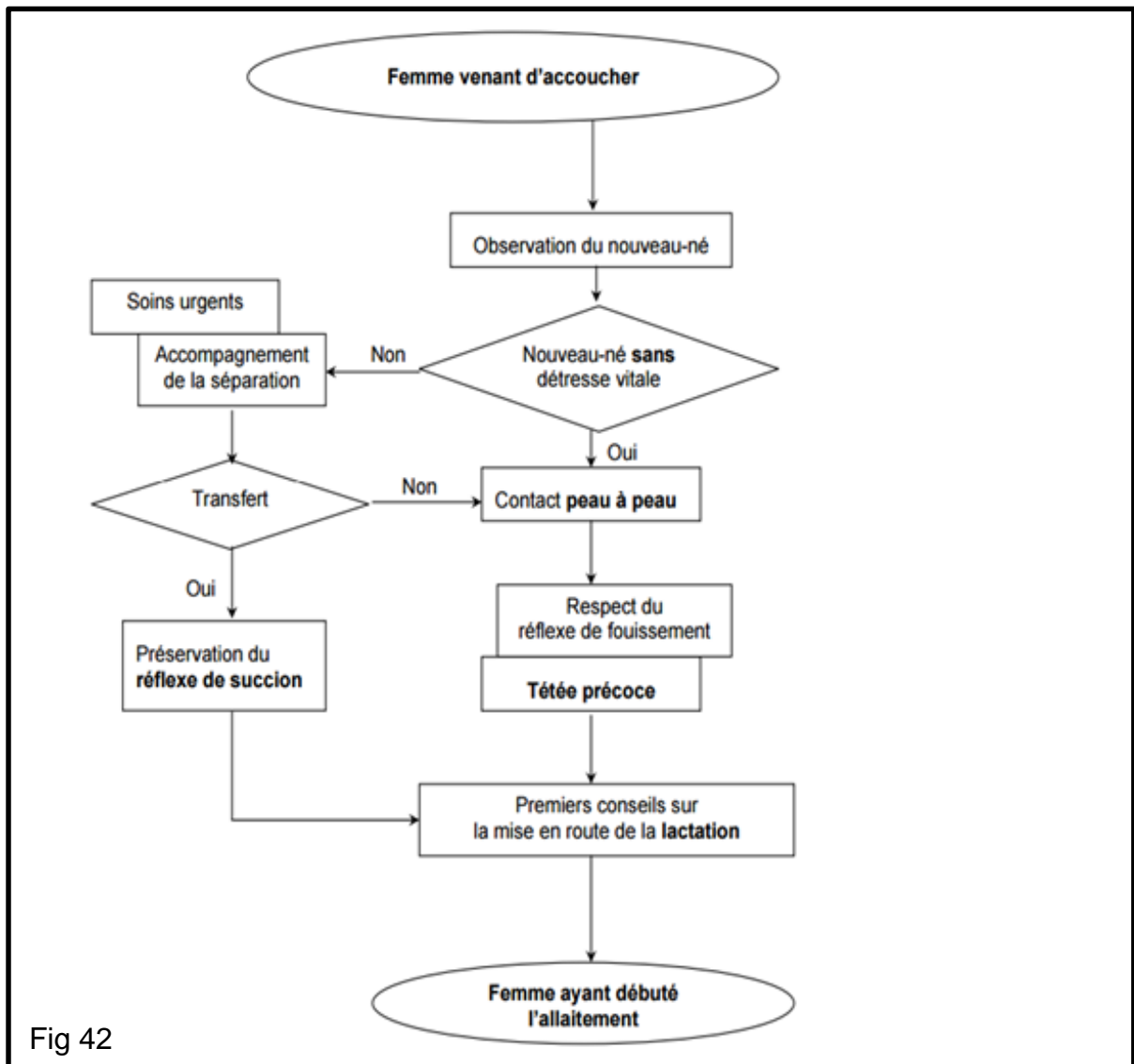


Fig 42

Fig 42 : Phase 2 -Démarrage de l'allaitement à la naissance. (HAS / Mission formation / Juin 2006 « Favoriser l'allaitement maternel : processus – évaluation »)

Phase 3- Installation de l'allaitement exclusif

L'aide apportée à la mère pour allaiter son enfant est basée sur la physiologie, l'observation et l'identification des recours possibles en cas de difficultés.

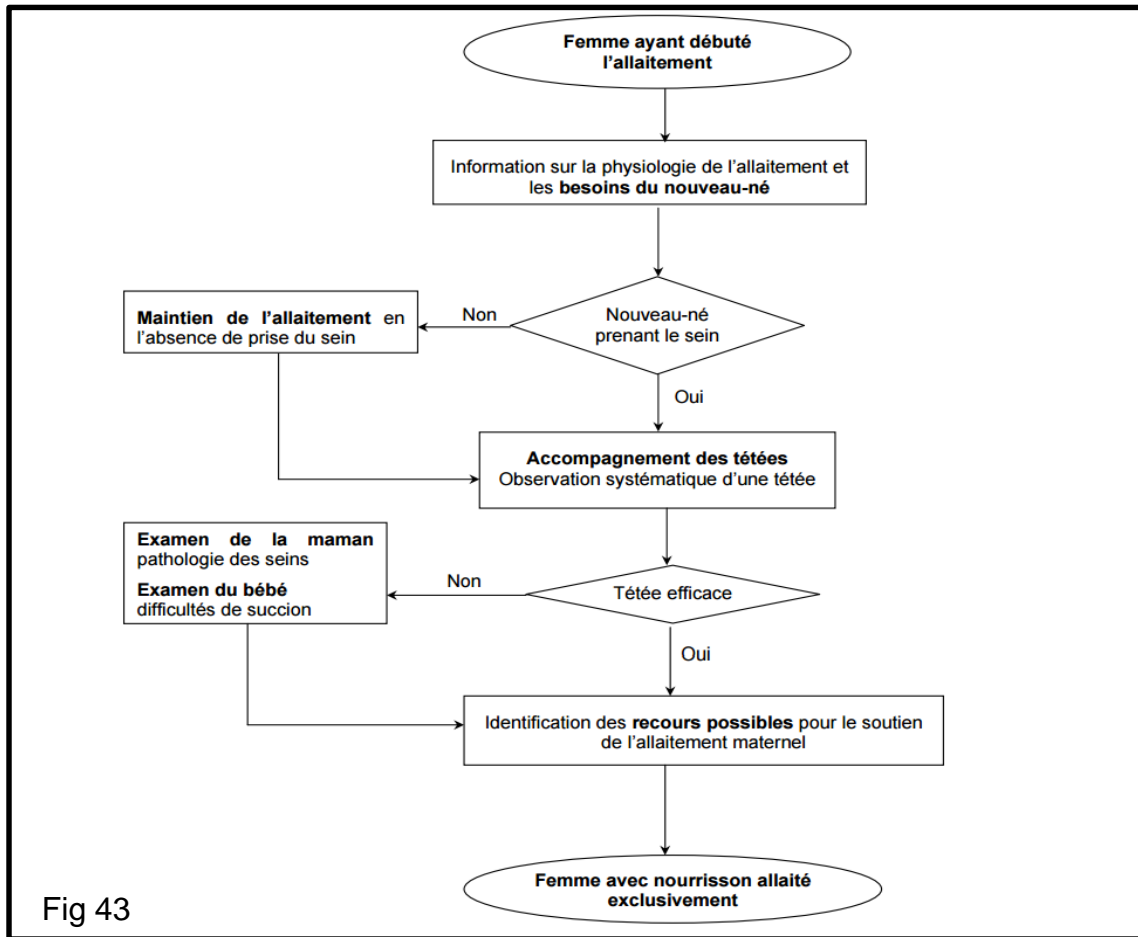


Fig 43

Fig 43 : Phase 3- Installation de l'allaitement exclusif. (HAS / Mission formation / Juin 2006 « Favoriser l'allaitement maternel : processus – évaluation »)

Phase 4- Poursuite de l'allaitement jusqu'au sevrage

Les objectifs sont de dépister et d'aider à la résolution d'éventuelles difficultés (de tétée, pathologie maternelle ou séparation temporaire de la mère et de son enfant), puis d'accompagner la décision de sevrage.

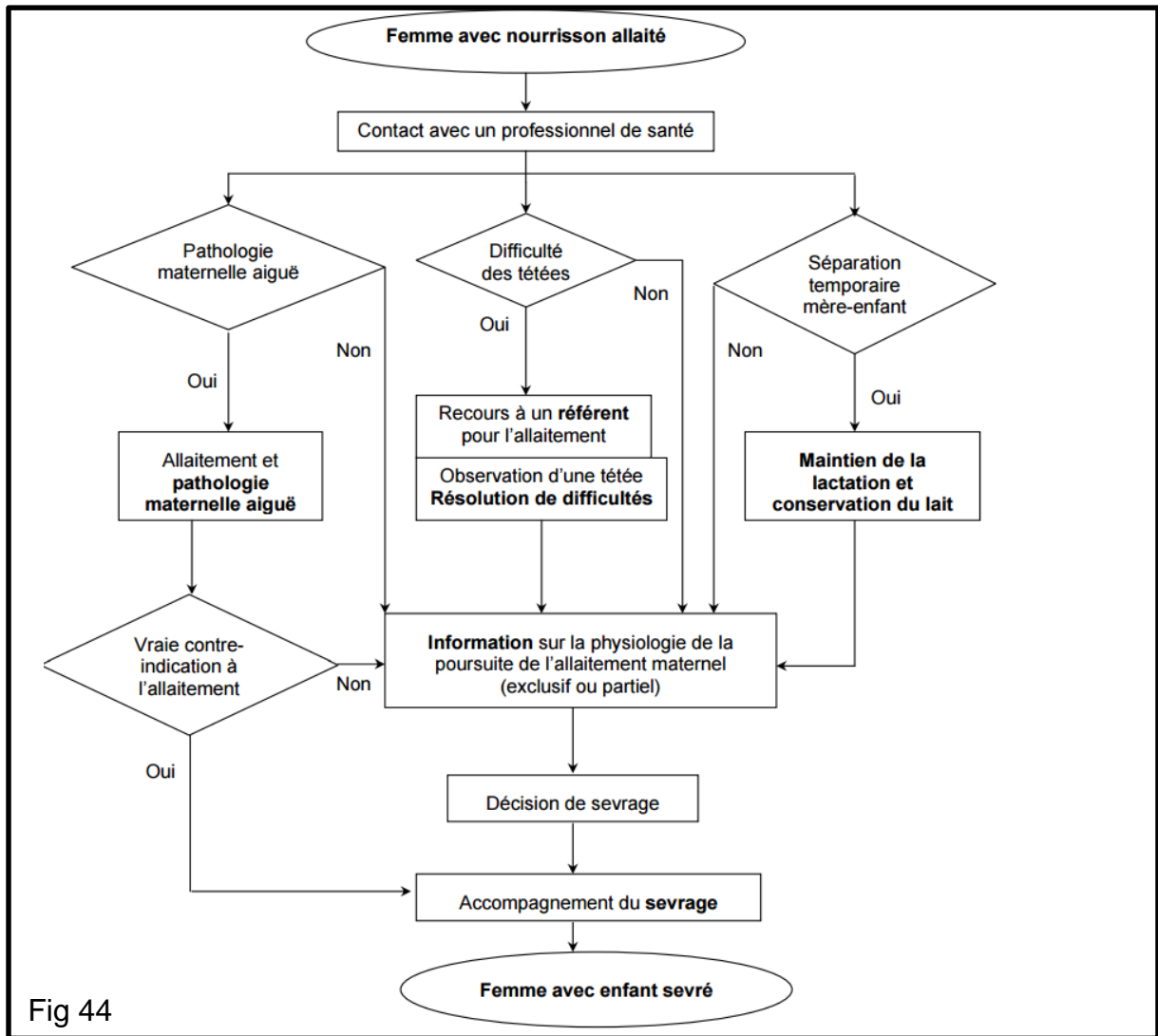


Fig 44 : Phase 4- Poursuite de l’allaitement jusqu’au sevrage. (HAS / Mission formation / Juin 2006 « Favoriser l’allaitement maternel : processus – évaluation »)

[71]

Ces données sont issues de la seconde partie des résultats issus du volet « Comportement » de la quatrième édition de l'enquête sur la consommation alimentaire des nourrissons et enfants en bas âge français réalisée par le Syndicat français des

aliments de l'enfance, en 2005, auprès des mères de 713 nourrissons et enfants en bas âge âgés de 0 à 36 mois. Cette enquête est réalisée tous les 8 ans depuis 1981. Elle montre que les attitudes alimentaires depuis 1997 se sont améliorées chez les jeunes enfants qui désormais partagent plus les repas en famille et ont à disposition une alimentation plus variée. Elle permet également de confirmer l'importance d'un soutien pour les mères par le corps médical qui a une énorme influence. En revanche, il est constaté un passage précoce à la nourriture solide, une introduction trop rapide des aliments devant être consommés en faible quantité comme les frites et la charcuterie. Les enfants font trop peu d'activité physique en raison d'un excès de temps passé devant les écrans.

Dans l'étude portant sur le comportement alimentaire, les mères des enfants de 0 à 36 mois étaient 85 % à avoir été guidées par au moins une source de conseil pour nourrir leur enfant depuis sa naissance. Le « corps médical » est la source de conseils prépondérante pour 77 % d'entre elles. Le « corps médical » comprend les pédiatres, médecins généralistes, sages-femmes, ou puéricultrices et pharmaciens. Les primipares sont plus nombreuses que la moyenne des mères (86 contre 77 %) et que les multipares (86 contre 71 %), à donner la priorité aux conseils délivrés par le corps médical.

L'entourage proche était cité par 31 % des mères comme l'une des sources prépondérante de conseil depuis la naissance de leur enfant. Le rôle du conseil du personnel soignant diminue avec l'âge des mères.

Les médias constituaient une source d'informations et de conseils pour 30 % des mères interrogées.

Au sein du corps médical, les pédiatres étaient la première source de conseil et les généralistes la seconde jusqu'à 24 mois et conseillaient à égalité les mères des 25-30 mois. Pour les mères des 31-36 mois, ayant déjà fait leurs expériences au cours des premiers, le rôle des médecins se situait juste après celui de l'expérience personnelle. L'expérience personnelle intervenait en quatrième ou cinquième place pour les mères des 1 à 24 mois. Ce n'était que lorsque l'enfant atteignait 25-30 mois que cette expérience personnelle passait en troisième position pour prendre la première place pour les mères des 31-36 mois.

On a comparé les résultats obtenus pour l'étude de la source de conseil la plus importante entre 1997 et 2005.

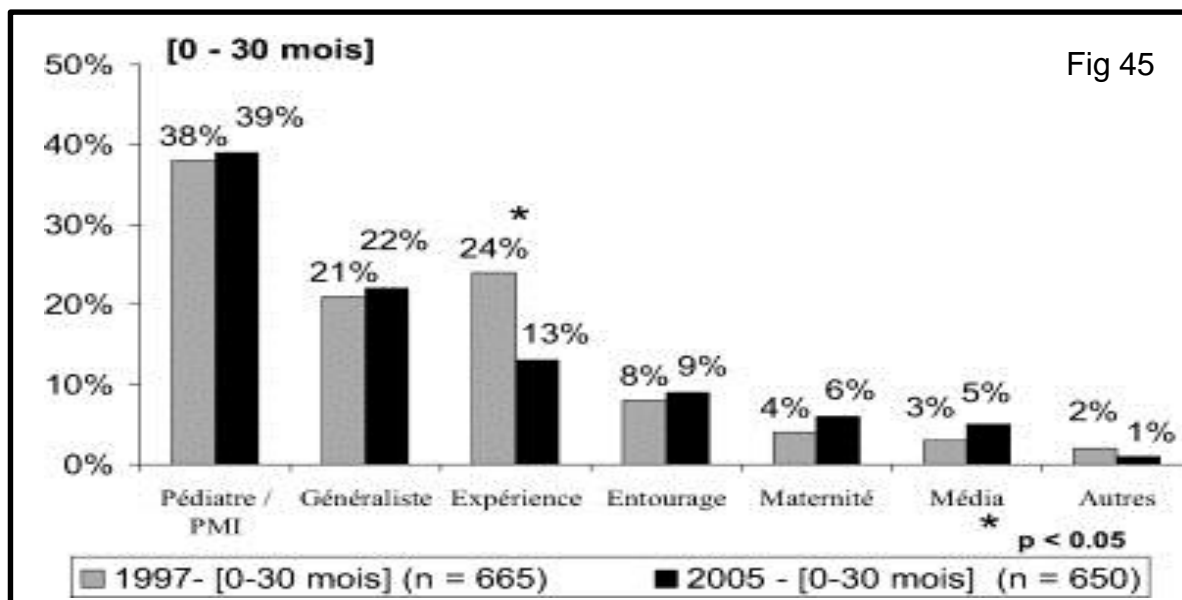


Fig 45 : Source de conseils la plus importante en matière d'alimentation infantile depuis la naissance — Évolution 1997-2005 auprès des mères des 0-30 mois. « Comportement alimentaire des nourrissons et jeunes enfants de 0 à 36 mois : comparaison des habitudes des mères. »

[45]

Les mères des 0-30 mois (classes d'âges communes à ces deux enquêtes) étaient moins nombreuses, en 2005, à se fier à leur seule expérience (13 contre 24 % en 1997). En revanche, les sources de conseil les plus importantes étaient citées dans les mêmes proportions qu'en 1997. La place des médecins était toujours, pour les mères, la source de conseil la « plus importante » pour nourrir les enfants depuis leur naissance : 38-39 % pour les pédiatres, 21-22 % pour les médecins généralistes.

Afin de communiquer efficacement, les professionnels de santé se doivent de ne pas « idéaliser » l'allaitement maternel. Le choix de l'alimentation de l'enfant doit se faire en prenant en compte du contexte familial et de chaque mère, qui doit être informée des difficultés éventuelles afin d'être préparée pour y faire face. Dans un contexte où les femmes y sont confrontées et où l'allaitement maternel semble de moins en moins inné, les professionnels de santé doivent offrir informations et compétences en soutien aux jeunes parents. Le professionnel doit être en mesure de faciliter l'expression des parents et de proposer une écoute, afin d'instaurer un dialogue. Le choix de l'allaitement n'est pas seulement maternel, il appartient aux deux parents. Il s'agit d'une dynamique familiale complète impliquant également le comportement de l'enfant. Se positionner en tant que professionnels de santé est important car cela permet de créer un espace de liberté. Le professionnel ne s'implique pas personnellement l'argumentation menant au mode d'allaitement. Les professionnels de santé joueront un rôle consultatif qui permet aux parents de faire leur choix de manière éclairée sans subir de pression.

b) Formation des médecins

[150]

D'après une étude réalisée aux Etats-Unis en 1993, on a pu constater que seuls 65 % des pédiatres interrogés recommandaient l'allaitement maternel exclusif et seulement 37 % des pédiatres recommandent l'allaitement pendant au moins un an. Dans ce même panel de pédiatres, 44% ont recommandé de mettre l'enfant au sein dans la demi-heure qui suit la naissance pour respecter le réflexe de fouissement et 59 % indiquaient que le sein devrait être donné à la demande. 23% de ces praticiens recommandent l'interruption de l'allaitement en cas de mastite. Quatre principes appelant les pédiatres estiment avoir besoin de complément d'information sur l'allaitement, parmi eux 90 % ont moins de 45 ans.

[44]

Une nouvelle étude, réalisée en 2001, porte sur le soutien des mères allaitantes. Elle montre que les généralistes interrogés dans la région du Rhône sont :

43,6 % à s'estimer trop peu formés sur l'allaitement,

82,5 % à penser que la formation médicale est insuffisante en ce qui concerne l'allaitement maternel (dont 94,7 % des femmes et 77,9 % des hommes),

72,2 % à souhaiter des cours de troisième cycle,

31,6 % à souhaiter des cours par ateliers pratiques.

Dans cette étude, 91 % des généralistes pensent qu'un document pédagogique serait utile pour pouvoir bénéficier d'un support lors de la rencontre avec les futures mères. Le domaine, dans lequel ils souhaitent être le plus formés, est celui des pathologies liées à l'allaitement telles que la lymphangite, la crevasse et l'abcès.

[111]

En 2004, 55% des obstétriciens Américains interrogés déclaraient ne pas avoir confiance en leur capacité à résoudre les problèmes de lactation. Quant aux soignants en pédiatrie, ils sont 67 % à ne pas être confiants en leur capacité à résoudre les difficultés liées à la douleur, la tension mammaire ou les crevasses.

[6 ; 23]

L'implication et la formation des médecins semblent encore insuffisantes par rapport aux objectifs et aux recommandations fixées par les autorités de santé. Les chiffres indiquent bien que les pratiques doivent encore évoluer pour permettre aux parents de faire un choix éclairé en ce qui concerne l'alimentation de leur enfant.

Parmi les femmes ayant reçu une information sur l'allaitement avant l'accouchement, 73,1% des femmes ont reçu l'information par un professionnel de santé. Ces professionnels de santé étaient dans 63,7% des cas une sage-femme, 5% des cas un médecin et 3,6% des cas un gynéco-obstétricien. Seules 27,4% des femmes disaient avoir reçu le conseil d'allaiter exclusivement durant six mois.

c) Les pharmaciens de la métropole lilloise

[99]

L'allaitement est devenu l'un des objectifs des plans nationaux nutrition santé de 2001, 2006 et 2011. Une étude de 2012 concerne 19 pharmaciens d'officine de la métropole Lilloise. L'objectif de cette étude [99], était d'évaluer l'opinion et le niveau de connaissance des pharmaciens d'un territoire semi-urbain de la métropole au sujet de l'allaitement maternel pour mieux cerner les besoins de formation de ces professionnels. Cette enquête a été réalisée sur 33 pharmacies du secteur de Villeneuve-d'Ascq.

D'après les pharmaciens interrogés les points de formation à améliorer seraient : la prise en charge des crevasses et mastites, la recherche d'informations sur le thème médicaments et de l'allaitement, les conseils à donner en cas d'insuffisance de lactation. Les recommandations de l'OMS étaient connues par 55 % des pharmaciens. La volonté de promouvoir davantage l'allaitement était forte (68 %). L'ensemble des pharmaciens était favorable à la distribution d'un dépliant d'informations sur l'allaitement. Cette étude a démontré la volonté forte des pharmaciens à promouvoir davantage l'allaitement. Elle a permis de cibler les thèmes pouvant être améliorés durant les formations continues des professionnels de santé. Les officinaux restent les interlocuteurs privilégiés des mères rencontrant des difficultés lors de leur allaitement à domicile. Elles se dirigent plus facilement vers leur pharmacien afin d'obtenir des informations et des conseils ainsi que du soutien. L'enseignement obligatoire des futurs pharmaciens reste faible et est loin de balayer l'ensemble des problèmes pour lesquels des mamans pourraient chercher conseil au comptoir.

Les questions les plus souvent posées en officine, au sujet de l'allaitement concerne les problèmes de crevasses, de mastite et de seins douloureux (83 % des répondants), les compléments ou en relais de l'allaitement (66%), l'interaction de l'allaitement et des médicaments (59 %) l'insuffisance de la lactation (48 %), et le fonctionnement du tire-lait (45 %). Les thèmes : l'arrêt de l'allaitement, la conservation du lait maternel, la reprise du travail et les difficultés au retour de la maternité étaient citées par moins de 20 % des pharmaciens.

En cas de crevasses, 90% des pharmaciens recommandaient de poursuivre l'allaitement, 10 % conseillaient de corriger la position de l'enfant au sein. En cas de mastite 38 % des pharmaciens dirigeaient la mère vers une consultation médicale.

Les sources consultées en cas de doute pour l'utilisation d'un médicament pendant l'allaitement étaient le Vidal (79 %), le Dexter (14 %) et le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) (10 %).

En cas d'insuffisance de lactation aucun n'a conseillé l'arrêt de l'allaitement. 90% des pharmaciens envisagent une stimulation de la lactation dans la majorité grâce au Galactogil® (Poudre contenant un extrait sec de galéga et un extrait sirupeux de malt additionnés de phosphate de calcium et de divers excipients). Les autres moyens le plus souvent utilisé été l'homéopathie (24 %), le fenouil (10 %) et le Motilium® (dompéridone) (7 %) qui ne s'utilise plus aujourd'hui. Parmi les produits d'homéopathie le pharmacien peut être amené à conseiller au comptoir selon les demandes.

d) Médicaments, matériels et conseils utiles à l'allaitement

HOMEOPATHIE

[21]

Les souches homéopathiques suivantes, préparées sous forme de granules, sont délivrées par le pharmacien d'officine avec ou sans ordonnance. La délivrance est réalisée après interrogatoire de la patiente et détermination de la ou des souche(s) et de la dilution nécessaire. Il existe de nombreux remèdes combattant les différents maux rencontrés lors de la grossesse, l'accouchement et l'allaitement.

i) La montée laiteuse

Stimuler la montée de lait et réduire les douleurs liées à la congestion : *Phytolacca* et *Arnica* dont l'action varie selon les dilutions. Les très basses dilutions stoppent ou diminuent la lactation, les dilutions élevées la relancent. La succion reste le meilleur stimulant avec mise au sein immédiate après la naissance. Plus ou moins rapide et suffisante, la montée de lait est souvent redoutée des mamans

ii) La régulation de la sécrétion lactée

Engorgement : *Phytolacca*, *Belladonna*, *Bryonia*.

Sécrétion trop abondante : *Belladonna*, *Bryonia*, *Pulsatilla*, *Calcarea carbonica* et *Lac caninum*.

Sécrétion insuffisante :

- *Urtica urens* et *Ricinus* à très faible dilution (4CH).
- lait insuffisant: *Phytolacca* (9 et 15 CH) :
- femme en petite forme après l'accouchement, lait qui disparaît vite et ne profite pas à l'enfant : *Natrum muriaticum* ;
- peu de lait et atrophie des seins : *Phosphoricum acidum* ;
- suite d'allaitement prolongé et baisse de lait, fatigue : *China*, *Zincum metallicum*, *Calcarea phosphorica*, *Arnica montana*.

Arrêt de la sécrétion :

- arrêt de la montée laiteuse : *Bryonia*, *Phytolacca*, *Carbo vegetabilis* ;
- arrêt à la suite d'une émotion : *Ignatia amara* ; de colère : *Chamomilla* ; de fatigue, d'anxiété : *Causticum*.
- Sevrage : *Pulsatilla*: une dose en 9 CH ou deux à 24 ou 48 heures d'intervalle.
- En cas de douleurs ou de sécrétion persistante : *Lac caninum*, *Calcarea carbonica*, *Phytolacca* à dilution basse, et aussi *Bryonia*, *Causticum*, *Pulsatilla*.

iii) Les incidents en cours de l'allaitement

Essentiellement les crevasses et douleurs diverses.

Les crevasses

- douloureuses, surtout lors de la tétée : *Phytolacca* ;
- crevasses peu douloureuses, mais importantes : *Graphites* ;
- crevasses profondes ; femme déprimée : *Sepia* ;
- crevasses avec nodosités mammaires, femme maigre, frileuse : *Silicea* ;
- mamelons endoloris, gercés, femme fatiguée, anxieuse : *Causticum* ;
- mamelons fissurés, excoriés, douloureux avec sensation d'échardes, sensibles au toucher : *Nitricum acidum*, efficace aussi en prévention ; *Castor equi* 4 CH ou en pommade TM 2/00 ; *Calendula*.

Les douleurs diverses

Ces douleurs surviennent surtout au cours de tétées fréquentes, si les douleurs persistent elles peuvent mener à l'arrêt de l'allaitement.

- **Douleurs du mamelon :**

- avec mamelons rouges, hypersensibles au toucher, douleurs du sein vers le dos et les omoplates : *Croton tiglium* ;
- avec mamelons hypersensibles, douleurs du sein irradiant dans l'autre sein, *Chamomilla* ;
- douleurs dans le sein opposé lors de la tétée, douleur dans l'une ou l'autre glande mammaire, tiraillantes (comme une ficelle attachée au mamelon, le tirant en arrière); douleur qui oblige la mère à aller et venir dans la chambre, nuit et jour : *Borax* ;
- douleurs transperçante lors de la tétée, douleurs dorsales : *Phellandrium aquaticum*.

- **Crampes dans le dos et l'abdomen :** *Chamomilla* ; *Pulsatilla*.
- **Douleurs dans les seins irradiant de la tête au dos et à tout le corps au cours de la tétée :** *Phytolacca*.
- **Sensation de faiblesse entre les deux épaules avec fatigue :** *Natrum muriaticum*.
- **Douleurs utérines :** *Chamomilla*.
- **Sensation de vide dans l'estomac, d'enfoncement au creux de l'estomac à chaque mise au sein et besoin de retirer l'enfant :** *Carbo vegetabilis* ; *Aletris farinosa* : douleurs identiques avec inappétence.

iv) La fatigue maternelle

Avec amaigrissement et appétit conservé : *Natrum muriaticum* ; en cas d'épuisement avec flux hémorragique quand on met l'enfant au sein : *Silicea* ; *Calcarea carbonica* en cours de tétée, mais en période d'allaitement.

Sans amaigrissement : surtout après un allaitement prolongé : *China* ;

- faiblesse, épuisement, surtout après allaitement prolongé : *Phosphoric acidum* ;
- faiblesse par allaitement abondant et prolongé : *Calcarea carbonica*.

Avec dépression. Il faut la prévenir, et y penser dès la fin de la grossesse ou au début de l'accouchement, selon le type de femme :

- trous de mémoire, fatigue psychique : *Kalium phosphoricum* ;
- faiblesse, tristesse, besoin de s'occuper qui améliore : *Helonias* ;
- irritabilité, puis indifférence à tout ; besoin de solitude : *Sepia*.

L'inflammation des seins, de la lymphangite à l'abcès

Seins pesants, durs, chauds ; douleurs battantes améliorées par la chaleur : *Belladonna*.

Seins lourds, durs, chauds, pâles ou rosés, très douloureux ; douleurs piquantes, aggravées au moindre contact, améliorées par le froid : *Bryonia*.

Œdème rosé, amélioré par le froid, aggravé par la chaleur et le moindre contact, douleurs piquantes et brûlantes : *Apis mellifica*.

Placard rouge, violacé, douleurs aggravées par la chaleur, le moindre contact et la plus petite pression : *Lachesis*.

Douleurs brûlantes, améliorées par la chaleur : *Arsenicum album*.

Douleurs irradiant dans tout le corps, surtout lors de la tétée, seins douloureux, gonflés, tendus, durs, aggravés au froid, améliorés à la chaleur ; hâte la suppuration : *Phytolacca*.

Seins très sensibles enflés avec diminution de la sécrétion lactée ; aggravé à la moindre secousse, au froid et passage d'un côté à l'autre : *Lac caninum*.

Crainte de suppuration avec fièvre ; placard rouge vif, abcès, douleurs intolérables : *Anthracinum*.

Aggravation au mouvement, amélioré par la chaleur et la pression, prostration et agitation, dissociation du pouls et de la température : *Pyrogenium*.

À donner dans un premier temps puis rapidement, passer aux dilutions 5, 9 et 15 CH, selon la similitude, permet d'éviter les antibiotiques.

v) Médicaments utiles à l'enfant

L'homéopathie est utilisée chez l'enfant en cas de tétées inefficace, de refus de téter ou de troubles digestifs

faiblesse pour boire, immédiate dès la naissance : *Arnica*; si l'accouchement à été long : *Opium*, si antispasmodiques ou anesthésie, en 15 CH : *Arsenicum album*.

Refus du sein :

- enfant peu ardent au sein, qui va le lâcher tout de suite : *Calcarea phosphorica* ;
- lorsqu'il n'apprécie guère le sein : *Silicea* ;
- *Cina*, *Lachesis*, *Sepia*.

Dégoût du sein : *Borax*, *Mercurius* (mauvais goût du lait).

Obstruction nasale qui gêne la tétée : *Nux vomica*, *Lycopodium*, *Sambucus nigra*.

Troubles digestifs liés au sein :

- coliques, selles à chaque tétée, diarrhée prandiale : *Magnesia carbonica* ;
- intolérant au lait : *Aethusa cinapium* ;
- nouveau-né qui ne supporte pas le lait maternel : *Silicea* ;
- nouveau-né maigre et qui a froid : *Sepia*, *Natrum muriaticum* ;
- constipation sans besoin, selles claires qui s'effritent : *Magnesia muriatica* ;
- surcharge, gros mangeur : *Antimonium crudum* (boutons sur les joues).

Poids stationnaire :

- lait maternel qui ne profite pas au nouveau-né : *Natrum muriaticum* ;
- pas de prise de poids malgré des rations suffisantes : *Abrotanum*.

MATERIEL

[127]

Les accessoires pouvant être utiles à l'allaitement :

Les coupelles ou forme mamelons utilisées pour mettre en forme les mamelons ombiliqués plat ou rétractés. Elles sont à porter dans le soutien-gorge à partir du troisième trimestre. D'autres accessoires sont disponibles : la « Niplette » développée par Avent* semblable à une seringue et la « latch-assist » de lansinoh® petit bulbe de caoutchouc fixé à un embout. On créait grâce à ces deux dispositifs un vide aspirant le mamelon. Le plus efficace des traitements du mamelon ombiliqué reste la succion du bébé. Aucune crème ou manipulation n'a d'effet préventif.

Les seringues pipettes, softcup, cuiller, tasse ou doigt paille sont un très bon relais pour éviter l'usage du biberon si le sein ne peut être donné de manière temporaire. Medela* propose une tétine « calma » qui essaie de reproduire la structure du mamelon pour permettre un meilleur relais entre les deux pratiques

Les coussinets d'allaitement destinés à recueillir les fuites de lait. Ils sont jetables, lavables, en coton ou en silicone ou en fibre hydrocellulaire, polymères absorbants le lait.

Les vêtements de plus en plus esthétiques et pratiques. Une initiative intéressante : dans le Pas-de-Calais, une association d'aide à l'insertion, VESTALI (Vestiaire Emploi Services T Association Locale d'Insertion), transforme n'importe quel vêtement d'occasion en vêtement d'allaitement. Ils vendent des vêtements déjà transformés, ou transforment ceux qu'on leur envoie.

Les tire-laits qui peuvent servir dans de nombreuses circonstances comme l'hospitalisation de l'enfant ou lorsqu'il s'agit de n'importe quelle situation nécessitant la stimulation de la lactation. Les modèles des marques les plus courantes, telles de Medela*, Ameda* ou Mamivac*, sont prises en charge par la sécurité sociale avec présentation d'une ordonnance. Ils peuvent être manuels ou électriques, à simple ou double pompage. Le lait tiré peut être conservé dans des sachets prévus à cet effet ou dans des pots. Certains tire-laits comme celui de chez Ameda (Lactaline) permet de conserver dans la mallette le lait jusqu'à dix heures. Le sac de Medela city style permet la conservation grâce à un bloc réfrigérant pendant 8 heures si la température extérieure n'excède pas 25°C.

CONNAISSANCES ET CONSEILS DES PHARMACIENS EN OFFICINE

[99]

Les connaissances de 19 pharmaciens de la métropole lilloise ont fait l'objet d'une étude publiée dans un article du Journal de pédiatrie de mai 2012.

La contre-indication que constitue l'allaitement au sein pour le VIH était connue de 62 % des pharmaciens, La tuberculose évolutive par 48% et la galactosémie de l'enfant par 31 % d'entre eux.

Seuls 3 %, c'est-à-dire une personne parmi les 19 interrogées, connaissaient les conditions nécessaires pour que l'allaitement puisse être considéré comme une méthode naturelle de contraception. Les autres méthodes de contraception connues des pharmaciens sont pilule, stérilet et préservatif.

La recommandation concernant la conservation du lait au réfrigérateur (48 heures à quatre degrés) était connue par 24,1 % des répondants et la conservation du lait au congélateur à -18°C pendant quatre mois est connue par 10,7 % des participants. Les deux méthodes de réchauffage recommandées (bain-marie et chauffe-biberon) étaient connues respectivement de 89,3 % et 92,9 %.

Parmi eux, 17 pharmaciens se disaient prêt à promouvoir davantage l'allaitement. Certains présentaient des réticences à le réaliser par peur d'influencer la mère (50 %), conforter et conseiller seulement en cas de demande (25 %) ou par manque de temps (12,5%).

Ce qui ressort de cette étude, est tout d'abord le manque de connaissance concernant les principales recommandations et les principaux conseils à donner aux mères au comptoir. Ce manque est commun à d'autres professions de santé pourtant directement concernées (pédiatres et gynécologues-obstétriciens) et influent sur l'allaitement (retard d'initiation et allaitement, mauvais encadrement). L'amélioration des formations se présente donc comme l'objectif prioritaire pour la promotion de l'allaitement et le pharmacien étant un acteur de première ligne et directement concerné.

[45]

Le rôle du pharmacien est de communiquer efficacement pour la promotion de l'allaitement faite auprès de la population. Il est nécessaire d'informer les parents et futurs parents en mettant en valeur l'impact positif sur la santé. Cependant l'opinion formulée doit être réaliste et non idéalisée. La méthode d'approche doit être avant tout un accompagnement des parents afin qu'ils deviennent acteurs de leur santé et de celle de leur enfant. Le pharmacien doit être garant de la protection des parents vis-à-vis des incitations commerciales concernant les préparations pour nourrissons.

5) Les principales organisations non gouvernementales (ONG)

a) La « Leche League »

[155]

La « Leche League » est un mouvement de bénévoles à l'origine féminines créée en 1956. Il est destiné à aider les femmes qui désirent allaiter et qui rencontrent des obstacles. A cette époque, l'image du sein évolue et la poitrine prend une connotation de plus en plus érotique avec des modèles cinématographiques tels que Marilyn Monroe. C'est pourquoi ce mouvement insiste sur le rôle nourricier du sein.

En 1980, l'ONG compte 400 groupes répartis dans 44 pays et rassemble environ 10 000 monitrices bénévoles. Des réunions ont lieu en France à partir de 1975. Elle possède aux Etats-Unis une bibliothèque de référence constituant l'une des plus grandes sources d'information en ce qui concerne l'allaitement maternel. Le livre de référence « the womanly art of breast-feeding » traduit en français par « l'art de l'allaitement maternel » est le fruit de l'expérience et du recueil de témoignages. Il est complété par un journal à parution régulière « la voie lactée » permettant aux mamans de s'informer. Le but principal de ce mouvement est de permettre à toute femme, quelles que soient ses difficultés, d'allaiter. Il propose des conseils et solutions selon ces difficultés. Les monitrices sont également joignables 24 heures sur 24 pour renforcer le soutien aux jeunes mères. Des réunions ont lieu chaque mois chez une mère volontaire afin que chacune puisse échanger son expérience avec les autres. Ces réunions sont ouvertes aux mères mais aussi au personnel soignant et parfois au père.

b) “International Baby Food Action Network” (IBFAN)

[146]

Le Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile, IBFAN (« International Baby Food Action Network »), est formé d'associations civiles qui œuvrent, partout dans le monde, pour réduire la mortalité et la morbidité des nourrissons et des jeunes enfants. Les groupes IBFAN ont pour but d'améliorer la santé et le bien-être des bébés et des petits enfants, des mères et de leurs familles, par le biais de la protection, la promotion et du soutien de l'allaitement maternel et des pratiques optimales d'alimentation des nourrissons. IBFAN lutte pour la mise en œuvre complète et partout dans le monde, du Code International et des Résolutions pertinentes de l'Assemblée Mondiale de la Santé. IBFAN fut fondé le 12 octobre 1979, suite à la Réunion conjointe OMS/UNICEF sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants.

c) « World Alliance for Breastfeeding » (WABA)

[164]

Il s'agit de la « world alliance for breastfeeding » fondée en 1991 est un réseau d'organisations et de personnes ayant pour but de protéger, promouvoir et supporter les droits des mères et des enfants pour l'allaitement partout dans le monde. Ce réseau est à l'origine de la première SMAM en 1992.

d) « International Lactation Consultant Association » (ILCA)

[147]

La « international lactation consultant association » est une association internationale existant depuis 1985 permettant la formation de professionnels qui deviennent conseillers spécialistes de l'allaitement. Lors des formations dispensées en sessions interactives, les formateurs transmettent les connaissances nécessaires aux futurs conseillers pour prendre en charge les problèmes des familles. La certification IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) est délivrée par l'IBLCE (International Board of Lactation Consultant Examiners). Elle est à revalider tous les 5 ans en formation continue pour une mise à jour régulière des connaissances de chaque conseiller. Cette activité peut être exercée de manière libérale ou salariée. Chaque conseiller effectue des consultations, anime des groupes de parents et des séances d'information. Il peut réaliser la formation des professionnels de santé ou de la petite enfance.

La ELacta est l'association européenne regroupant toutes les associations nationales de consultants. Tous les ans a lieu une conférence, en 2016 elle se déroulera à Athènes.

L'AFCL (Association Française des Consultants en Lactation) est l'association française des conseillers en lactation. Elle permet au niveau national de rassembler les consultants certifiés IBCLC, de faire connaître les activités des consultants en lactation au public et aux professionnels, de travailler avec tous les membres à la reconnaissance de ce métier.

[143]

Le professeur Fabry crée en 1981 le premier cycle de formation continue au sein des Hospices civils de Lyon ayant pour thème l'allaitement maternel

En 2002, le professeur Pons crée à Grenoble, à l'université Joseph-Fourier, le tout premier diplôme universitaire « Lactation humaine et allaitement maternel ». Il s'agit du premier enseignement officiel dispensé à l'université. Ce diplôme devient en 2006, diplôme national, interuniversitaire, en collaboration avec les universités de Brest et de Lille.

e) “The Academy of breastfeeding medicine”

Cette académie est constituée de médecins physiologistes dédiant leur activité à la promotion, la protection et le support de l'allaitement maternel et la lactation humaine.

6) Les associations d'aide et de soutien à l'allaitement de la région de la métropole Lilloise.

De plus en plus de réseaux se mettent en place pour promouvoir et encourager les mères allaitantes au sein des structures médicalisées mais aussi en dehors de celles-ci. Les mères peuvent y faire appel lors de moments plus difficiles une fois que le retour à domicile a eu lieu. Ces structures peuvent simplement apporter leur contribution afin de soutenir les mères souhaitant allaiter en apportant leur expérience lors d'échange particuliers ou de groupe.

a) Le réseau OMBREL : Organisation Mamans Bébé de la Région Lilloise

[157]

L'organisation mise en place au sein de la région lilloise s'appelle « OMBREL » soit « Organisation Maman Bébé de la Région Lilloise ».

Ce réseau est un réseau périnatal de la métropole Lilloise permettant l'accès aux informations pratiques locales dédiées à la grossesse et à la naissance. Il est constitué de professionnels de santé et d'associations dont l'activité est centrée sur l'ensemble des étapes rencontrées par une mère de la conception au sevrage de l'enfant. Parmi les associations membres on dénombre la « Leche League », SOLIDARILAIT, « l'enfant et la vie », « les papillons blancs », « question de parents », « césarine ».

Cette organisation va de pair avec la mise en place de la démarche qualité « hôpital ami des bébés ». Même sans être IHAB, de nombreuses équipes du réseau OMBREL travaillent sur l'amélioration de leurs pratiques hospitalières.

Les associations membres de ce réseau accueillent lors de réunions d'information, les mamans souhaitant recevoir des informations sur l'allaitement avant la naissance.

Ces réunions permettent d'acquérir des informations sur la physiologie de l'allaitement, sur la pratique pour un allaitement réussi, sur les rythmes d'un nouveau-né, sur l'intérêt de la proximité entre mère et enfant, sur les différents modes de portage mais aussi cela permet de trouver des réponses à certaines de leurs questions. La préparation à l'allaitement des mères se fait au sein du réseau grâce à la collaboration de nombreux acteurs et peut se faire lors de séances de préparation avec une sage-femme, lors de consultations avec un spécialiste ou lors de rencontres grâce aux associations d'aide à l'allaitement.

Ce réseau défend le retour à un allaitement instinctif et à une proximité de la mère et de son enfant par la promotion du « peau à peau » juste après la naissance. Afin de faire connaissance et de créer le lien avant la première tétée d'accueil qui intervient 20 min à 2 heures après la naissance de l'enfant. C'est aussi une manière d'intégrer le conjoint qui peut lui aussi réaliser le « peau à peau ». Un groupe de travail « accueil du nouveau-né » réalise des posters permettant de relayer l'information au sein des institutions.

La confiance d'une mère envers sa capacité à nourrir son enfant est essentielle à la réussite de son allaitement et celle-ci peut avoir besoin de conseils. Il y a les professionnels de santé en maternité puis les services de PMI (Protection Médicale et Infantile) ensuite, les sages-femmes libérales et les associations membres du réseau qui restent à disposition des mamans tout au long des différentes phases de lactation. Des consultantes spécialistes en lactation ou certains titulaires du diplôme universitaire de lactation humaine et d'allaitement maternel peuvent également donner des consultations lorsque les problèmes persistent.

Le réseau OMBREL se compose de 68 Anesthésistes réanimateurs, 31 Diabétologues, 54 Gynécologues médicaux, 119 Gynécologues obstétriciens, 90 Médecins généralistes, 124 Psychologues, psychomotriciens, pédopsychiatres et psychiatres, 236 Sages-femmes établissement, 100 Sages-femmes libérales, 31 Sages-femmes de PMI, 100 Pharmaciens, 15 Préparateurs en pharmacie, 115 Puéricultrices, le SAMU et le SMUR pédiatrique de Lille, 23 Unités Territoriales de Prévention et d'Action Sociale (UTPAS) de PMI, 6 Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), 20 CMP (Centre Médico Psychologique) prenant en charge : 21029 naissances en 2013 dont 379 grossesses multiples, 428 nouveau-nés de 32 semaines et moins, 1574 enfants de moins de 2500g, 374 Transferts In Utero, 2085 transferts de nouveau-nés (à partir de la maternité)

b) L'Association des Lactariums de France (ADLF)

[2]

Cette association a été fondée en 1981 à Paris suite au problème d'échange de lait de manière clandestine. Pour encadrer la pratique et la sécuriser, le système des lactariums a été développé.

Les lactariums sont des banques de lait maternel permettant la collecte, la préparation, la conservation, la livraison et la distribution du lait humain. Ces centres réalisent également la promotion de l'allaitement maternel et du don volontaire.

Deux types existent. Ces lactariums sont soit à usage interne (LUI) et permettent la prise en charge de dons de lait personnalisés d'une mère pour son enfant. Leurs actions ne profitent qu'aux enfants hospitalisés au sein de l'établissement où est implanté le lactarium. Les lactariums à usage interne et externe (LUIE), prennent en charge les dons de lait personnalisés d'une mère pour son propre enfant, mais aussi les dons anonymes destinés à d'autres enfants que celui ou ceux de la donneuse. Les lactariums assurent la collecte à domicile et dans les hôpitaux lorsqu'il y a des surplus de lait afin de les traiter et de les destiner à la prise en charge des nouveau-nés prématurés.

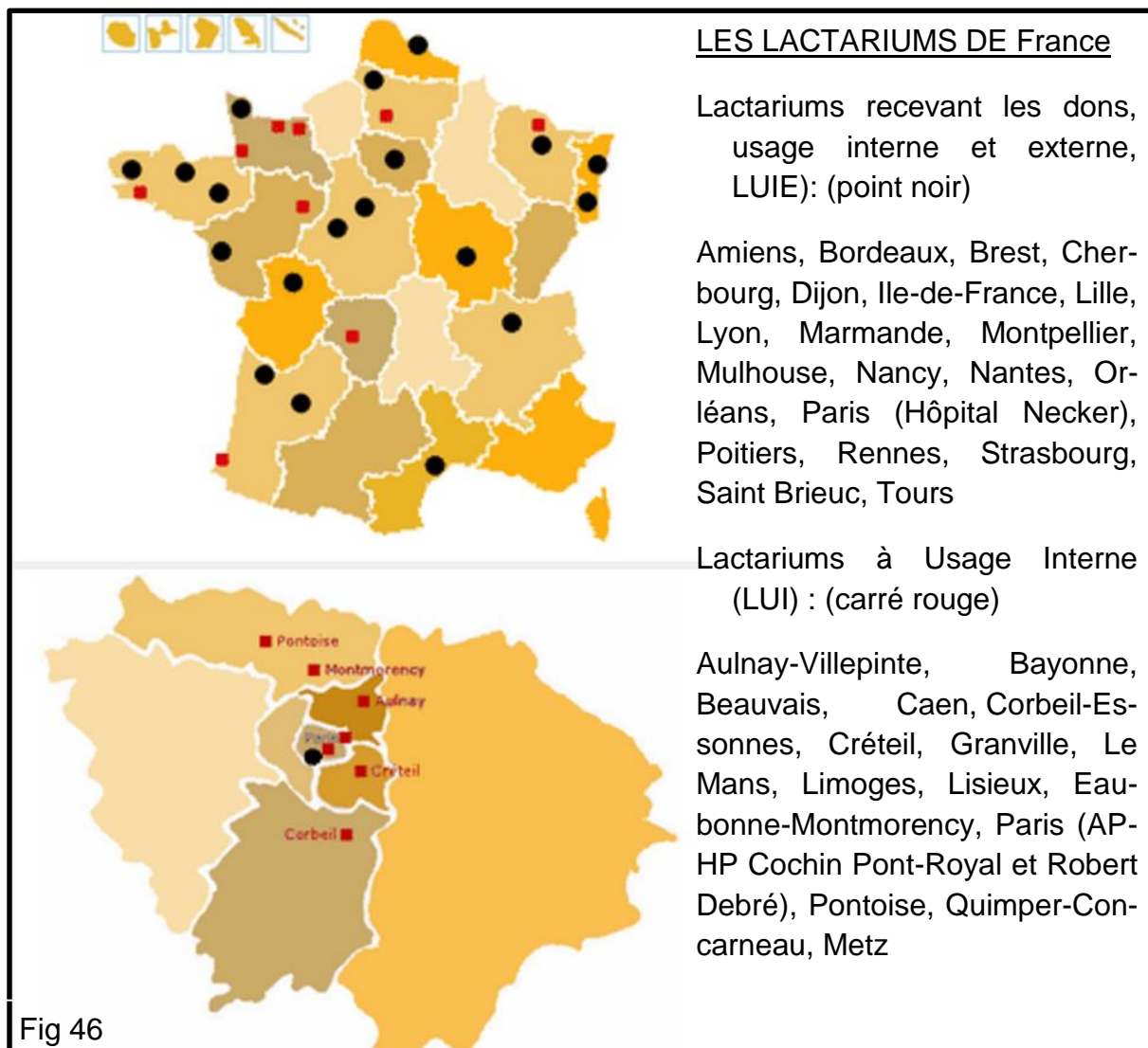


Fig 46 : Répartition géographique des lactariums au sein de la France métropolitaine et en Ile-de-France. « ADLF ». http://sdp.perinat-france.org/ADLF/lactariums_adlf.php

Les lactariums de France font appel à la générosité. Le don représente un geste de solidarité envers les autres couples mères/enfant pour augmenter les chances de survie des enfants prématurés. Toute mère qui allaite peut réaliser ce don. Une quantité de 100 ml par jour pendant 15 jours suffit à contribuer à la survie d'un enfant. Les prélèvements sont réalisés et contrôlés de manière très rigoureuse. Un dossier médical est constitué pour chaque donneuse de lait maternel afin d'assurer la qualité du lait

distribué et sa traçabilité. Un entretien est réalisé et un questionnaire doit être rempli par le professionnel de santé ayant suivi la mère donneuse afin d'identifier les facteurs de risques empêchant le don de lait tels que le tabagisme, médication...etc

Un dépistage sérologique est réalisé lors du premier don et est renouvelé tous les 3 mois pendant la totalité de la durée du don de lait pour détecter la présence des virus du SIDA, de l'hépatite B, de l'hépatite C, et Du virus T-lymphotropique humain.

Les lactariums sont intégrés aux centres hospitalo-universitaires ou fonctionnent de manière indépendante. Ils sont aujourd'hui reconnus d'utilité publique. Ce sont des centres de consultation et d'information en matière d'allaitement pour les mères. Des équipes médicales et péri-médicales sont présentes afin d'informer et de répondre aux questions des mères. Elles offrent leur soutien et leur accompagnement lorsque l'enfant est séparé de sa mère pour des raisons de santé. La mère peut alors recueillir son lait et le faire parvenir au lactarium afin que l'enfant puisse recevoir le lait de sa propre mère malgré la médicalisation de son quotidien.

Le lactarium met à disposition pour chaque mère volontaire au don du matériel incluant un tire lait manuel, un tire lait électrique, des biberons stérilisés. Des mesures d'hygiène rigoureuses doivent être mises en place avant le recueil du lait. La mère doit se laver les mains et les seins avec un savon sans parfum et se sécher la peau avec un mouchoir jetable. Le matériel doit être dégraissé avec du liquide vaisselle puis stérilisé. Le lait collecté dans un biberon stérile sera gardé ensuite au frigo durant 24 h avec possibilité de cumuler les recueils au sein du même biberon. Le lait dès le recueil doit être refroidi sous l'eau froide et placé au frigo à +4°C. En fin de journée le lait doit être placé au congélateur à -18°C. La collecte est assurée à domicile et dans les maternités par des puéricultrices et auxiliaires de puéricultures tous les 15 jours à 1 mois le lait peut être utilisé dans les quatre mois qui suivent la date du recueil. Les voitures de collectes permettent le respect de la chaîne du froid.

Le lait, une fois réceptionné au lactarium, est analysé et contrôlé avant sa redistribution pour les enfants prématurés ou ayant une maladie immunologique ou allergique ayant reçu une prescription pour bénéficier de ce lait.

Si les résultats sérologiques sont négatifs, les biberons sont décongelés. Ceux contenant du lait incluant des médicaments contre-indiqués au don sont éliminés. On réalise ensuite les analyses bactériologiques par dénombrement des germes dont le staphylocoque. On réalise ensuite des analyses immunologiques permettant de détecter l'adjonction accidentelle de lait de vache.

On mélange ensuite l'ensemble des laits retenus pour homogénéiser le contenu de tous les biberons distribués. Le volume par biberon distribué est de 200ml. Une fois la pasteurisation effectuée selon le taux de contamination bactérienne initiale, un nouveau contrôle bactériologique est effectué.

Toutes ces actions sont réalisées selon des règles de bonnes pratiques en France, en Suisse et au Royaume-Uni. Un système de biovigilance a également été mis en place et répond aux textes de lois s'y rapportant.

c) SOLIDARILAIT NORD

[160]

L'Association SOLIDARILAIT Nord est composée d'une dizaine de membres, tous bénévoles, comprenant des mères et des professionnels de santé participant au soutien et à l'information des mères lors de réunions ou de conversations téléphoniques. SOLIDARILAIT Nord fait partie du réseau SOLIDARILAIT possédant une vingtaine d'antennes regroupées par une même convention morale et une charte.

La formation des membres se fait par une formation annuelle nationale regroupant toutes les antennes de SOLIDARILAIT. Cette formation est assurée par une formatrice de Co-Naître, institut de formation spécialisé dans la formation des professionnels. Une formation continue interne à l'équipe de SOLIDARILAIT Nord est également organisée régulièrement. Les conférences et les congrès autour de l'allaitement : SMAM (Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel), JRA (Journée Régionale de l'Allaitement) les journées de « l'Envol » (Association pour l'accueil et l'éveil du nouveau-né) sont aussi des moyens dynamiques de formation.

Cette association existe grâce au soutien du Conseil Général du Nord, de la ville de Wambrechies et des villes de Lambersart, Villeneuve d'Ascq et Wasquehal où se tiennent les réunions rassemblant futurs-parents, mamans et papas, venus discuter et échanger autour de l'allaitement. SOLIDARILAIT est présent lors de manifestations majeures : SMAM (Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel), JRA (Journée Régionale de l'Allaitement), la Grande Tétée (rassemblements dans plusieurs villes de France pour la promotion de l'allaitement) etc ...

d) ARPAL : L'Association Relais Parentalité Allaitement

[129]

Cette association a permis la création d'un réseau de mères dites relais notamment dans les milieux précaires où les informations sur la parentalité sont peu relayées. En 2014 a été créé un nouveau réseau PRAll (Programme Relais Allaitement) : les A.M.I.E.S (Allaitement Maternel Information Ecoute et Soutien) à Halluin. C'est le treizième de ce genre en France. Il comporte 147 accompagnantes formées dès le début du programme PRAll et compte 56 responsables de réseau.

Le programme PRAll est l'équivalent du programme développé par la « Leche League » il y a plus de vingt ans : « peer counsellor ». Il est aujourd'hui mis en œuvre dans plus de trente pays tels que la Grande Bretagne, les États-Unis, la Nouvelle Zélande, l'Afrique du Sud, le Guatemala, dans tous types de communautés, pour augmenter la prévalence de l'allaitement en accord avec les objectifs de l'OMS et les politiques nationales. Le but de ce programme est de créer un réseau local permettant un échange de mère à mère avec la coordination assurée par les responsables de réseau pouvant être des professionnels de santé, de la petite enfance ou des travailleurs sociaux au contact des mères.

7) Conclusion

La mise en place de l'allaitement maternel exclusif permettrait selon des estimations de sauver chaque jour dans le monde plus de 3500 enfants. Toutes les mesures préventives jusqu'à maintenant n'ont jamais permis d'obtenir un tel résultat. La principale préoccupation reste de fournir les informations nécessaires aux familles et aux personnels encadrant par réaliser les meilleurs choix possibles en ce qui concerne l'alimentation des nouveau-nés. Le régime optimal serait l'allaitement exclusif. La réalisation de cette vision nécessite un haut niveau de compétence et d'engagement pour atteindre le plus haut niveau de santé et de développement pour les jeunes enfants. L'accès à une nourriture sûre et adaptée constitue le droit le plus absolu de chaque enfant.

CHAPITRE 3 : Pratiques et constats sur la situation actuelle

1) La pratique de l'allaitement dans les années 1970

a) Pratiques professionnelles

[57]

Dans les années 70 en occident, un recul de l'allaitement maternel au sein est observé à travers le monde. Les mères ne désirent plus mener un allaitement de plusieurs mois. Les recommandations des professionnels de cette époque étaient en faveur de l'allaitement artificiel au biberon. Seulement les arguments permettant de justifier celui-ci étaient minces. De plus la diffusion de l'information scientifique n'est pas encore très efficace et peu de personne ont accès aux données sur l'allaitement hormis celles qu'on leur délivre dans les centres spécialisés. Les pratiques sont variées et dépendent du contexte régional, social et familial. L'OMS a commencé à constater à cette époque, dans les pays en voie de développement, les ravages faits par l'abandon de l'allaitement maternel en faveur de l'allaitement artificiel.

La diminution de l'allaitement maternel est observée en réalité depuis plus d'un demi-siècle. L'abandon progressif de l'usage de nourrices ainsi que les responsabilités croissantes des femmes dans le monde du travail ont étendu ce phénomène à toutes les classes sociales. Au cours des années 1950-1960 la structure familiale est profondément bouleversée. Cependant la famille nucléaire et l'activité professionnelle des mères n'expliquent pas tout. On constate qu'à cette époque beaucoup de jeunes femmes soviétiques exercent une activité professionnelle alors que le taux d'allaitement en URSS était très élevé.

C'est également l'époque du développement de la théorie hygiéniste. Les mères voient le côté « hygiénique » des biberons et de tous les traitements qu'on lui associe. L'allaitement au biberon semble facile et la conservation du lait plus assurée. Faire appel au lait artificiel était aussi une preuve de confiance envers la modernité et l'évolution des pratiques grâce à la prise en compte d'une approche scientifique et rationnelle de l'allaitement. Les commerces proposent dès lors « un lait judicieusement adapté aux besoins des enfants » car sa composition dépend des dernières découvertes scientifiques. On constate un effet anxiolytique sur les jeunes parents jugeant l'allaitement maternel comme trop empirique ou dépassé. L'industrialisation de cette époque a mené au « culte de la boîte ». Pendant quelques années le lait maternel est totalement passé au second plan dans les ouvrages et manuels médicaux. A partir de la fin des années 70, on observera un nouvel intérêt pour l'allaitement maternel.

L'instauration de l'allaitement maternel exclusif demande un effort d'éducation, de la patience, de la disponibilité et donc du temps pour chacune des mamans. Cependant l'allaitement au biberon présente alors l'avantage d'être facile à entreprendre. Le personnel de santé au contact des mères est malheureusement très peu qualifié ou informé des bienfaits de l'allaitement. L'éducation sur l'allaitement réservée aux mères ne représente qu'une toute petite partie du temps de travail du personnel soignant en maternité.

Le manque de réglementation concernant les préparations pour nourrissons a sûrement été à l'origine du manque de neutralité de la part des médecins. Ceux-ci étaient

très souvent en contact avec des visiteurs médicaux ou pharmaceutiques de firmes d'alimentation pour nouveau-nés. Le fait que la composition des laits industriels soit basée sur des connaissances scientifiques a joué un rôle important sur l'avis des médecins. On observe dans certaines cliniques le sevrage d'enfants sans en informer la mère, suite à la prescription d'un traitement. Certains cliniciens pensaient même que l'allaitement maternel ne devait pas dépasser 6 mois.

A cette époque les avantages de l'allaitement maternel étaient pourtant déjà partiellement connus. On indiquait déjà les bénéfices en matière de santé pour l'enfant en ce qui concerne les risques d'infections, les apports nutritifs pour la croissance cérébrale, l'obésité, la mort subite du nourrisson et de l'athérosclérose. Les dimensions psychomotrices de l'allaitement maternel sont encore mal connues. L'importance du contact « peau à peau » était déjà reconnu dans des études faisant état d'une communication bien plus développée dans les couples mères / enfant lorsque l'enfant avait été mis en contact avec sa mère dès la naissance. Cette proximité précoce semblait également favoriser un allaitement plus durable, et d'avantage de contacts tactiles et visuels entre la mère et l'enfant par rapport au groupe témoin. Ce qui reste indiscutable, c'est le rôle des professionnels de la santé reconnu comme essentiel dans l'initiation quelle que soit la période. Les mentalités ont été en évolution au cours des années 80, grâce à l'évolution des modes, de la formation du personnel, de la législation, et de l'information délivrée au grand public par le biais de campagne de santé publique.

b) Témoignage d'une mère à propos de son allaitement en 1978

[57]

A l'époque l'usage était de laisser l'enfant durant environ 10 minutes après la naissance sur le ventre de sa mère puis de le nettoyer, de le mesurer, de le peser et de l'habiller. L'enfant était ensuite installé dans une salle appelée « chambre chaude » ou tous les nouveaux nés étaient rassemblés pendant leurs trois premiers jours. Cette pièce ne se trouvant pas à proximité des chambres le contact mère/enfant n'était pas facilité. Durant les 24 premières heures la mère ne pouvait toucher son enfant ou même rentrer dans cette pièce. Dès le premier jour les enfants recevaient des biberons d'eau sucrée et de lait ceci alors que la mère pouvait avoir émis le souhait d'allaiter son enfant. Les tétées ont été initiées les jours suivants à heures fixes et pour une durée limitée à 10 minutes chacune. Au-delà de ces 10 minutes l'enfant recevait un lait de complément après la pesée réalisée à chaque fin de tétée. Le règlement en nurserie était strict. Avant la tétée la mère ne pouvait pas bercer ou prendre son enfant dans les bras pour calmer sa faim. Au bout de trois jours l'enfant revenait en chambre avec sa mère mais dans un espace qui lui était consacré, derrière une vitre et sa mère ne devait le prendre que pour la tétée aux heures fixées par les puéricultrices. Dans le cas d'un intervalle de trois heures, les tétées devaient avoir lieu impérativement à 6 h, 9 h, 12 h, 15 h, 18 h, 21 h, une tétée de nuit étant admise ou non selon le professionnel de santé, l'âge et l'état de l'enfant (les bébés de petit poids y avaient éventuellement droit). La nuit, l'enfant était mis à la nurserie et était réveillé à 1h30 du matin pour recevoir un biberon. En journée la tétée était systématiquement complétée par une préparation pour nourrisson en biberon. Durant la tétée nocturne, l'enfant ne tétait quasiment rien car il était souvent dans une phase de sommeil. Lorsque la tétée de fin de journée était peu fructueuse on zappait les 2 suivantes pour « laisser aux seins le temps de se remplir ». Le pédiatre n'intervenait quasiment pas dans l'allaitement, les femmes allaitantes avaient à faire à des puéricultrices voire à des aides puéricultrices.

L'organisation du service s'est révélée dans ce cas complètement inadaptée à ce couple mère/enfant. Parfois certaines infirmières se montraient plus flexibles que d'autres.

Une fois rentrée à la maison cette mère à continuer de procéder tel qu'on lui avait appris sans vraiment comprendre l'intérêt de ces pratiques. Après trois mois d'allaitement la mère fatiguée de toutes ces contraintes d'horaires et de techniques se tourna vers le biberon qui lui semblait alors plus pratique.

Les pratiques de l'époque semblaient reposer sur des arguments médicaux et scientifiques allant à l'encontre de la physiologie de l'allaitement qui était pourtant bien connue du corps médical mais peu exploitée en maternité.

L'usage du biberon était justifié par la pseudo réduction des coliques, alors que les premiers biberons utilisés favorisent la déglutition d'air. Le biberon aurait également un rôle éducatif. En effet certains médecins de l'époque considèrent que le biberon permet de poser les bases d'un individu raisonnable et libre. La tétée organisée de manière méthodique est vue comme quelque chose de bénéfique permet à l'individu en devenir d'avoir une vie équilibrée car il n'est pas soumis aux maux physiques et désordres moraux qu'engendrent les caprices. De plus l'enfant n'interfère ainsi pas avec les habitudes de vie de la famille et permet le repos bienheureux de sa mère. Les enfants doivent alors se conformer aux horaires de la mère et non l'inverse.

c) Facteurs majeurs influençant l'allaitement dans les années 1970.

[57]

i) Les facteurs psychosociaux

Ils viennent de l'évolution de la structure de la famille et du manque de transmission de connaissance et de coutumes de la part des aînés. Durant les années 70, on observe également un retour à l'allaitement maternel dans le foyer où les parents ont reçu plus d'instruction. Le partage des tâches ménagères est désormais plus égal, les mères commencent à être épaulées par leur compagnon pour l'éducation de l'enfant.

Le regard du public occidental sur l'allaitement et le « sein » dans ses fonctions alimentaires et érotiques a souffert du mouvement de libération de la femme. La vision du public reste ambiguë et provoque le malaise des mères souhaitant allaiter en public.

La notion de plaisir physique et psychique que procure l'allaitement à la mère est d'ailleurs encore à cette époque quelque-chose de mal compris.

Nombreux sont les hommes à faire objection à l'allaitement maternel, certains évoquent le risque de ptose mammaire mais, pour un sein normalement constitué selon les critères esthétiques habituels, la ptose et la déformation peuvent se produire lorsque de trop grosses variations de volume se produisent. C'est pourquoi un allaitement bien suivi évitera le gonflement et les lésions tissulaires.

ii) Les facteurs pratiques

La rigidité des horaires, les pesées, l'utilisation du tire-lait et la liberté de la mère dans ses rapports avec son enfant sont les principales barrières constatées lors de l'étude réalisée fin 70. Les quantités de lait à administrer sont déterminées à l'avance mais ne prennent pas en compte le poids de chaque enfant. Un enfant plus petit aura moins de besoin qu'un enfant de poids supérieur. Certaines mères faisaient l'objet de reproche lorsque les quantités données étaient supérieures à celles recommandées.

Lors de la pratique de l'allaitement au sein, la mère est dépossédée par rapport à son enfant. Les règles appliquées sont très rigides et assez arbitraires. La mère est soumise aux « recommandations » et toute notion d'instinct est écartée. La mère et l'enfant doivent faire preuve de discipline et d'obéissance.

Le tire-lait est bien utile lorsque la situation est appropriée mais a été utilisé dans les années 70 dans beaucoup de maternité afin de stimuler la montée de lait. Le recours à cette machine était même systématique lorsque le moindre problème se présentait. On retirait l'enfant qui ne pouvait plus stimuler la lactation grâce à sa succion. L'expérience est souvent mal vécue par les mères qui s'inquiètent, ce qui conduit à un échec total de l'allaitement maternel.

Eloignement de la mère et de son enfant : Entre les années 50 et 70 on a assisté à une sécurisation des maternités face au risque d'enlèvement d'enfant mais la compartimentation a engendré aussi la médicalisation et un excès de soins aux nouveau-nés ce qui à éloigner l'enfant de la mère.

L'échec de la mise au sein : l'enfant n'attrape pas bien le sein ou le refuse en raison d'une odeur qui lui déplaît. Une hypogalactie transitoire est observée lorsque l'enfant est mis au sein trop tardivement menant souvent à l'usage du biberon. Les problèmes mécaniques tels que les mamelons ombiliqués, la fatigue maternelle, notamment lors de césarienne qui retarde la mise au sein. Un enfant hypotonique somnolent au sein, ce cas de figure est souvent rencontré dans les cas de prématurité.

Le plus souvent les difficultés rencontrées plongent les équipes soignantes dans une confusion totale. La mère demande conseils mais ceux-ci ne seront pas toujours appropriés en raison du manque de formation. La mère peut recevoir plusieurs conseils différents, ce qui mène à des attitudes contradictoires.

iii) Les facteurs régionaux

Le lieu de naissance de l'enfant est également important car on observe de grandes disparités entre les régions françaises avec une rupture nette entre est et ouest en 1972 (36 à 51% à l'est et de 12 à 27% à l'ouest). L'allaitement maternel gagne progressivement en popularité à l'ouest mais la pointe bretonne jusqu'aux régions normande et poitevine restent à la traîne en 1976.

iv) Les facteurs liés à la mère

Le niveau d'éducation, qui est corrélé de manière proportionnel à la durée de l'allaitement. Cette donnée semble différente selon le pays étudié. On peut supposer un lien avec les traditions et les informations délivrées.

L'âge de la mère influe également mais le fait qu'une mère plus âgée allaite plus souvent son enfant peut être corrélé au niveau d'étude. Inversement, les mères n'ayant pas allaité leur premier enfant allaite rarement l'enfant suivant.

L'origine ethnique de la mère est primordiale. Grâce à des études réalisées en 1972 et 1976 on constate que les femmes d'origine étrangères vivant en France allaitaient plus leur enfant à la naissance.

Ces facteurs sont toujours observables aujourd'hui.

v) Facteurs liés à l'enfant

L'état de l'enfant à la naissance est un facteur important car plus l'enfant est petit et plus l'allaitement maternel est important pour son développement ; Cependant ce cas de figure engendre souvent des aménagements nécessaires en raison de la faible force de l'enfant qui possède une succion peu efficace.

vi) Facteurs liés à l'information prénatale et postnatale

Dans les années 70, les études ont révélé que la naissance au sein d'une structure médicalisée diminuait le taux d'allaitement. On constate un réel manque de motivation des équipes à encourager à allaiter. Les politiques de santé publique étaient quasi-inexistantes et les mesures prises dans les différents établissements de santé dépendaient beaucoup du bon vouloir des médecins dirigeant l'établissement. L'allaitement maternel dépend de la prise en charge par les spécialistes, le lieu d'accouchement et la qualification de l'équipe médicale.

Dans certains établissements comme au Guatemala, au Nigeria et aux Philippines les mères recevaient des échantillons gratuits et nourriture pour nourrissons. 27% des mères habitant en régions urbaines au Nigéria ont reçu dans les années 70 des biberons ou des échantillons en cadeau lors de l'accouchement. Dans les régions rurales, 40% des mères recevaient des cadeaux de la part des firmes de l'industrie alimentaire spécialisées chez le nourrisson. On a pu constater que dans les milieux ruraux, 80 % des mères connaissaient le nom des produits industriels.

vii) Complications locales rencontrées lors de l'allaitement

Ces phénomènes sont surtout développés dans les huit jours suivant la naissance et nécessite un examen minutieux des seins jour après jour. Il faut une succion adaptée et efficace et donc un positionnement de l'enfant adéquat ; La durée des tétées évoluant de façon croissance évitera également ce genre de désagrément. La mauvaise

prise en charge des problèmes mammaires ou mamelonnaires et le manque de conseils conduisaient souvent au sevrage de l'enfant.

2) L'allaitement maternel dans le monde actuel

[16 ; 38]

a) Bilan sur la situation actuelle

Certains pays ont un taux d'initiation d'allaitement maternel au sein de plus de 90 % tels que les pays du nord de l'Europe, le Japon, la Suisse, le Luxembourg et la Turquie. En Europe Centrale et du Sud, le taux reste entre 70 et 80% comme en Grèce, en Italie ou en Espagne. En Amérique du nord et dans la majorité des pays de l'Europe de l'ouest, le taux d'allaitement a diminué durant le 20ème siècle.

On a ensuite observé une augmentation depuis les dix dernières années. Le taux au Royaume-Uni est d'environ 78% en Angleterre, 70% en Ecosse, 67% au Pays de Galles, et 63% en Irlande du Nord. Sur le continent américain environ 85% des mères canadiennes initient l'allaitement et 74% des mères nord-américaines.

[117]

Une étude comparative a été réalisée entre les mères françaises et les mères allemandes primipares en matière d'allaitement maternel en ce qui concerne leur motivation, leur choix et leur prise de décision en 2007. Cette étude a été dirigée par le Pr Walburg. Cette étude a été réalisée auprès de 126 femmes françaises et 80 femmes allemandes et a révélé d'importantes divergences concernant les connaissances sur les avantages physiologiques et les inconvénients de l'allaitement. Les résultats ont souligné des croyances erronées très présentes en France.

En France, le taux d'allaitement est d'environ 55 % contre 90% en Allemagne. L'étude permet de constater que la première motivation à allaiter est la santé de l'enfant dans les deux pays bien que cet argument soit plus largement avancé en Allemagne. Les Allemandes apprécient le côté pratique de l'allaitement au sein alors que cet argument est plutôt avancé chez les Françaises avec une alimentation de l'enfant au biberon.

Lors de l'étude comparative, différents facteurs ont été étudiés tels que :

Les avantages psychologiques de l'allaitement maternel,

La dépendance, les interdits pendant l'allaitement,

Les avantages physiologiques de l'allaitement,

Les avantages du biberon pour le bébé, les inconvénients de l'allaitement pour le couple,

Les avantages du biberon pour la relation père-enfant,

Les inconvénients de l'allaitement pour la mère, les inconvénients physiologiques pour le bébé

Les avantages physiologiques de l'allaitement pour la mère.

Sur ces 10 facteurs sept diffèrent significativement. Les femmes allemandes accordent davantage d'importance aux avantages psychologiques de l'allaitement maternel pour le bébé et pour elles-mêmes. En revanche, elles accordent une moindre importance aux interdits pendant l'allaitement (tabac, alcool et médicaments) aux désagréments vis-à-vis du couple et aux avantages de l'allaitement au biberon dans la relation père-enfant. Elles ne prêtent pas d'attention aux inconvénients de l'allaitement maternel comme la fatigue. On a pu constater qu'il s'agit surtout de la population des femmes non allaitantes qui sous-évaluent les avantages physiologiques de l'allaitement et qui sur évaluent les inconvénients de l'allaitement pour le couple et pour elles-mêmes. Le niveau d'information est plus important chez les femmes allemandes et ceci dès le début de la grossesse. Elles perçoivent les interdits de manière moins rigide que les femmes françaises. Ces études montrent l'intérêt de l'information et de l'éducation en faveur de l'allaitement maternel dès le début de la grossesse. Les femmes françaises ne méconnaissent pas les effets positifs de l'allaitement sur l'enfant, mais plutôt ceux produits sur elles-mêmes tels que la diminution du poids après accouchement et la réduction du nombre de cancers ovariens. Les français accordent de l'importance aux interdits de l'allaitement ainsi qu'aux inconvénients tels que la fatigue qui fait paraître l'allaitement comme quelque chose de contraignant et rigide.

On peut également comparer l'évolution du taux d'allaitement en fonction de l'âge des enfants grâce à des études réalisées en France, aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne, au Québec, en Norvège, entre 1998 et 2002.

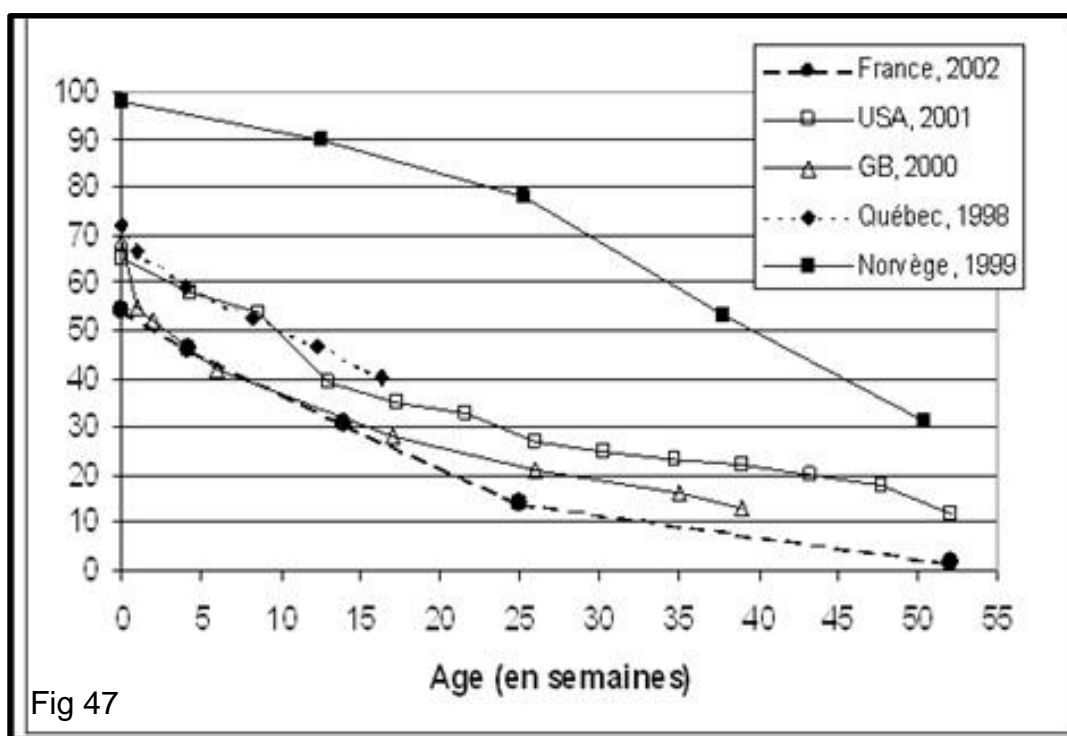


Fig 47 : Evolution des taux d'allaitement dans ces pays en fonction de l'âge des enfants <http://www.info-allaitement.org/etude-longitudinale.html>

On constate que chaque pays subit une diminution progressive de son taux d'allaitement. On constate également que comme vu précédemment les pays scandinaves restent les pays possédant le taux d'allaitement le plus élevé à la naissance. On y

observe également une décroissance pour atteindre un taux de 30% environ à 50 semaines.

[150]

Aux Etats-Unis le projet « Healthy people » de 2000 et 2010, a fixé comme objectif un taux d'allaitement à la naissance de 75 % et à 6 mois de 50 %, l'objectif n'a pas été atteint en 2000 y compris chez les mères d'origine caucasienne. Le projet 2010 ajoutant en plus des deux premiers objectifs, un taux d'allaitement à un an de 25%.

b) Au Québec

[148]

Le Québec est le pays possédant l'étude longitudinale sur l'allaitement la plus fournie ayant été menée dans un pays industrialisé. Elle a été poursuivie pendant quatre ans et a porté sur l'allaitement maternel entre zéro et quatre mois. De très nombreux facteurs y ont été étudiés. Elle a révélé que 71,8 % des nourrissons sont allaités à la naissance et plus de 40 % sont encore allaités à quatre mois. A cinq mois 34 % sont toujours allaités au sein par leur mère et parmi eux la moitié est toujours en allaitement exclusif.

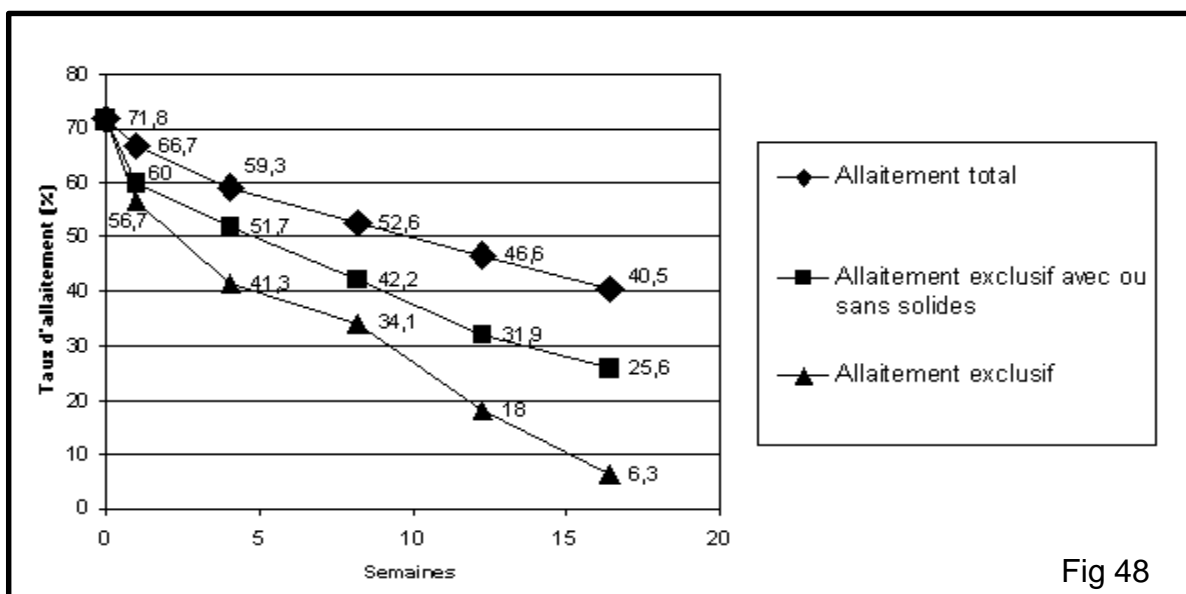


Fig 48

Fig 48 : Evolution du taux d'allaitement selon l'âge des nourrissons au Québec de 1998 à 2002. <http://www.info-allaitement.org/au-quebec.html>

c) En France

[151; 152]

Les certificats du huitième jour de vie ont permis en 2002 de confirmer la tendance à la hausse pour le taux d'allaitement à la naissance. Aujourd'hui en France de plus en plus de femmes allaitent leurs enfants, elles sont 56,3 % à donner le sein à la maternité. Cela représente une évolution de 1,8 % entre les années 2001 et 2002. Six départements enregistrent tout de même une baisse ou une stagnation de ce taux.

Département	N° dep.	2002	Département	N° dep.	2002	Département	N° dep.	2002
guadeloupe	971	85,0%	alpes maritimes	6	59,8%	tarn	81	50,0%
martinique	972	77,6%	vosges	88	59,5%	landes	40	49,9%
paris	75	71,0%	var	83	58,8%	morbihan	56	49,8%
isère	38	70,0%	ariège	9	58,6%	tarn et garonne	82	49,6%
savoie	73	69,5%	bouches-du-rhône	13	57,0%	côtes d'armor	22	49,5%
hauts de seine	92	69,0%	loire	42	55,9%	calvados	14	49,2%
val de marne	94	68,4%	moselle	57	55,5%	finistère	29	48,7%
réunion	974	68,4%	indre et loire	37	55,3%	ille et vilaine	35	48,3%
doubs	25	67,2%	gard	30	54,8%	haute loire	43	47,8%
haut rhin	68	67,0%	aube	10	54,4%	corse du sud	2A	47,5%
jura	39	66,8%	gironde	33	54,4%	creuse	23	47,3%
haute vienne	87	65,6%	loiret	45	54,3%	eure et loir	28	46,6%
meurthe et moselle	54	64,9%	lozère	48	54,2%	deux sèvres	79	46,6%
yvelines	78	64,9%	lot	46	53,8%	loire atlantique	44	46,1%
bas rhin	67	64,6%	lot et garonne	47	53,8%	ardennes	8	46,0%
essonne	91	64,2%	dordogne	24	53,7%	oise	60	45,5%
seine saint denis	93	63,8%	meuse	55	52,7%	cher	18	45,4%
hérault	34	63,6%	gers	32	52,5%	mayenne	53	44,4%
rhône	69	63,2%	yonne	89	52,4%	manche	50	44,3%
vacluse	84	62,0%	charente	16	52,0%	cantal	15	41,3%
haute saône	70	61,8%	puy de dôme	63	51,3%	vendée	85	41,3%
ain	1	61,6%	charente maritime	17	51,2%	aisne	2	40,2%
haute-garonne	31	61,2%	pyrénées atlantiques	64	51,0%	allier	3	38,9%
drôme	26	61,0%	maine et loire	49	50,8%	loir et cher	41	38,3%
côte d'or	21	60,3%	saône et loire	71	50,7%	somme	80	38,3%
alpes de haute-provence	4	60,1%	orne	61	50,5%	pas de calais	62	36,2%
			aveyron	12	50,3%			

Tableau 6

Tableau 6 : Taux d'allaitement en maternité dans les départements français, en 2002. <http://www.info-allaitement.org/france.html>

d) Facteurs influençant actuels

[18 ; 88 ; 101 ; 102 ; 103]

i) La promotion des préparations pour nourrissons

[131]

Les pratiques promotionnelles sont maintenant contrôlées dans de nombreux pays, mais les industriels continuent à contourner les codes de bonne conduite et à promouvoir leurs produits en ne respectant pas le code de commercialisation des substituts de lait maternel rédigé en 1991. Ce code est respecté en grande partie dans les pays industrialisés où l'application de la loi et les réglementations sont surveillées. L'application est plus délicate dans les pays pauvres ou en voie de développement.

ii) Le corps médical

[23 ; 46 ; 83 ; 111]

Comme nous avons pu le voir précédemment le corps médical est lui aussi responsable de la diminution de la pratique de l'allaitement maternel de par son attitude au sein des établissements de santé. La pratique de l'allaitement maternel est soutenue officiellement depuis le début et le milieu des années 80. Dans de nombreux pays en développement, les médecins et les professionnels de la santé sous l'influence des firmes industrielles n'ont pas toujours favorisé la pratique de l'allaitement au sein.

L'information délivrée aux futures mères, aux femmes qui viennent d'accoucher ou aux familles et sous la responsabilité des professionnels de santé qui n'ont pas toujours pris ce rôle de soutien à cœur.

La durée de l'allaitement est associée à la quantité de contact mère/enfants durant les 72 heures suivant la naissance.

Cependant, on a pu constater que l'influence du professionnel de santé sur les mères au moment de l'accouchement n'était pas aussi importante que celle venant des personnes réalisant l'éducation et l'information prénatale. C'est donc le soutien et les explications apportés par les professionnels durant la grossesse et dans les premiers jours suivant la naissance qui sont déterminant actuellement.

On a constaté que le soutien téléphonique des mères par des professionnels ou des mères pouvant leur apporter des conseils et des solutions aux problèmes rencontrés durant l'allaitement constituait un facteur majeur de poursuite de l'allaitement.

iii) Le milieu de vie et les facteurs psycho-sociaux

[19 ; 46]

On constate de nos jours un phénomène d'urbanisation et de migration des populations vers les villes. Cela a une influence sur la pratique de l'allaitement. Celle-ci diminue souvent quand les femmes des milieux ruraux migrent vers les zones urbaines, là où les pratiques traditionnelles sont remplacées par des méthodes jugées plus « modernes ». On retrouve ici le concept de famille nucléaire, le manque de repères notamment au niveau culturel. On observe également un désintérêt pour le mode de vie « ancestral », un peu comme si l'allaitement était passé de mode.

La migration vers les villes se fait souvent pour des raisons professionnelles et le milieu dans lequel chaque femme travaille n'est pas toujours favorable à la poursuite de l'allaitement. La vie en ville facilite l'accès aux commerces et donc l'accès à la nourriture industrielle pour nourrisson. L'arrêt de l'allaitement représente alors une tentation pour les mères venant de la campagne.

Dans les pays industrialisés, les mentalités évoluent mais les pères sont encore parfois trop peu impliqués dans la préparation à la naissance. Il est donc important de veiller à les informer sur les bienfaits et les difficultés qui peuvent survenir. Ils sont ainsi informés sur la manière dont ils peuvent soutenir la mère et protéger l'allaitement.

[74 ; 103 ; 104]

Le soutien du partenaire, de la famille et des amis sont des facteurs essentiels qui détermineront et influenceront l'initiation ainsi que la durée de l'allaitement. Une étude récente réalisée aux Etats-Unis a montré que l'opinion du père était l'un des facteurs les plus importants influençant sur l'initiation et la poursuite de l'allaitement. Cette

étude a été confirmée par une étude australienne de 1997. Plus le père se montrera favorable à l'allaitement, apportera son soutien dans le choix de la mère d'allaiter et plus celui-ci a de chance d'être fructueux et prolongé. Le père est présent comme support psychologique car il participe aux prises de décisions et aide parfois la mère à prendre du recul lorsqu'elle est trop impliquée émotionnellement. Le père est également un support pratique car il peut assister la mère dans l'allaitement et prendre le relais pour des tâches pouvant être réalisées par les deux parents. Plus la connaissance du père concernant l'allaitement sera importante, plus il sera apte à aider et même à anticiper les besoins de la mère au quotidien. C'est une manière d'inclure le père dans l'allaitement et de construire le lien entre le père et son enfant. La présence et l'investissement du père à la maison est un facteur favorisant fortement la poursuite de l'allaitement. Il a son rôle à jouer dans le développement de l'enfant notamment au niveau psychomoteur et de l'éveil. La présence du père réduit les facteurs d'anxiété et l'isolement de la mère. Il se crée alors un autre type d'intimité entre les partenaires.

De plus, les futures ou jeunes mères devraient être incitées à trouver, dans leur entourage, une personne de confiance (amie, sœur, belle-sœur.. .) ayant une expérience d'allaitement prolongé, à laquelle elles pourraient poser leurs questions et se référer en cas de difficultés.

Chaque mère aura plus ou moins confiance en sa capacité à allaiter son enfant. La confiance en soi de la mère et son sentiment d'autosatisfaction par rapport à l'efficacité de son allaitement sont prédicteurs également de la durée de l'allaitement.

Un mauvais état psychique de la mère et notamment le développement d'une dépression post-partum est un facteur fréquent de sevrage en raison du ressenti négatif de la mère face aux réactions de son enfant qui peut être amené à pleurer ou à s'agiter.

[10 ; 12 ; 35 ; 51 ; 67]

Les classes sociales et l'allaitement sont positivement associés. Des résultats similaires sont observés en Angleterre, en Nouvelle-Zélande, Danemark, en Suède, en Finlande, en Suisse, au Canada et aux Etats-Unis. Cependant peu de ses études ont pris en compte les autres facteurs tels que l'âge et le niveau d'éducation de la mère. Il n'est donc pas possible d'établir un lien direct entre les classes sociales et le taux d'allaitement de manière précise.

iv) Le niveau d'éducation

[24]

Ce facteur est retrouvé quel que soit le niveau économique du pays concerné. En effet une étude réalisée au Sénégal permet de constater une proportion plus importante d'allaitement maternel exclusif chez les mères possédant un niveau d'études élevé. Cette fréquence de l'allaitement maternel en rapport avec le haut niveau d'études de la mère a été décrite par plusieurs auteurs en France et aux Etats-Unis.

Au Québec, le taux et la durée de l'allaitement sont positivement associés avec l'âge de la mère, le revenu du ménage, le niveau d'éducation maternel. Les mères sont presque 90 % à allaiter à la naissance si elles possèdent un diplôme universitaire contre moins de 60 % sans diplôme secondaire.

Le niveau élevé d'éducation de la mère est un élément nécessaire mais non suffisant dans l'initiation et la durée de l'allaitement.

v) L'âge de la mère

[10 ; 12 ; 67]

Ce facteur va très souvent de pair avec le niveau d'étude de la mère. Les mères qui font des études longues allaitent plus leurs enfants et ont, en général, un âge plus avancé lors de leur premier accouchement. Plus une mère est âgée lorsqu'elle a son premier enfant plus elle est susceptible de l'allaiter.

Age de fin d'étude	16 ans ou moins	entre 16 ou 18 ans	18 ans et plus
Taux d'allaitement en %	53 %	70 %	88 %

Tableau 7 : Taux d'allaitement à la naissance au Royaume-Uni en 2000, en fonction de l'âge de fin d'études de la mère. www.info-allaitement.org

On peut observer les chiffres de l'Ecosse en 2000 des taux d'allaitement la naissance en fonction de l'âge de la mère.

Age de la mère	moins de 20 ans	entre 20 et 25 ans	entre 25 et 30 ans	30 ans et plus
Taux d'allaitement en %	31 %	55 %	70 %	82 %

Tableau 8 : Taux d'allaitement à la naissance des aînés d'une fratrie en Ecosse, en 2000 selon l'âge de leur mère. www.info-allaitement.org

vi) Les intentions prénatales de la mère

[27 ; 28 ; 69 ; 83]

Des études ont montré que le choix d'allaiter devait être fait avant la grossesse pour que les chances que celui-ci soit initié soient fortes. La durée de l'allaitement serait également fortement associée à la précocité du choix. Des études ont également démontré une forte association entre la durée projetée pour l'allaitement et la durée réelle de celui-ci; ainsi une mère se décidant tôt serait plus déterminée et parviendrait plus facilement à surmonter les difficultés qu'elle peut rencontrer au cours de l'initiation. L'étude réalisée au Canada a montré que les femmes allaitantes prennent leur décision d'allaiter à 70 % avant la grossesse, alors que les mères qui n'allaitent pas ne sont que 57 % à faire ce choix avant l'accouchement.

La décision de la mère est souvent motivée par le bénéfice que l'allaitement peut apporter pour la santé de l'enfant. Elles aiment également l'aspect naturel de cette pratique et le fait de donner une nourriture physiologiquement adaptée à leur nourrisson.

Pour certaines mères l'allaitement permet de prolonger le lien émotionnel étroit créé lors de la grossesse avec leur enfant.

La participation de la mère aux cours prénataux est essentielle à sa décision ultérieure. Plus la mère sera impliquée dans sa grossesse plus elle pourra se rassurer par les échanges qu'elle aura avec les professionnels de santé et personnes animant les ateliers. Le fait d'être bien informées permettra à la mère de croire en ses capacités à allaiter et de l'envisager de manière plus favorable.

vii) Conventions, recommandations et code du travail encadrant l'allaitement maternel

[161]

Les conditions et les lois encadrant le travail peuvent aussi faire qu'il est difficile pour une femme de garder son travail et de poursuivre l'allaitement de son enfant.

Avant les années 90, certains pays possèdent des entreprises employant de la main-d'œuvre féminine et ayant mis en place spontanément des mesures et des structures pour faire en sorte que les femmes employées puissent allaiter leur enfant tout en travaillant. Ces cas sont malheureusement des exceptions. La conférence internationale sur la nutrition organisée par la « Food and Agriculture Organisation »(FAO) et l'OMS, qui s'est tenue à Rome en 1992, reconnaissait "le droit à l'allaitement exclusif pour les mères et leurs enfants". Le plan d'action pour la nutrition adopté lors de cette conférence déclare que les gouvernements ainsi que les parties concernées devraient « fournir un soutien aux mères et les encourager pour leur permettre d'allaiter et de s'occuper convenablement de leurs enfants, qu'elles soient employées dans le secteur formel ou informel ou qu'elles pratiquent une activité non rémunérée ».

La convention de protection de la maternité de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) n° 183 portant sur la protection de la maternité datant de l'année 2000 et la recommandation qui l'accompagne (n° 191) appellent à la mise en place d'un ensemble de mesures favorisant le début, l'installation et le maintien de pratiques d'allaitement optimales dont un congé de maternité d'au moins quatorze semaines rémunéré à 66% de la rémunération précédente versée par une assurance sociale obligatoire ou sur les deniers publics OU 18 semaines avec un salaire complet. Le droit à une ou plusieurs pauses journalières ou à la réduction de la durée du travail pour pouvoir allaiter peuvent être envisagés.

La reprise du travail pour la mère est très souvent associée à un sevrage de l'enfant. On constate en effet que les enfants les plus longtemps allaités sont ceux dont la mère n'a pas d'emploi. Ceci est observé dans de nombreux pays sauf en Finlande où les mères employées et travaillant hors de leur domicile avaient une durée d'allaitement supérieur aux mères ne travaillant pas. Dans tous les cas la possibilité de disposer d'un congé rémunéré et la durée de celui-ci sont déterminantes sur le sevrage plus ou moins tardif de l'enfant.

La Convention de protection de la maternité adoptée par l'OIT reconnaît le droit des femmes de disposer d'un congé et d'allaiter tout en travaillant. Cependant il existe encore beaucoup de pays ne permettant pas cela et appliquant même des sanctions

en cas de non-respect des règles. Parmi les entraves à l'allaitement on peut constater des durées de congés trop courtes, le refus de ce congé pour les femmes travaillant de manière discontinue, le licenciement abusif des femmes prenant ce congé, le manque de structure adaptées à l'accueil des enfants à proximité des lieux de travail, le refus d'accorder une pause pour allaiter durant les longues sessions de travail.

En France la législation concernant la pratique de l'allaitement par les mères ayant un emploi est encadrée par les articles du code du travail :

Les articles L 1225-30 à L1225-33 constituent les articles de loi majeurs défendant les droits des femmes allaitantes par l'instauration de deux points essentiels au maintien de l'allaitement pendant le travail :

- L'heure d'allaitement est définie comme telle : « Pendant une année à compter du jour de la naissance, la salariée allaitant son enfant dispose à cet effet d'une heure par jour durant les heures de travail ». Cette disposition permet une répartition de l'heure d'allaitement en deux demi-heures durant le temps de travail : Le plus souvent en milieu de matinée et d'après-midi par défaut (C. travail, art. R1225-5). La pause accordée est d'une durée exacte de trente minutes ou de vingt minutes si la mère l'utilise pour allaiter au sein. (C. travail, art. R 1225-6). L'heure est non rémunérée sauf en cas d'accord avec l'employeur ou si la convention collective le prévoit. Le code du travail prévoit également la possibilité d'allaiter l'enfant sur le lieu de travail comme le prévoyait initialement le projet de loi. Pour cela chaque mère devrait disposer d'une salle prévue à cet effet.

- La salle d'allaitement. Cette salle doit être mise à disposition des mères souhaitant allaiter ou tirer leur lait en toute intimité. Cependant il reste encore quelques incohérences car le code du travail n'oblige pas les employeurs à laisser à disposition un réfrigérateur pour conserver le lait. Selon l'article L 1225-32 : « Tout employeur employant plus de cent salariées peut être mis en demeure d'installer dans son établissement ou à proximité des locaux dédiés à l'allaitement. »

Le congé maternité

Le congé maternité donne le droit aux femmes salariées de suspendre leur contrat de travail pendant une durée fixée dépendante de la situation de chacune. Ces règles sont reprises par les conventions collectives prévoyant parfois des dispositions plus favorables.

Tableau 9	Avant l'accouchement (congé prénatal)	Après l'accouchement (congé postnatal)	Total
Cas général : 1ère ou 2ème naissance, 3ème naissance	6 semaines	10 semaines	16 semaines
	8 semaines	18 semaines	26 semaines
Naissance de jumeaux	12 semaines	22 semaines	34 semaines

Naissance simultanée de plus de deux enfants	24 semaines	22 semaines	46 semaines
--	-------------	-------------	-------------

Tableau 9 : Durée des congés maternité en France. <http://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/temps-de-travail-et-conges/maternite-paternite-adoption/article/le-conge-de-maternite>

Un départ anticipé pour les mères ayant déjà pris 2 semaines avant la date prévue du congé prénatal. Ceci impliquera une réduction du congé postnatal d'autant. Dans le cas d'une grossesse gémellaire la mère peut anticiper son départ jusqu'à 4 semaines tout en réduisant son congé post natal. Dans tous les cas une mère ne peut être employée pendant les 8 semaines précédant ou suivant son accouchement, dont 6 obligatoirement après l'accouchement. Mise à part cette période la mère peut ne pas prendre l'intégralité de son congé. En cas de certificat médical attestant d'un état pathologique, la mère bénéficie de deux semaines supplémentaires avant et de 4 semaines après l'accouchement. Si l'accouchement a lieu avant la date présumée, la durée totale du congé de maternité n'est pas réduite.

Le congé paternité

Tous les pères salariés ont droit à un congé de paternité quel que soit la nature de leur contrat de travail (CDI, CDD, Etc..) et son ancienneté. Ce congé est accordé à la personne partageant la vie de la mère et ceci sans condition de situation matrimoniale. Seule la naissance d'un enfant est nécessaire pour obtenir ce congé.

La durée du congé de paternité est de 11 jours calendaires (samedis, dimanches et jours fériés compris) pour une naissance simple. Elle est augmentée de 7 jours en cas de grossesse gémellaire.

Le congé est non fractionnable mais peut être réduit. Il est attribué dans les quatre mois suivants la naissance.

Ces 11 jours s'additionnent avec les 3 jours d'absence qu'autorise le code du travail, suite à la naissance de l'enfant.

En cas de naissance multiple le congé paternité passe de 11 à 18 jours.

viii) La vision du corps de la femme dans la société moderne

[104]

La poitrine de la femme est mise en avant dans les livres, les magazines, les médias (en particulier à la télévision), les industriels et les publicitaires faisant la promotion d'articles d'habillement mais aussi pour de nombreux produits du quotidien. La poitrine apparaît comme un symbole sexuel fort. Les parents les plus jeunes et issus de quartiers défavorisés ont en général une attitude moins positive car ils ont une vision très sexualisée du sein. La peur de la ptose mammaire est assez présente dans cette catégorie sociale.

Ces femmes peuvent aussi se mettre dans l'idée (fausse) qu'allaiter abîmera leur poitrine. En même temps, le sentiment qu'il est chic et sophistiqué de nourrir au biberon peut apparaître. On se met à voir dans l'allaitement au sein une pratique primitive et dans l'allaitement au biberon un symbole de statut social. Beaucoup de femmes vivent l'acte d'allaiter comme un acte d'indécence et certains hommes n'aiment pas que leur femme « expose » leur poitrine dans des lieux publics à cause de l'érotisation de la poitrine. Autrefois les naissances parfois rapprochées faisaient qu'une femme pouvait allaiter durant des années sans interruption et ceci sans que cela ait une incidence sur la vie intime du couple car la double fonction du sein était pleinement intégrée dans les mentalités. Dans la culture latine, la maternité et la sexualité sont opposables et peu compatibles. Les influences religieuses semblent jouer un rôle important dans la vision du sein objet et non nourricier dans notre société. Dans nos sociétés des femmes sont encore agressées, menacées, ou sommées de quitter des lieux publics, pour avoir osé y nourrir leur enfant.

Pour certaine personne cet acte constituerait un « attentat à la pudeur », notion qui n'existe plus dans la loi depuis 1994. Aujourd'hui on parle d'exhibition sexuelle passible d'une peine de 1 an de prison et de 15000 euros d'amende (article 222-32 du Code pénal). Ceci n'est pas applicable à l'allaitement car cette pratique relève pas de l'exhibitionnisme. De plus le droit à la santé pour tous vient en soutien de l'allaitement. Ceci est garanti par des textes comme le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, toujours en vigueur, par renvoi du préambule de la Constitution du 4 octobre 1958, la Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée par les Nations Unies le 20 novembre 1989 (art. 6 et 24) et enfin la Charte européenne du 3 mai 1996, (préambule, partie I-11). Cependant la gêne à allaiter en public est ressentie par 40% des mères.

[56 ; 124]

L'évolution du statut de la femme amène aujourd'hui certaines féministes à considérer l'allaitement comme une entrave à l'épanouissement de la femme ne pouvant plus s'approprier son corps. En ayant voulu être l'égale de l'homme, certaines femmes ont perdu leur identité de genre lors donnant la responsabilité du maternage et de la maternité. N'oublions pas que la proximité mère/enfant est une des clés de la survie de notre espèce car les bébés de notre espèce naissent très vulnérables et dépendants.

[11 ; 59]

Selon une étude australienne, seuls 48% des centres commerciaux possèdent une salle réservée aux soins pour jeunes enfants ; de plus, seuls 33% des patrons de restaurant et 48% des gérants de centres commerciaux semblent prêts à encourager les femmes allaitantes de leur clientèle quel que soit le point de vue des autres personnes présentes. Les messages reçus restent contradictoires. L' « Australian Breastfeeding Association » a lancé le kit d'information « Breastfeeding Welcome Here » (Allaitement bienvenu ici) destiné aux restaurants et aux entreprises. Elle a communiqué à plusieurs reprises par l'intermédiaire des médias grâce à des publicités diffusées à la télévision. Rendre nos sociétés « Amies de l'allaitement » est une étape capitale de la promotion de l'allaitement.

[54]

ix) L'origine régionale et ethnique

[106]

Au Sénégal, 100% des mères donnent un jour le sein à leur enfant. On administre encore le « Tokental » et beaucoup de femmes jettent le colostrum, en attendant de donner à leur enfant un lait plus mature. L'eau sucrée est très souvent administrée dans les six premiers mois de l'enfant. Le « Tokental » est un mélange d'eau de sucre et parfois de miel qui doit être préparé par un marabout qui n'est pas toujours disponible immédiatement. Cependant son administration à l'enfant reste indispensable pour 36% des mères interrogées. On a pu observer, aux Etats-Unis, l'administration d'une préparation à base de dattes comme bénédiction placée sur le palais de l'enfant par un dignitaire de la famille avant la première tétée. Ces pratiques ont pour conséquence de retarder la première mise au sein de l'enfant jusqu'à 24h voire 72h. Dans l'étude réalisée au Sénégal le délai de mise au sein est environ de 6 heures. Cependant 64% des mères donnaient à leur enfant comme première nourriture leur lait et 50% des mères allaitaient dans l'heure suivant la naissance. Selon les interrogatoires menés on peut observer de grandes disparités sur les connaissances des mères concernant l'allaitement maternel exclusif, certaines pensent que l'adjonction d'eau sucrée et de bouillie est nécessaire dans les premiers mois de l'enfant. La pratique tend tout de même à s'améliorer dans ce pays où les mères jettent de moins en moins le colostrum sur les conseils des agents de l'institut de pédiatrie sociale et préventive de l'université Cheikh Anta Diop de Dakar (IPS) et grâce à la politique nationale de promotion de l'allaitement maternel. 66% des mères ont poursuivi l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de six mois.

[68]

En Allemagne, un peu plus de 37 % des enfants allaités par leur mère et âgés de moins de six mois reçoivent également d'autres aliments (eau, lait artificiel). Les mères éprouvent le besoin d'ajouter d'autres aliments par peur de ne pas donner assez à l'enfant mais aussi du fait de certaines représentations socioculturelles propres à leur culture.

L'influence de l'ethnie sur le taux d'allaitement a été étudiée en Irlande en 2013. Historiquement le taux d'allaitement en Irlande a toujours été très bas en comparaison des autres nations d'Europe. Ce taux ne cesse de diminuer depuis les années 50 où il était de 64 %. Ce taux est ensuite passé à 16 % dans les années 70. Dans les années 80 on a donc constaté de nouveau une augmentation avec des taux allant jusqu'à 35 % d'allaitement maternel. L'accroissement du taux de l'allaitement en Irlande serait en réalité la résultante de l'immigration plutôt que le reflet d'un réel changement des pratiques ou de la formation pré et périnatale.

En 2002 l'Irlande était encore le pays possédant le taux le plus faible d'allaitement en Europe. Seul un quart des femmes avait initié l'allaitement à la naissance de l'enfant contre 94 % en Hongrie et 99% en Grèce. Au cours des années 2000, taux d'initiation passa de 42 % en 2008 puis à 44,5% en 2010. Les facteurs influençant rencontrés en Irlande sont l'âge maternel, le tabagisme, où le niveau d'éducation mais ces facteurs ne suffisent pas à expliquer l'écart rencontré entre les pays européens en ce qui concerne l'allaitement.

Le taux d'initiation le plus fort se retrouve chez des mères immigrées présente depuis moins d'un an sur le sol irlandais. Plus le temps passé sur le sol irlandais est important plus le taux d'initiation observé diminue, ce qui est contrebalancé par le fait que les mères plus âgées allaitent plus facilement leurs enfants statistiquement. On a toutefois remarqué peu de différences entre les différents groupes ethniques qu'ils soient asiatiques, africains, caucasiens ou mixtes. C'est donc bien l'origine irlandaise et non l'origine caucasienne qui joue un rôle déterminant dans l'initiation de l'allaitement. Le taux d'allaitement en Irlande semble être le fait de la reproduction de schémas intégrés au sein des familles. Les deux dernières générations d'individus irlandais ont été peu exposées à des scènes d'allaitement maternel et semble reproduire les attitudes observées. C'est ainsi qu'il en résulte un délaissement des pratiques traditionnelles telles que l'allaitement. Un effort politique et institutionnel est encore nécessaire afin d'augmenter le taux d'allaitement grâce au développement de campagne de santé publique, avec l'appui de l'OMS, et à l'évaluation des services de santé. Le taux d'initiation est de 44,5 % en Irlande contre 83% en Angleterre, 74% en Ecosse, 71% au Pays de Galles et 64% en Irlande du Nord.

[150]

Dans le tableau ci-dessous, des taux d'allaitement aux Etats-Unis en fonction de l'origine ethnique et de l'âge de l'enfant en 1998.

Origine ethnique	Taux d'allaitement à la naissance	Taux d'allaitement entre 5 et 6 mois	Taux d'allaitement à 1 an
européenne	68 %	31 %	19 %
hispanique	66 %	28 %	17 %
africaine	45 %	19 %	9 %
confondues	64 %	29 %	16 %
Buts de Healthy People 2010	75 %	50 %	25 %

Tableau 10 : Taux d'allaitement aux USA, en 1998. <http://www.info-allaitement.org/usa---australie.html>.

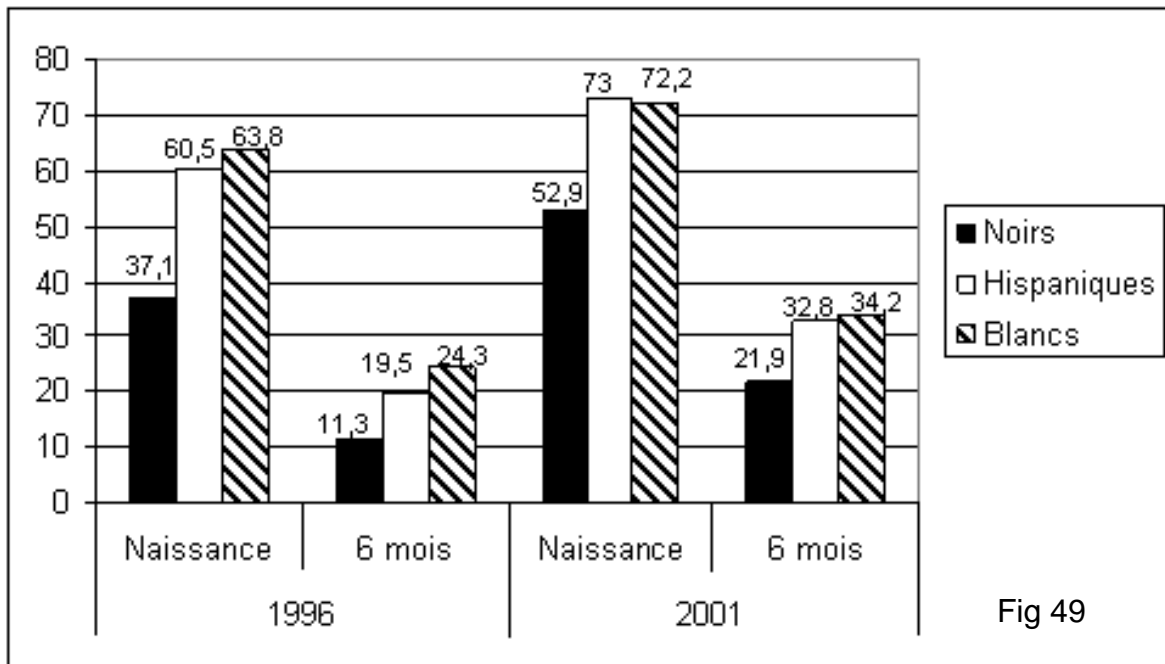


Fig 49 : Taux d'allaitement à la naissance et à l'âge de 6 mois en fonction de l'origine ethnique en 1996 et 2001. <http://www.info-allaitement.org/usa---australie.html>

[79 ; 106]

Aux Etats- Unis le taux d'allaitement est proche des 75%, mais il existe une grande disparité selon les cultures.

Les mères afro-Américaines résidant aux Etats-Unis allaitent beaucoup moins que les mères d'origine hispanique, qui elles-mêmes allaitent moins que les mères d'origine caucasienne.

Les mères d'origine hispanique ou latino-américaine initient l'allaitement maternel au sein dans 80,6 % des cas, contrairement à la population non hispanique nord-américaine ou afro-américaine n'allaitant que dans 58,1% des cas. Le taux le plus bas observé (37,5 %) concerne chez les mères non hispaniques africaines ou afro-américaines. Ce taux sera d'autant plus bas si la mère est âgée de moins de 20 ans. Les pratiques actuelles feraient toujours appel à des suppléments lactés dans 24% des cas durant les quarante-huit premières heures de l'enfant.

Au Québec, les mères migrantes d'origine européenne sont 62 % à allaiter à quatre mois, alors que 55,5 % des mères migrantes européennes allaitent encore et seulement 37 % des non-immigrées.

[47]

En Australie, les populations immigrées adoptent une attitude semblable à celle de leur pays d'origine. Les Vietnamiennes montrent des taux d'allaitement similaires à ceux des australiennes. Les mères aborigènes vivant à Perth allaitaient autant à la naissance que les autres et le taux d'allaitement à trois mois n'est plus que de 50 % contre 64 % en population générale. Cependant quand on analyse par tranches de statut socioéconomique, on observe le même taux d'allaitement chez les aborigènes et non aborigènes. Des aborigènes vivant dans des endroits reculés, allaitaient selon

le comportement traditionnel observé. Le taux d'allaitement peut atteindre jusqu'à 96 % à 12 mois.

Dans des sociétés plus traditionnelles telles que celle des Mossi du Burkina Faso, aucun aliment autre que le lait n'est donné avant les 8 mois de l'enfant. Les Bembas, peuple de Zambie, n'accordent pas de crédit au lait maternel et donnent d'autres aliments que le lait maternel. Les enfants Bochimans dans le désert de Kalahari en Afrique sont allaités jusqu'à 3 ans. Le sevrage intervient en majorité dans les cultures traditionnelles entre 2 et 3 ans.

Au début du 20ème siècle le livre *La femme médecin du foyer* rapporte ces instructions qui sont aujourd'hui tout à fait encore valable par rapport aux pratiques actuelles : « il est fort imprudent de remplir de jeune estomac de tisanes diverses, ou de commencer à administrer du lait de vache, sous prétexte que la mère, dans les premiers jours, n'a que fort peu de nourriture. Les conséquences de ces pratiques peuvent être dangereuses. Il est infiniment moins préjudiciable pour le nouveau né de souffrir légèrement de la faim que d'être rassasié avec des aliments qui lui sont peu appropriés. »

x) La situation conjugale

[46 ; 74 ; 86; 104]

Des études ont montré que les femmes mariées étaient plus susceptibles d'allaiter leurs enfants, alors que certaines ne montrent aucune relation entre le fait d'être mariée et la durée de l'allaitement maternel. Il est donc difficile d'arriver à une conclusion quant à l'importance de la situation maritale cependant on ne peut nier que le soutien du père joue un rôle fondamental dans l'initiation et l'encouragement à l'allaitement

xi) Les contraintes alimentaires et médicamenteuses pour la mère

La dépense énergétique d'une mère allaitante se situe entre 450 et 500 Kcal/j supplémentaires. Si elle se nourrit de façon équilibrée et variée elle n'aura aucun mal à combler ce besoin. Certains praticiens recommandent l'usage de compléments alimentaires. Il est surtout important d'apporter les acides gras polyinsaturés et la vitamine B9 nécessaires à la maturation neurologique. Si l'apport est insuffisant une supplémentation peut être nécessaire mais ceci n'est pas toujours possible selon le pays et la situation sociale de la mère.

[32]

Selon les régions du monde on observe certaines recommandations traditionnellement délivrées aux mères allaitantes concernant leur alimentation. L'apport de calcium est important et dans certaines régions la consommation de bouillons réalisés avec des

os d'animaux est recommandée à la mère allaitante pour que son alimentation soit riche en calcium. Les produits préparés à base de lait de brebis ou de chèvre sont aussi très riches en calcium et peuvent être consommés si la pasteurisation a été bien réalisée.

Dans les régions du monde où l'accès aux produits d'origine animale ou aux produits laitiers est difficile l'apport peut être compensé grâce à la consommation de graine augmentant l'absorption du calcium comme le sésame. Certains produits à base de végétaux sont également riches en calcium comme le tofu ou fromage de soja, les tortillas, les algues comestibles telles que le wakame ou le miso.

L'apport hydrique doit également être important et peut se faire sous forme d'eau mais aussi de tisanes. La mère doit respecter sa soif sans abuser car ceci n'aura aucun effet positif.

Le fer contenu dans le lait est facilement assimilable par l'enfant mais sa teneur est peu soumise au régime alimentaire de la mère.

La vitamine B12 contrairement au fer est sous l'influence des apports. Une alimentation pauvre en produits d'origine animale comme le végétalisme et certains régimes macrobiotiques nécessite une supplémentation dans la plupart des cas.

On a pu constater toutefois un avantage à la pratique du végétarisme. Le lait produit par les mères contient moins de polluants environnementaux (comme les polychlorobiphényles, PCB) que celui des autres mères. Ces substances sont stockées essentiellement dans les tissus graisseux, or les régimes végétariens comportent généralement moins de graisses que ceux qui comportent davantage de produits animaux.

Culpabilité du « mauvais lait » en cas de prise de médicaments :

[90 ; 155]

L'apport du nutriment est important à surveiller pour la composition du lait. Il existe aussi des apports involontaires dans le lait comme ceux d'origine médicamenteuse. Certains traitements ne peuvent être suspendus durant l'allaitement en raison de l'état de la mère ou d'autres devront être initiés pour traiter un état pathologique transitoire. Un certain nombre de classes de médicaments sont à utiliser avec une grande précaution comme les psychotropes, la phytothérapie, les narcotiques ou les antalgiques. Dans certains cas il est nécessaire de mesurer et d'évaluer le rapport bénéfices/risques. Certaines classes de médicaments contre indiquent l'allaitement au sein telles que les chimiothérapies en raison de leur toxicité, les dérivés amphétaminiques et les statines inhibitrices d'HMG-CoA réductase essentielle à la synthèse du cholestérol présent dans les phospholipides de membrane. Sont aussi à éviter, les dérivés de l'ergotamine, l'iode radioactif, le lithium, les antithyroïdiens de synthèse. Les professionnels de santé dont le pharmacien bénéficient de base de données de référence lui permettant de valider les prescriptions : le CRAT (centre de référence des produits tératogènes), ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) (France), EMA Agence européenne des médicaments (The European Medicines Agency).

Le résumé des caractéristiques du produit (RCP) du dictionnaire Vidal est à consulter en premier lieu. Lorsqu'une conduite à tenir est clairement indiquée, elle doit être suivie par le prescripteur car elle fait suite à des études ou à des signalements. En cas d'allaitement déconseillé, la situation doit être évaluée au cas par cas avec le consentement éclairé de la mère qui aura été informée des risques éventuels pour son enfant. La décision prendra toujours en compte l'activité pharmacologique, la cinétique du médicament, le profil des effets indésirables, l'âge de l'enfant, le niveau d'allaitement, la

possibilité de surveillance et de suivi du nourrisson et la compréhension de la mère. Il est également essentiel de prendre en compte les interactions médicamenteuses entre les médicaments pouvant passer dans le lait et les médicaments administrés directement au nourrisson.

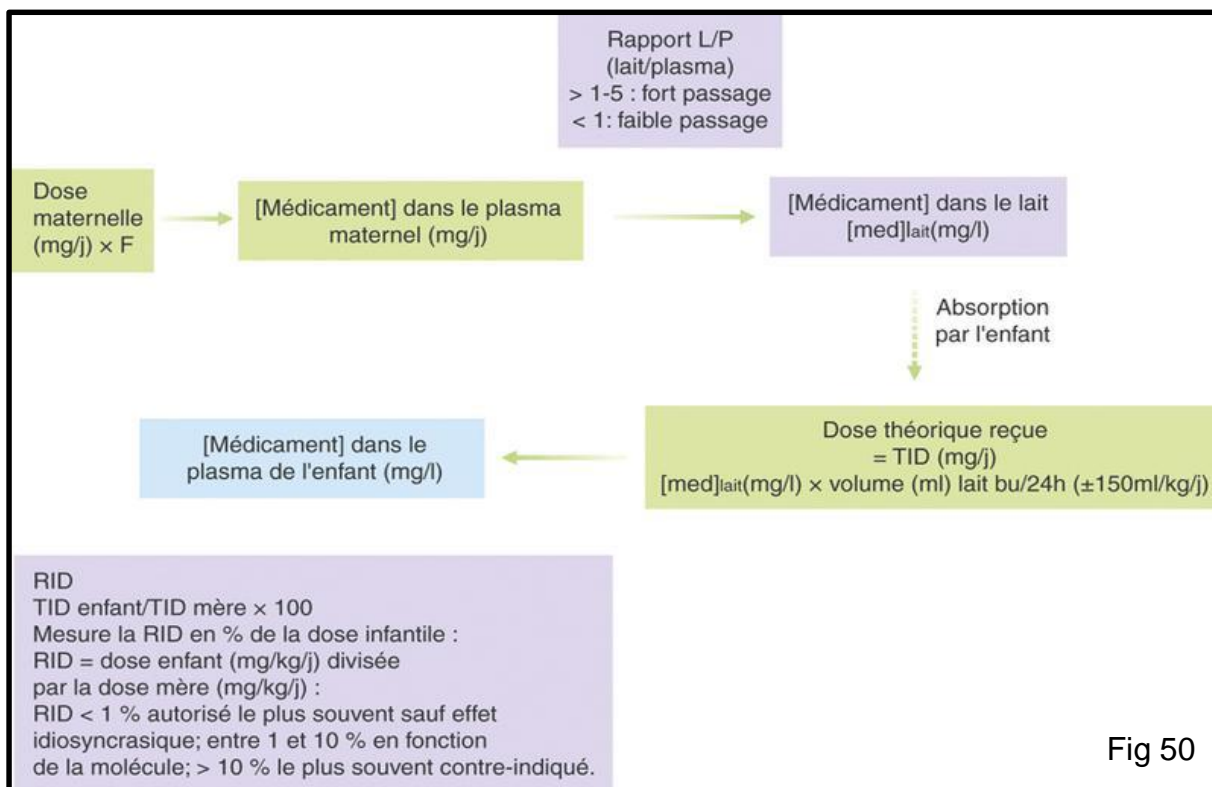


Fig 50 : Comment estimer l'exposition d'un enfant allaité à un médicament pris par sa mère. TID : *theoric infant dose* ; RID : *relative infant dose* ; L : lait ; P : plasma ; F : biodisponibilité en %.

Si la biodisponibilité d'un médicament par voie orale est limitée, le passage dans le lait ne pose pas de problème. Les médicaments ayant un effet de premier passage important ou ne pouvant être absorbés par le tractus digestif restent sans danger pour l'enfant. Les effets pourront être locaux comme des diarrhées, de la constipation, ou des colites à *Pseudomonas* de manière plus rare. Les drogues diffusant le plus facilement sont celles de petite taille (< 200Da). Les molécules de grandes tailles ou ayant une forte liaison protéique passent moins facilement dans le lait maternel. Les médicaments possédant une bonne lipophilie passent dans le lait et peuvent avoir une action au niveau cérébral chez l'enfant. Les effets secondaires doivent alors être surveillés par la mère chez son enfant. Chaque médicament possède son coefficient de partage entre le lait et le plasma de la mère. Plus le coefficient est élevé, plus le médicament aura tendance à être stocké dans le lait.

Avant toute administration d'un médicament à une mère allaitant son enfant il est bon de se poser les trois questions suivantes qui sont essentielles : est-ce que la pathologie nécessite vraiment ce traitement ? Ce traitement est-il, à efficacité équivalente, celui qui présente le moins de risques pour l'enfant allaité ? Les risques potentiels pour le nourrisson sont-ils supérieurs à l'avantage que lui procure l'allaitement maternel ?

L'exposition aux allergènes et risques d'allergie future :

On peut réaliser très tôt des tests chez l'enfant pour déterminer si oui ou non l'enfant présente une allergie. Le diagnostic se fait grâce au Prick test dès les premiers jours ou mois de vie au niveau du dos de l'enfant. Ce test est simple à réaliser, il consiste à identifier une allergie par effraction de l'épiderme par l'allergène à l'aide d'une aiguille hypodermique. Le test est positif s'il se produit une réaction locale mesurée et appréciée par l'allergologue. Certaines recherches reportent que l'enfant pourrait se sensibiliser in utero par le biais d'allergènes présents dans le liquide amniotique ou durant l'allaitement, à cause de l'ingestion ou à l'inhalation d'allergènes par la mère. Il est aujourd'hui recommandé à la mère dont l'enfant présente des risques d'allergies de suivre un régime d'exclusion durant la grossesse et l'allaitement. Il existe cependant un risque de carences. Si l'enfant est allergique à un allergène présent dans le lait de sa mère on observera une réaction dans les 4 à 24 heures après ingestion. Une amélioration sera constatée en 5 à 7 jours après suppression de l'aliment incriminé. Un lien a été établi entre la diminution du nombre d'acides gras insaturés dans le lait maternel et la fréquence de l'apparition d'une allergie mais ces données restent encore à approfondir. Quelques recommandations sont à considérées pour essayer de diminuer au maximum le risque d'allergie. Il est recommandé de pratiquer l'allaitement maternel exclusif et de limiter les aliments potentiellement allergènes (œuf, lait, blé, crustacés, arachides...). La diversification alimentaire de l'enfant devra se faire de manière très progressive à partir de 6 mois avec un aliment nouveau par semaine tout en évitant les catégories les plus critiques avant l'âge de 1 an.

xii) La parité

Les études ont montré que le premier enfant est plus souvent allaité que le second et les suivants. Seulement 26% des mères qui ont donné le biberon précédemment tenteront d'allaiter leur nouveau-né. Pour les mères ayant allaité plus de six semaines, elles seront 96% à allaiter également le suivant. Lorsque la durée de l'allaitement a été inférieure à six semaines seulement 18 % des mères allaitent le second enfant. On a pu constater que la multiparité augmente la confiance de la mère, ceci pourrait donc être à l'origine de l'allongement de la durée de l'allaitement chez les mères à partir du deuxième enfant. Le nombre total d'enfant au sein de la fratrie peut interférer également avec le souhait de poursuivre ou non l'allaitement, en raison de la disponibilité plus ou moins importante de la mère.

xiii) Le mode de conception et l'expérience de l'accouchement

[95]

Si l'enfant est conçu par procréation médicalement assistée (PMA), le taux d'allaitement maternel est significativement plus élevé. Cependant on constate qu'en général les mères ayant eu recours à une PMA sont d'un âge plus avancé que celui des mères ayant eu une grossesse spontanée. Ce qui rejoint les données obtenues précédemment qui indiquaient que l'âge de la mère avait une incidence sur l'allaitement de l'enfant.

Les mères donnant naissance de leur enfant par césarienne sont souvent soumises à des difficultés pour l'initiation de l'allaitement au sein. Cela est dû en général au non-respect du réflexe de fouissement de l'enfant qui a pour conséquence un retard de montée de lait de la mère. Cependant des études ont montré qu'une forte motivation permet de surpasser les difficultés du début l'allaitement maternel et l'allaitement reste possible.

xiv) L'état de santé de la mère

- Le surpoids

L'obésité de la mère avant la naissance est corrélée de manière négative à la durée de l'allaitement.

- Les maladies aiguës

Les maladies aiguës les plus courantes telles que la gastro-entérite, le rhume et la grippe ne nécessitent pas l'arrêt de l'allaitement car bien souvent l'enfant a été exposé durant la période d'incubation à l'agent responsable. De plus le lait constitue une protection immunitaire supplémentaire pour lui. Il n'est pas rare de voir la propagation de la maladie chez les autres membres de la famille alors que le nourrisson n'est pas malade bien qu'il ait une forte proximité avec sa mère.

- Les complications mammaires

- La candidose mammaire

C'est une cause fréquente de douleur survenant au niveau des mamelons. La douleur est plus intense en fin de tétée et peut persister. Le développement d'une candidose sera favorisé par la préexistence d'un foyer à *Candida* chez la mère (vaginal), un traitement par œstrogènes ou antibiotiques déstabilisant la flore naturelle, une crevasse se surinfectant, un état de fatigue important mais aussi tout ce qui abaisse les défenses immunitaires. Cette levure aime se développer dans les milieux chauds et humides c'est pourquoi tout élément favorisant la macération présente un risque (coussinets, vêtements en matières synthétiques). Le *Candida albicans* est très souvent présent dans les muqueuses car c'est un organisme saprophyte faisant partie de la flore. On le retrouve chez 80 % de la population. Il est asymptomatique après l'âge de 1 an quand l'individu a une bonne immunité. Les antifongiques locaux peuvent être utilisés en suspensions buvables, en crèmes ou en gels (Fungizone®, Nystatine®, Dak-tarin®...). On utilise également le violet de gentiane en solution. On doit traiter le sein de la mère et aussi la bouche de l'enfant après la tétée. Le lait ne peut être conservé mais reste consommable au sein pour l'enfant.

[155]

- L'engorgement

C'est un problème généralement rencontré lorsqu'il y a un défaut de vidange du sein. La complication la plus courante est la lymphangite (l'inflammation des vaisseaux lymphatiques) se manifestant par des plaques rouges sur les seins, un mamelon aplati et étiré, de l'œdème avec de la fièvre associée. Ceci doit conduire à la consultation d'un médecin. L'expression du lait doit être efficace grâce à une bonne succion et un bon positionnement de l'enfant ; complète, avec vidange et relâchement de l'enfant au sein avant de passer sur l'autre et fréquente, avec une tétée toutes les 4 heures au minimum. Ces 3 facteurs doivent être rassemblés pour que l'engorgement soit évité.

L'engorgement reste fréquent lors de la deuxième phase de lactation et des premières montées de lait dans les 5 à 6 jours suivants la naissance. Ceci correspond alors à la congestion physiologique intervenant dans les premiers jours d'allaitement. L'engorgement pathologique est redouté car douloureux et il peut provoquer des infections. Il est également délétère d'un point de vue esthétique car la variation de volume du sein de manière rapide produit des lésions tissulaires disgracieuses à long terme pouvant créer une ptose mammaire. Pour éviter ce désagrément la mère doit également bien choisir ses sous-vêtements qui doivent être confortables et adaptés à la taille de la poitrine pour éviter la compression des canaux acheminant le lait. En cas d'engorgement il faut procéder à l'expression manuelle sous une douche chaude pour faciliter le désengorgement. On a parfois recouru à des injections de posthypophyse afin de faire excréter les acini puis une demi-heure plus tard on procède à la vidange avec l'aide d'un tire-lait. Il est également possible d'appliquer des glaçons préalablement placés dans un tissu sur la poitrine, pour limiter la congestion et bénéficier de l'effet antalgique du froid, entre les tétées.

- Les crevasses

Elles sont provoquées dans la plupart des cas par le mauvais positionnement de l'enfant au sein. Elles se traduisent généralement par des brûlures ou des picotements durant l'allaitement. L'examen quotidien des seins est recommandé pour voir les premiers signes apparaître. Il faut veiller à ne pas trop faire durer les tétées et à bien sécher la peau grâce à un linge propre ou une compresse pour éviter la macération qui fragilise les tissus. Les seins doivent garder le film lipidique protecteur qu'ils possèdent c'est pourquoi un excès d'hygiène est plutôt favorable à la formation de crevasses.

Si gerçures et crevasses apparaissent malgré les mesures préventives, il faut supprimer les tétées du côté malade durant quelques heures et laisser le sein au repos pour une cicatrisation tout en surveillant la tension mammaire pour éviter l'engorgement. On peut également utiliser des pommades cicatrisantes et couvrantes telle que la lanoline obtenue à partir de la graisse de laine (Purelan[®], lansinoh[®]). Au début du 20^{ème} siècle, le remède aux crevasses était de nettoyer le sein à l'eau tiède puis de le couvrir avec une coquille de noix pour isoler le mamelon ou d'appliquer une onction d'huile d'amande douce puis une compresse boriquée à 2%.

[136]

Le lait maternel est utilisé pour réaliser de pansements en milieu humide pour prévenir la formation des croûtes lors de la cicatrisation des crevasses. La guérison est obtenue grâce à l'hydratation interne et l'humidification de surface de la plaie.

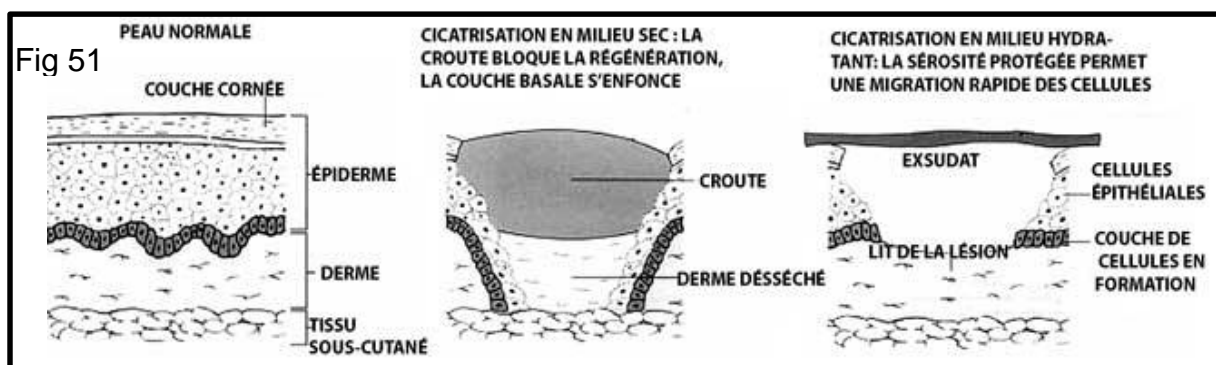


Fig 51 : Processus de cicatrisation des crevasses par application d'un pansement au lait maternel. «Pansement au lait maternel » [136]

[40]

Le lait est une émulsion formé en partie de gouttelettes lipidiques. Ces gouttelettes se forment dans la glande mammaire et sont entourées d'une membrane qui permet de former un globule. Cette membrane est dérivée de l'appareil de golgi et est constituée de nombreux composants lipidiques et protéiques tels que des glycoprotéines, des phospholipides, des triglycérides, du cholestérol et des enzymes. C'est la constitution de cette membrane qui favorise l'adhésivité du lait maternel de fin de tétée sur la crevasse et qui favorise sa cicatrisation. De plus le lait contient des facteurs de croissance épidermique (EGF : epidermal growth factor) permettant la multiplication cellulaire et des molécules de l'immunité évitant la surinfection. Les oligosaccharides et éléments glycoconjugués, glucides complexes, inhibent la fixation des agents potentiellement pathogènes. Le pansement à base de lait maternel permet d'utiliser ses propriétés anti-inflammatoires et immunitaires.

- La mastite

[85 ; 134]

La mastite est une inflammation du sein avec fièvre, rougeur et douleurs mammaires, associées à une fatigue important. La consultation d'un médecin est nécessaire car les mastites doivent être diagnostiquées et peuvent nécessiter l'instauration d'un traitement par antibiotiques ou antifongiques si elle est d'origine infectieuse auquel on peut ajouter des anti inflammatoires si nécessaire. La porte d'entrée du germe peut être cutanée, suite à une lésion du mamelon de type crevasses, ou interne suite à une infection lymphatique ou sanguine. Il existe des facteurs prédisposant tels que la fatigue, des antécédents de mastite, la stase laiteuse, l'état immunitaire diminué de la mère. Les germes incriminés sont les staphylocoques dorés (*S. aureus*), les streptocoques beta-hémolytiques ou fécaux ou les *Escherichia coli* germes saprophytes et plus rarement des germes pathogènes. Les mastites peuvent être consécutives à une infection nosocomiale. Elles sont favorisées par l'engorgement, et la stase laiteuse

dans les canaux galactophores. L'allaitement ne devra être suspendu que du côté malade à condition que le traitement mis en place soit compatible avec la poursuite. Le sein malade sera vidangé régulièrement jusqu'à la reprise de la tétée de ce côté.

Au début du 20ème siècle la thérapeutique consistait à établir un dérivatif grâce à des bains de siège, un régime végétarien strict, et des applications de compresses chaudes sur la poitrine. Ce protocole devait être mis en place très rapidement pour éviter les complications.

Les mastites inflammatoires sont dues à une inflammation en amont d'un site de blocage de l'écoulement du lait ou d'une stase. Le flux sanguin et la perméabilité des parois des vaisseaux sanguins sont augmentés. Les composants plasmatiques sont exsudés vers le lait ce qui explique l'augmentation de la concentration en sodium. Le taux de TNF alpha est augmenté ainsi que celui de TNFRII, de IL1 cytokine de l'inflammation et la libération par les polynucléaires de TNFRI est augmenté.

Lors des études réalisées on a constaté l'augmentation du rapport sodium/potassium dans le lait maternel lors de l'élévation du taux de facteurs immunologiques (Ig A, lactoferrine et IL-8). Certains de ces facteurs étant des facteurs pro-inflammatoires on peut penser que ces signes sont annonciateurs d'une inflammation locale du sein qui crée la fuite de sodium vers le lait. Les études menées ont également identifié la corrélation entre un taux de lactoferrine diminuée et la récurrence des mastites augmentée.

Un état de stress, une fatigue chronique ou un effort physique intense, sont associés à une baisse du taux salivaire d'IgA. Il est possible que le phénomène soit le même au niveau du sein et qu'il favorise les mastites chez la mère allaitante.

L'abcès est la forme compliquée de la mastite car on constate alors une prolifération bactérienne qui sera entourée d'un tissu de bourgeonnement. Ceci prendra l'aspect d'une boule rouge douloureuse et chaude. Le lait est mélangé au pus qui laisse un résidu jaune après séchage. Le diagnostic se fait par ponction. On traitera l'abcès à l'aide d'antibiotiques. Dans les cas extrêmes le recours à une incision de l'abcès est envisageable.

- Le vasospasme

[137]

Un vasospasme est une contraction artériolaire décrite par Maurice Raynaud en 1862. Ce problème touche 20 % des femmes en âge de procréer. C'est une cause de mamelons douloureux. Il est déclenché ou aggravé par le froid ; les symptômes sont présents en dehors du contexte de l'allaitement. Le mamelon change de couleur de manière bi ou tri phasique assez caractéristique (rougeur puis blanchiment). Il est nécessaire de protéger le mamelon du froid, les vasoconstricteurs tels que nicotine et le café doivent être évités et un traitement médical à base de phytothérapie, de calcium, de magnésium et de vitamine B6 peut être initié. La pratique d'un exercice physique peut également diminuer ce phénomène. La nifédipine est un antagoniste calcique à effet vasodilatateur, pouvant être utilisée dans les cas extrêmes pour un soulagement rapide. Le traitement dure deux semaines avec répartition des prises en 2 ou 3 cures.

- Le réflexe d'éjection fort

[155]

Le réflexe d'éjection de lait est sous l'influence d'un influx nerveux provenant de l'hypothalamus lors de la mise de l'enfant au sein. Lorsque celui-ci est très puissant, l'enfant ne tète pas assez vite pour le lait qui arrive à lui et peut mener à des fausses routes et à la toux de l'enfant. Lorsque ce problème n'est pas connu, l'enfant est jugé comme « glouton ». Il est nécessaire de faire des pauses durant l'allaitement car l'enfant a du mal à synchroniser sa succion-déglutition et peut à long terme refuser le sein. Une des stratégies possibles pour diminuer le débit du lait est de faire téter l'enfant sur un seul sein, ce qui va permettre au bout de quelques jours d'observer une diminution du débit de lait grâce au rétrocontrôle négatif régulant l'offre et la demande en lait.

xv) L'état de santé du nourrisson

- La pathologie congénitale

[86]

Une association négative entre les problèmes de santé du nourrisson, l'initiation et la durée de l'allaitement a été démontrée. Une pathologie congénitale ou la nécessité de soins à la naissance de l'enfant constitue un obstacle majeur pour l'allaitement. L'éloignement de la mère et de son enfant est parfois nécessaire. Ceci aura de multiples conséquences comme : le retardement de la première tétée et la programmation de la mise au sein. Ce choix n'est pas toujours favorable à l'enfant et entraîne une insatisfaction de la mère. La gestion de l'allaitement devient alors difficile car les heures de tétées ne correspondent pas forcément aux heures où l'enfant a faim. La culpabilité et l'anxiété de la mère vont venir aussi s'ajouter à ses facteurs et peuvent entraver le processus physiologique de lactation. Ces situations sont compliquées à gérer pour les mères qui ont besoin de beaucoup de soutien. Elles peuvent provoquer un certain découragement par excès d'usage de la technique et conduisent très souvent au sevrage précoce de l'enfant. Cependant un enfant faible ou malade reste le plus fragile et le lait maternel est la meilleure manière de le nourrir pour garantir sa survie et son bon développement.

- La sédation médicamenteuse

[125]

Les médicaments donnés à la mère pendant l'accouchement peuvent induire chez le bébé un état de léthargie ou de somnolence pendant les premiers jours, qui peuvent être confondues avec un refus du sein. Le refus du sein est en général soudain et l'enfant ne semble pas heureux de cela. S'il s'agit d'un enfant ne désirant pas téter, le comportement ne semble pas anormal, l'enfant est calme. Les gestes pratiqués sur

les enfants à la naissance, comme l'aspiration gastrique destinée à libérer l'enfant de ses mucosités, peuvent également perturber la mise au sein ensuite.

- Les malformations de la sphère ORL : fentes labiales, palatines...

[142]

Les fentes labiales touchent 1/500 enfant dans la population européenne. Le lait maternel est particulièrement indiqué chez ces enfants car sa constitution permet de limiter le nombre d'infections et de favoriser le lien mère-enfant. Comme nous l'avons vu l'allaitement au sein va permettre un meilleur développement oro-facial. Selon l'importance de la malformation l'enfant pourra téter plus ou moins facilement. L'efficacité de la succion sera déterminante pour le succès de l'allaitement. Parfois il est nécessaire d'aider l'enfant en tenant sa mâchoire inférieure pour que le sein soit bien saisi. Ce type de malformation demande beaucoup de patience de la part de la mère car les tétées peuvent être longues et laborieuses pour l'enfant qui se fatiguera plus vite. Des dispositifs tels que les cuillers ou cups peuvent être utilisés pour délivrer le lait tiré par la mère lorsque l'enfant est trop fatigué.

xvi) Le tabagisme

[5; 67]

Le tabagisme a un effet négatif sur l'initiation et la durée de l'allaitement maternel dans toutes les études récentes. Cet effet est constaté à l'initiation de l'allaitement et perdure sur la durée. De plus une relation dose-dépendante a été démontrée. Un tabagisme important semble diminuer la durée de l'allaitement alors que les mères ayant diminué ou stoppé leur consommation de cigarette ont un allaitement plus long. Le tabagisme interfère avec la physiologie de la lactation car la nicotine augmente la sécrétion de dopamine par l'hypothalamus et diminue le taux de prolactine. Les mères consommatrices de tabac produiront du lait en quantité moins importante.

xvii) Le manque de lait

Le manque de lait n'est pas une fatalité en soi. ; il résulte souvent d'un manque de stimulation de la lactation ou d'un mauvais état psychique de la mère. Certaines plantes sont utilisées lors des problèmes de lactation. Elles sont dites galactagogues. Parmi celles-ci, sont utilisées le galéga et le malt contenu dans la spécialité Galactogil[®], le fenugrec, le fenouil, le houblon, le cumin. Certains médicaments étaient utilisés hors AMM pour stimuler la lactation : le dompéridone Motilium[®] (qui n'est plus utilisé aujourd'hui en France), le métoclopramide Primpéran[®] (n'est plus utilisé). On peut également utiliser l'homéopathie (voir chapitre 2).

xviii) Les répercussions négatives possibles sur la santé de la mère

[113]

Une étude de juillet 2011 a fait état de possibles répercussions négatives de l'allaitement maternel sur la santé des mères. Les effets auraient été constatés chez des femmes ménopausées ayant pratiqué l'allaitement sur de longues durées et présentant une densité osseuse spinale faible par rapport à la valeur moyenne en population. Ceci reste encore à explorer mais semble constituer une piste de recherche permettant de déterminer les femmes à risque d'ostéoporose. Des études complémentaires doivent être également menées afin de juger de la corrélation entre l'incidence des fractures et les antécédents d'allaitement prolongés.

xix) Contre-indications à l'allaitement au sein

[53]

Les contre-indications à l'allaitement sont rares. Dans chaque cas le rapport bénéfices/risques doit être étudié et la solution la plus favorable au développement de l'enfant doit être choisie. Il existe quelques pathologies devant conduire à une substitution du lait maternel : les lésions à l'herpès simplex sur la poitrine, une infection par le VIH dans les pays en voie de développement et développés permettant l'usage de préparations pour nourrissons en toute sécurité, l'infection au cytomégalovirus si naissance avant terme ou poids inférieur à 1500 grammes (en raison de l'immaturité immunitaire on devra alors pasteuriser le lait), les cancers en cours de traitement par chimiothérapie, les galactosémies ou phénylcétonurie congénitale, la leucémie maternelle due au virus HTLV1 (Human T cell Leukemia / lymphoma Virus), la brucellose et la tuberculose au stade de maladie non traitées. L'hépatite C et l'hépatite B présente des risques lorsque la mère est au stade virémique de la maladie, ce qui doit être évalué avec la collaboration d'un professionnel de santé. La maladie de Chagas, parasitose provoquée par le *Trypanosoma cruzi*, contre-indique l'allaitement durant la phase aiguë de la maladie ou en cas de saignements de mamelons.

xx) Les alternatives en cas d'allaitement impossible.

Il existe divers dispositifs possibles pour donner le lait tiré mise à part le biberon : cup, cuiller, seringues, pipettes, gobelet. Cette pratique peut être due à des raisons de santé telles qu'une malformation anatomique ou physiologique, une grande prématurité, des problèmes neurologiques, une malformation faciale. L'utilisation de dispositifs peut aussi résulter d'un choix de la part de la mère en raison de son vécu personnel ou de son état de santé. La mère souhaite donner le meilleur à son enfant, elle aura donc généralement recours au tire-lait mais elle peut être confrontée à de grandes difficultés en raison du manque d'entretien de la lactation par la succion.

xxi) Les informations prénatales

[6]

D'après l'étude réalisée au CHU d'Angers en 2010 dans le cadre de l'enquête en pays de Loire de 2010, on a pu constater que le taux de participation aux cours de préparation à l'accouchement est de 66,6% pour les primipares et de 24,9% pour les multipares. Cette région présente des taux d'allaitement relativement faibles par rapport au niveau national. Les populations à atteindre restent les jeunes parents et les mères primipares enceintes n'ayant pas encore pris leur décision en ce qui concerne l'allaitement de leur enfant. La différence est significative en ce qui concerne les statistiques entre les femmes connaissant ou pas les bénéfices de l'allaitement. Selon l'étude lorsque la mère connaît 4 bénéfices de l'allaitement le taux est de près de 80% alors que lorsque les bienfaits sont méconnus le taux d'allaitement en maternité peut tomber à 10%. De plus l'encouragement dont fera l'objet la mère peut multiplier par 3 les chances qu'elle allaite si celui-ci vient d'un professionnel de santé lorsque le discours s'adresse à des jeunes femmes de bas niveau socio-économique et par 11 s'il s'agit de mères célibataires.

Lors d'une étude réalisée au centre hospitalier d'Angers en 2010, plus d'un quart des femmes n'avait reçu aucune information prénatale sur l'allaitement maternel. Le taux d'initiation à l'allaitement était de 61,2%.

Seule 15,4% avait eu connaissance des informations concernant l'alimentation du nouveau-né et seuls 4,8% des femmes avaient assisté à une préparation à l'allaitement en présence d'un membre de leur entourage.

Les régions ayant le plus faible taux d'allaitement maternel sont : les Pays de Loire, l'Auvergne, le Nord-Pas-De-Calais, et la Picardie. La littérature tend à montrer que l'information prénatale est prédictive du taux d'allaitement maternel et de sa durée, surtout chez les femmes à faible revenu.

Parmi les femmes informées :

77,8% des femmes connaissaient les bénéfices apportés par l'allaitement pour leur enfant, alors que 51,5% connaissaient les bénéfices pour la mère qui allaite.

Un document concernant l'allaitement maternel avait été remis à 45% de ces femmes durant leur grossesse. Dans 74,8% des cas des séances de préparation à la naissance avaient été proposées par leur obstétricien ou leur sage-femme et 51,2% y avaient assisté (le plus souvent des primipares). Des rencontres avec des mères allaitantes avaient eu lieu dans 33% des cas. Les pères avaient assisté à une consultation de suivi de grossesse dans 37,1% des cas.

xxii) Exemple du réseau de santé en périnatalité des pays de la Loire.

En 2003 une enquête avait été réalisée afin de déterminer les besoins des familles au sein par une association de soutien de mère à mère, Ecoute-Lait, et publiée dans Al-lait'info n°2), l'enquête s'est déroulée sur une période d'un mois comprise entre le 15 mai 2003 et le 14 juillet 2003. Cette enquête s'est déroulée dans 8 maternités durant l'été 2003. Elle était composée de 800 mères au total dont 58% (465) ont allaité leur enfant. Lors de cette étude on a pu constater que les facteurs influençant le choix d'allaiter se retrouvaient à chaque fois.

L'initiation de l'allaitement est favorisée par le niveau d'étude de la mère : 48% des mères ayant un niveau primaire ou collège allaitent leur enfant alors que 72% des mères ayant fait des études supérieures le font. L'enquête n'a pas permis d'établir de lien entre le rang dans la fratrie ou le mode d'accouchement et le fait d'allaiter. La durée de gestation ou encore le tabagisme n'ont pas non plus rendu de résultats probants.

Lors de l'interrogatoire, quatre arguments majeurs étaient avancés par les mères en faveur de l'allaitement : le côté pratique et facile, la relation privilégiée que cela donnait avec l'enfant, l'aspect naturel de la pratique et les bénéfices pour la santé.

La durée de l'allaitement est influencée par sa nature. Un allaitement mixte à la sortie de la maternité va donner un arrêt de l'allaitement dans les 3 mois dans 84% des cas contre 46% des cas lorsque l'allaitement est exclusif. On retrouve une corrélation entre l'usage de compléments pour nourrissons et une durée moindre de l'allaitement par la mère.

On a pu constater que la séparation physique était également un élément important : le passage en pouponnière réduit considérablement la durée de l'allaitement.

L'âge de la mère semble avoir une réelle influence pour les mères d'âge inférieur à 25 ans qui sont 40% à allaiter moins de 4 semaines.

A la naissance de leur enfant 80% des mères déclaraient vouloir allaiter au moins 3 mois et 32% au moins 6 mois. Cependant seulement 60% iront au-delà de deux mois. Un écart important existe entre la durée réelle d'allaitement et la durée souhaitée.

En général on a pu constater que plus une mère allaitait longtemps son enfant, plus elle était satisfaite de son allaitement. 46% entre 0 et 4 semaines, 73% entre 5 semaines et 3 mois, 94 % entre 4 et 5 mois, 91% pour celles ayant allaité plus de 6 mois. Les raisons du sevrage précoce de l'enfant ont été dans les premiers jours des difficultés ou le manque de lait. Après 4 mois la reprise du travail devient la raison majeure. Après 6 mois on constate que la décision d'arrêter l'allaitement est plus personnelle.

3) Les préparations de lait industrielles et la réglementation en vigueur

a) Introduction

La réglementation et les définitions actuelles encadrant les préparations pour nourrissons en France sont rédigées dans l'arrêté du 11 avril 2008 relatif aux préparations pour nourrissons et aux préparations de suite et modifiant l'arrêté du 20 septembre 2000 relatif aux aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales et dans la directive 2006/141/CE de la commission européenne. La version initiale de l'arrêté a été consolidée au 08 mai 2010. Ce texte fixe l'ensemble des dispositions relatives à la nature, à la composition, à l'étiquetage, à la présentation et à la publicité applicable aux préparations pour nourrissons et aux préparations de suite destinées aux nour-

rissons en bonne santé. L'ensemble des dispositions prises au niveau national prennent en compte le code de commercialisation des substituts de lait maternel et l'ensemble des différentes directives européennes ayant permis l'évolution de la loi encadrant les préparations pour nourrissons. Ces textes résultent d'un long cheminement législatif commencé dès le début des années 90 et sont destinés à la protection de l'allaitement maternel pour faire face aux pressions commerciales.

b) Décret n°98-688 du 30 juillet 1998

[140]

Ce décret est le tout premier décret de la loi française réglementant la publicité et la distribution des préparations pour nourrissons. Il fait suite à la directive 91/321/CE du 14 mai 1991 de la commission des communautés européennes rédigée sur les bases du code de commercialisation des substituts de laits maternels. Ce texte fut rédigé dans le respect du code de la consommation et du code pénal se référant à ce type d'aliment.

Ce premier texte a permis de poser les bases de la réglementation de la distribution des laits artificiels des maternités et de réglementer la publicité faite au grand public. Seulement les effets constatés concrets sont peu nombreux et ce ne sera que bien des années après que de réelles actions seront mises en place pour défendre l'allaitement maternel.

c) Directive 2006/141/CE de la Commission Européenne relative aux préparations pour nourrissons et les préparations de suite

[141]

Cette directive du 22 décembre 2006 a été publiée au journal officiel de l'union européenne L 401/1 le 30 décembre.2006. Cette directive vient modifier la directive 1999/21/CE. Les trois articles majeurs concernant la défense de l'allaitement maternel au sein de cette directive sont les articles 13, 14 et 15. Elle permet aux états membre de l'union de mettre en application les principes et les objectifs du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel en matière de commercialisation, d'information et de responsabilités des autorités sanitaires.

L'article 13 concerne l'étiquetage.(Cf arrêté du 11 avril 2008).

L'article 14 fait référence aux conditions de publicité et de distribution des préparations en apportant quelques précisions par rapport à l'arrêté :

La publicité pour préparations pour nourrissons est limitée aux publications spécialisées en puériculture et aux publications scientifiques. Les états membres sont libres de restreindre davantage cette limite.

Sont interdits lors du commerce au détail, la publicité concernant la préparation pour nourrisson sur les points de vente, la distribution d'échantillons, les pratiques promotionnelles telles que les présentations spéciales, bons de réductions, primes et les ventes spéciales, à perte ou couplées.

Les fabricants et distributeurs de préparations pour nourrissons ne pourront pas passer par les services de santé ou de leurs agents afin de réaliser la distribution aux femmes enceintes et au public la distribution d'échantillons gratuits ou cadeaux promotionnels.

L'article 15 est orienté vers l'information délivrée aux familles et la responsabilité des états membres dans ce domaine.

Les États membres doivent assurer un niveau d'information objectif et cohérent concernant l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants pour les familles et les personnes s'occupant des problèmes nutritionnels des nourrissons et des jeunes enfants. Cela doit concerner la planification, la fourniture, la conception et la diffusion de l'information mais aussi son contrôle.

Les États membres doivent s'assurer de la clarté des renseignements disponibles à but d'information et d'éducation sur les différents supports de documentation, audiovisuels et écrits, établis à l'intention des femmes enceintes et des mères de nourrissons et de jeunes enfants, et portant sur l'alimentation de ceux-ci. Les états doivent veiller à ce que les messages concernant les avantages et la supériorité de l'allaitement au sein; la nutrition de la mère et la façon de se préparer à l'allaitement au sein et de le poursuivre; l'éventuel effet négatif sur l'allaitement au sein d'une alimentation partielle au biberon ; la difficulté de revenir sur la décision de ne pas nourrir son enfant au sein; et en cas de besoin, l'utilisation correcte des préparations pour nourrissons soient accessibles et compris de tous.

La documentation portant sur les préparations pour nourrissons doit faire état des dépenses financières et de l'incidence sociale de leur usage.

Les États membres doivent veiller à ce que les distributions de préparations, ne soient réalisées qu'en faveur des nourrissons qui doivent être alimentés au moyen de préparations pour nourrissons et exclusivement pour la période prescrite.

d) Arrêté du 11 avril 2008

[130]

L'article 2 de l'arrêté du 11 avril 2008 définit les termes suivant : nourrisson, enfants en bas âge, préparations pour nourrissons et préparations de suite.

Le **nourrisson** est désigné comme un enfant âgé de moins de douze mois, l'**enfant en bas âge** est âgé de 1 à 3 ans.

Les **préparations pour nourrissons** sont : « les denrées alimentaires destinées à l'alimentation particulière des nourrissons pendant les premiers mois de leur vie et répondant à elles seules aux besoins nutritionnels de ces nourrissons jusqu'à l'introduction d'une alimentation complémentaire appropriée » et les **préparations de suite** sont « les denrées alimentaires destinées à l'alimentation particulière des nourrissons lorsqu'une alimentation complémentaire appropriée est introduite et constituant le principal élément liquide d'une alimentation progressivement diversifiée de ces nourrissons »

Article 13

L'article 13 fait référence aux conditions d'étiquetage pour décrire la destination de ces produits.

Les préparations pour nourrissons doivent mentionner que le produit est à usage particulier des nourrissons dès leur naissance à condition qu'ils ne soient pas allaités.

Les préparations de suite doivent mentionner que le produit est à usage particulier des nourrissons ayant atteint l'âge d'au moins six mois et doit rentrer dans le cadre d'une alimentation diversifiée. De plus l'étiquetage doit mentionner que l'usage avant l'âge de six mois n'est pas indiqué et que l'introduction de tout complément quel que soit l'âge doit être réalisée sur les conseils d'une personne indépendantes et qualifiées

sachant déterminer les besoins de chaque nourrisson en fonction de sa croissance et de son développement.

Article 15

L'article 15 fait également référence à l'étiquetage des produits en ce qui concerne leur usage et leur préparation.

L'étiquetage des deux types de préparation doit comporter les instructions permettant d'effectuer leur préparation, leur conservation et leur élimination de manière appropriée. Le risque entraîné par un mésusage, ou une mauvaise conservation, pour la santé de l'enfant doit être mentionné.

Une mention obligatoire supplémentaire est à apposer sur l'étiquetage des préparations pour nourrissons. Celle-ci doit être précédée des termes comporte « Avis important » ou d'une formulation équivalente. La supériorité de l'allaitement au sein doit être impérativement indiquée ainsi que la nécessité de demander un avis compétent pour l'usage d'une préparation pour nourrissons.

L'étiquetage doit être clair et doit fournir les renseignements nécessaires à l'utilisation appropriée du produit. Il ne doit en aucun cas comporter des propos visant à décourager l'allaitement au sein.

Article 16

L'article 16 concerne les termes ou mention ne pouvant figurer sur l'étiquetage des produits destinés aux nourrissons ou aux enfants en bas âge.

Les termes « humanisé », « maternisé », « adapté » ou tout autre terme similaire ne peuvent être employés. Leur usage est interdit car ils peuvent créer la confusion.

Le conditionnement ne pourra pas être illustré par des représentations de nourrissons ou par des textes de nature idéalisant le produit et son usage. Les représentations graphiques permettant l'identification et la bonne préparation du produit sont cependant autorisées.

Aucune allégation nutritionnelle ou de santé ne peut être mentionnée en dehors des cas énumérés à l'annexe IV de l'arrêté et conformément aux conditions qui y sont fixées.

Article 17

Les deux types de préparation doivent posséder un étiquetage permettant aux consommateurs de faire la distinction claire entre ces types de produits. Les propriétés et constitutions de ces deux types de préparation sont différentes car adaptées à des âges différents. Il est donc nécessaire d'écarter tout risque de confusion.

Article 18

L'article 18 indique l'extension des mesures de prescriptions, prohibitions et restrictions prévues aux paragraphes 2 et 3 de l'article 15 et aux articles 16 et 17

- a) A la présentation des produits concernés, c'est-à-dire au conditionnement et notamment à la forme et à l'aspect donnés à celui-ci, à l'emballage, aux matériaux d'emballage utilisés, à la manière dont ils sont présentés et à leur environnement immédiat d'exposition ;

b) A la publicité.

Article 19

L'article 19 concerne les publicités des préparations pour nourrissons et les informations qu'elles contiennent. Cet article s'applique sans préjudice des dispositions de l'article L. 121-51 du code de la consommation. Les publicitaires ne peuvent faire mention que d'informations scientifique ou factuelle concernant ce mode d'alimentation. En aucun cas celles-ci ne peuvent sous-entendre que l'utilisation de substituts et de biberons est égale voire supérieure à l'allaitement maternel au sein.

Article 21

L'article 21 interdit la détention en vue de la vente ou de la distribution à titre gratuit, la mise en vente, la vente ou la distribution gratuite des préparations ne répondant pas aux dispositions de l'arrêté.

e) Réglementation de l'industrie du lait au niveau mondial

Le 21 mai 1981, l'Assemblée mondiale de la santé, adopta à l'unanimité le Code international de la commercialisation des substituts du lait maternel. Les pays ne sont pas tenus d'appliquer ce code international. Cependant, il a pour but de suggérer aux gouvernements d'agir pour mettre en œuvre ses principes et ses objectifs. L'utilisation des échantillons se fait encore dans de nombreux pays, mais moins qu'avant. L'allaitement maternel est maintenant soutenu par de nombreux ministères de la santé, plus que par le passé. Néanmoins, on oublie souvent que ce code était un accord de compromis ne répondant qu'en partie aux problèmes rencontrés ce qui lui laisse encore des points faibles.

Bien que la publicité dirigée, destinée au public ait cessé en France, les industriels continuent de faire la promotion auprès des professionnels de santé; et les firmes font maintenant de plus en plus de publicité auprès du public en faveur de leurs aliments de sevrage destinés aux très jeunes bébés. Nombreuses sont encore les firmes qui offrent des laits de substitution aux hôpitaux dans de nombreux pays, et les hôpitaux remettent gracieusement ce lait ainsi que de la documentation aux nouvelles mamans quand elles quittent l'hôpital. Cela donne à la mère le sentiment d'un aval médical au lait de substitution.

De plus les industriels, afin de détourner le code ont utilisé l'appellation « complément de lait maternel ». Ce terme ne figurait pas dans le code international de commercialisation et la promotion était donc possible. Avec l'allongement à six mois du temps recommandé par l'OMS pour l'allaitement exclusif, l'industrie des substituts de lait maternel a subi des pertes. De plus, les préparations de suite ont été reconnues comme étant des substituts de lait maternel et la promotion et de ce fait est devenue interdite.

De nombreuses réglementations sont venues compléter le cahier des charges des industriels fabricants les préparations pour nourrissons. Les autorités estiment que chaque fabricant a un rôle à jouer au sein de la stratégie pour l'alimentation du nour-

risson et du jeune enfant (ANJE). Chacun doit s'assurer que les processus de production des aliments destinés à l'alimentation des nourrissons et des enfants respectent les standards du codex Alimentarius et le code des pratiques d'hygiène concernant l'alimentation nouveau-nés et des enfants. Les pratiques marketing sont désormais très encadrées et doivent respecter les textes en vigueur au niveau national.

f) Historique de l'usage des préparations pour nourrissons

[40 ; 144]

Les nourrices ont été une solution lorsque l'allaitement n'était pas souhaité par les mères durant les derniers siècles. Certaines mères avaient recourt à ce qui était disponible et notamment aux laits d'origine animale pour nourrir leur enfant. Cependant cet usage était parfois très indigeste ou dangereux en raison du manque de traitement de ce lait qui était bien souvent donné cru aux nourrissons alors vulnérables sur le plan immunitaire. Pour remédier à ces problèmes, les scientifiques de l'époque du 19^{ème} siècle ont cherché des moyens de rendre plus sûr l'usage de lait d'origine animale ou le moyen de substituer complètement l'usage du lait de la mère grâce à un lait de synthèse approprié et bien toléré par l'enfant lorsque l'allaitement est impossible.

Le premier lait infantile aurait été élaboré par Justus Von Liebig, en 1865, à partir de farine de blé, de malt, de bicarbonate de potasse, mélangés à de l'eau et du lait écrémé.

De nombreuses personnes se sont démarquées dans cette quête, chacune essayant d'apporter de nouvelles améliorations au mélange :

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, Franz Von Soxhlet, à la fin du 19^{ème} siècle, a participé au développement des techniques de stérilisation selon les principes de pasteur. Il fut l'un des premiers à fabriquer un lait préparé à l'avance et pouvant être conservé plusieurs jours. Il utilise pour cela des récipients en verre fermés grâce à des systèmes de fermeture rendant le récipient hermétique. Le lait de vache était dilué avec de l'eau et on y ajoutait du sucre. Les récipients étaient alors plongés dans de l'eau froide portée à ébullition durant 50 minutes. Une fois entamé, le lait était considéré comme impur et ne pouvait être conservé selon Soxhlet. Les flacons pleins, après stérilisation pouvaient être conservés pendant 1 ou 2 jours dans un endroit frais.

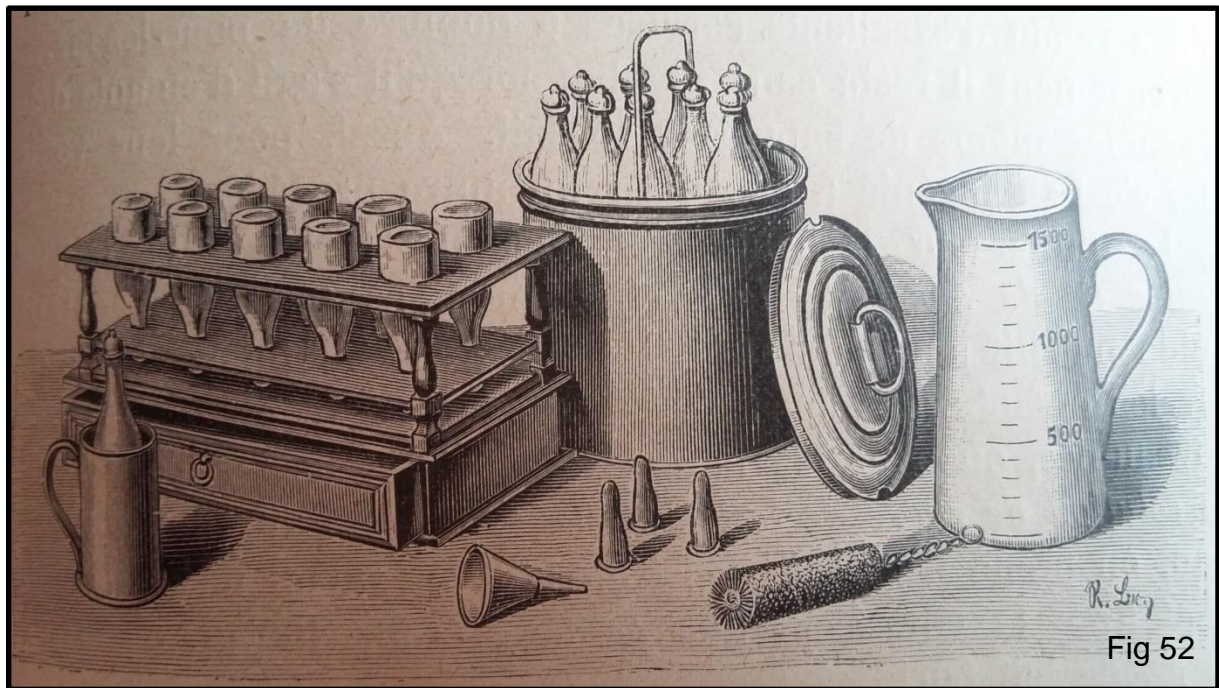


Fig 52 : Appareil de Soxhlet de stérilisation du lait. *La femme médecin du foyer* [40]

Le professeur Heubner combina lui un mélange de lait de vache, d'eau bouillie et de sucre de lait chimiquement pur. Le liquide nutritif était alors considéré comme analogue au lait maternel. L'eau devait renfermer une solution de sucre à 6% à mélanger au lait de vache à parties égales. Le lait de vache est ainsi dilué et enrichi en sucre.

Le professeur Gertner a ensuite amélioré la formule en réussissant à conserver la proportion de graisses par l'usage d'une centrifugeuse qui « écarte » les lipides. On pouvait ainsi obtenir un liquide plus ou moins riche en lipides. On mélangeait alors ce liquide à de l'eau et des sucres de lait. On procédait ensuite à la stérilisation.

Malgré les améliorations apportées à ce type de « lait de substitution » la tolérance digestive des nourrissons n'était pas toujours idéale. C'est pourquoi on utilisait parfois à l'époque du lait végétal tel que le lait d'amande ou autre que l'on additionnait à du lait de vache pour atténuer sa teneur en sucre et en graisse. Le mélange était le suivant : 125g de lait de vache, 375 g d'eau et 50 g de lait végétal. Les laits végétaux sont notamment riches en calcium et étaient réputés comme parfaitement indiqués pour équilibrer le lait de vache afin de se rapprocher de la constitution du lait maternel.

Quant aux farines, la première aurait été élaborée dès 1866 par Henri Nestlé qui la commercialise en 1867. Ce premier succès fut à l'origine de l'essor de la marque par la suite. Les farines étaient lors recommandées pour les enfants de plus de six mois en raison de leur consistance difficile à digérer à cause du manque d'enzymes salivaires durant les premiers mois de vie.

A la fin des années 1800 et début 1900, un grand nombre de marques de lait furent déposées par des médecins comme par exemple celle du docteur Pierre Laurent. Il déposa la marque du « séro-lait » en 1898 qui avait pour slogan « le seul lait stérilisé identique à celui des femmes ».

Dans les décennies suivant jusqu'à nos jours les recherches seront multiples pour parvenir à fournir aux mères et à leurs enfants un lait industriel pratique à utiliser et se rapprochant le plus possible du lait maternel par ses propriétés qualitatives. Ces recherches ont mis en jeu des procédés différents, des traitements du lait par acidification, concentration ou encore desséchement. En 1912 la production d'un lait « scientifique pasteurisé » fut alors revendiquée par le docteur Percheron.

Les laits en poudre n'ont été accessibles qu'à partir de la fin de la seconde guerre mondiale. De plus en plus d'enfants sont allaités au biberon en raison des conditions de vie, de travail et d'habitat et de la production croissante de biberons et de lait stérilisé ou en poudre bon marché. Ce mode d'alimentation est un reflet de la mobilité croissante des femmes sur le marché du travail et se répand dans toutes les couches de la société.

[128]

Les marques telles que Nestlé ou Glaxo, se développant, signent des accords financiers avec les praticiens de santé qui commencent progressivement à orienter les mères vers ce lait plus « scientifique ». L'argument de vente est la rigueur et la précision de la formule « adaptée » à l'enfant. De plus l'allaitement grâce aux biberons est présenté comme plus hygiénique et moins archaïque. Les publicitaires des années 1950/60 n'hésitent pas à affirmer que les préparations possèdent les mêmes qualités que le lait maternel. Le lait maternel et la tétée deviennent marginaux et les femmes souhaitant allaiter le font en cachette.

Il existait un phénomène que l'on appelait les « tours de lait » avant le décret n°98-688 du 30 juillet 1998, année où ils ont été interdits. Les plus grandes marques fabricantes de préparations pour nourrissons et laits de suite se partageaient la fourniture d'échantillons de lait premier âge et de biberons gratuits aux maternités de France. Une maternité n'était pas toujours fournie par la même marque, elles se relayaient à tour de rôle pour que chacune puisse tirer profit de ce phénomène. Suite à cela les maternités n'ont plus eu l'autorisation de procéder à la distribution d'échantillon car cela va à l'encontre de la politique de santé défendant l'allaitement maternel.

g) La publicité en pratique et application de la loi

[80 ; 94]

En 2001, une étude a été réalisée par l'association d'information pour l'allaitement. L'étude portait sur les revues du soin de l'enfant destinées aux parents. Les titres choisis étaient : *Famili*, *Enfants Magazine* et *Parents*. La publicité représentait alors entre 30% et 45% des pages des magazines (soit en moyenne 50 pages de publicités par revues). La publicité faisant référence à l'industrie de l'alimentation infantile représentait 22% des pages publicitaires et 8% des pages du magazine en moyenne. Dans chaque numéro, on dénombrait au moins deux pages de publicités concernant les laits de suite destinés aux enfants de 5 mois à 1 an, deux pages concernant les laits de croissance destinés aux enfants de 1 à 3 ans et deux pages faisant la promotion de dispositifs tels que les biberons. Un quart des publicités concernait un produit commercialisé par une entreprise de l'industrie alimentaire infantile. De nombreuses marques sont présentes sur le marché seulement on peut constater que Danone produisait 45% des pages, Nestlé fournissait 27% du contenu, confirmant ainsi leur place de leader dans ce secteur commercial. L'association a réalisé l'analyse de 66 textes.

Parmi ces 66, 26 parlaient de l'alimentation de substitution et 9 de l'allaitement maternel. Cette proportion n'était pas favorable à l'allaitement. Il a été constaté que dans 3 cas sur 4 l'information était insuffisante et en défaveur de l'allaitement au sein. De plus certaines publicités pour lait « deuxième âge » contiennent des allégations vantant les pseudo-bénéfices pour la santé, et ne font aucune référence au lait maternel. Le décret du 30 juillet 1998 semblait donc encore peu appliqué en 2001 et les stratégies des publicitaires pour détourner la loi étaient toujours de plus en plus élaborées grâce à l'usage de termes autres que ceux stipulés dans les textes. Face à ces nombreuses failles de la réglementation française la directive européenne de 2006 et l'arrêté de 2008 ont permis de poser des bases plus saines pour le respect et la défense de l'allaitement maternel en France.

Par la suite, les fabricants ont fait appel à la technologie pour faire évoluer les pratiques et attirer de nouveaux clients potentiels. Cela a conduit au développement de nouvelles machines et accessoires. Les grands groupes tels que Nestlé cherchent aujourd'hui à faire évoluer l'allaitement par préparations pour nourrissons par l'élaboration de machines automatiques rappelant les machines à café modernes. Ces produits disponibles sur internet sont soumis aux mêmes conditions que les préparations pour nourrissons. Lors de la consultation de la page internet, Nestlé indique dans un message destiné au consommateur la supériorité de l'allaitement maternel.

On constate aujourd'hui une plus grande rigueur dans le respect des textes car la mise en garde est précédé de la mention : « AVIS IMPORTANT ». Cette mise en garde indique que « Le lait maternel est l'aliment idéal du nourrisson car il convient le mieux à ses besoins spécifiques. Une bonne alimentation de la mère est importante pour la préparation et la poursuite de l'allaitement au sein. L'allaitement mixte peut gêner l'allaitement maternel et il est difficile de revenir sur le choix de ne pas allaiter. En cas d'utilisation d'un lait infantile, lorsque la mère ne peut ou ne souhaite pas allaiter, il importe de respecter scrupuleusement les indications de préparation et d'utilisation, et de suivre l'avis du corps médical. Une utilisation incorrecte pourrait présenter un risque pour la santé de l'enfant. Les implications socio-économiques doivent également être prises en considération dans le choix de la méthode d'allaitement. ». De plus pour s'assurer de la compréhension de chacun il est nécessaire de cocher la case « J'ai pris connaissance de l'Avis important » pour continuer sur le site internet de la marque. La marque rajoute « En continuant la visite du site, j'accepte que les informations fournies le soient à ma seule demande. ». Aujourd'hui les marques prennent en compte la loi et ont même tendance à prendre d'extrêmes précautions pour éviter les poursuites judiciaires.

Ces machines sont censées assurer l'hygiène et la préparation du biberon de manière optimale sans grumeaux et à la bonne température. Les arguments avancés sont la simplicité et la rapidité de la préparation : deux arguments majeurs pour les parents dans la société moderne. La préparation poudreuse est conservée dans une capsule hermétique, l'eau est filtrée par membrane et la température est adaptée pour éviter toute brûlure chez l'enfant. Cette machine est un objet connecté et permet de contrôler l'alimentation par le suivi d'un journal de bord. Ces fonctionnalités sont accessibles sur ordinateur smartphone ou tablette. La machine Nestlé® a été la première sur le marché et aujourd'hui d'autres marque telles que BEABA® (« bib'expresso »), Tommee Tippee® (« perfect prep »), Baby Brezza® (« formula pro »), pour des prix allant de 100 à 200 euros selon le modèle. La quantité d'eau minérale est adaptée aux besoins de l'enfant et est automatiquement calculée en fonction de la capsule. Le système fait appel aux technologies modernes avec lecture de codes-barres et ajustement automatique du volume d'eau nécessaire.



Fig 53

Fig 53 : Machine Babynes. Nestlé®. www.babynes.com



Fig 54

Fig 54 : Machine bib'expresso. BEABA®. http://www.beaba.com/catalogue/fr/les-chauffe-biberon/43-bib-expresso.html?search_query=expresso&results=2

La vente de cette machine est respectueuse de la réglementation cependant on peut se demander quelles sont les intentions des fabricants car dans le monde actuel les gens sont de plus en plus friands de gadgets technologiques. On peut se demander si la production de machines ne conduirait pas certaines personnes à passer directement aux préparations pour nourrissons avant même de considérer l'allaitement maternel au sein dans tous ses aspects.

[156]

h) Composition des préparations pour nourrissons et effet sur la santé

[109 ; 130]

i) Protéique

[66]

La source protéique des préparations pour nourrissons est d'origine animale (protéines de lait de vaches) ou d'origine végétale (protéines de soja). L'utilisation des protéines de soja est aujourd'hui discutée en raison de son intérêt nutritionnel limité et de ses potentielles propriétés phyto-oestrogéniques ayant une répercussion possible sur la maturation sexuelle des enfants de sexe masculin.

Il existe des préparations dont les protéines ont subi une phase d'hydrolyse plus ou moins poussée, pour les enfants allergiques aux protéines de lait de vache. Les préparations dites HA ont subi une hydrolyse moins importante que certaines préparations telles que Peptijunior® où les protéines se retrouvent au final, dans un état très dégradé, sous forme de petits peptides et d'acides aminés. Les préparations HA ont montré une éventuelle efficacité lors de l'usage durant les premiers mois de vie afin

d'éviter le développement d'allergie telle que l'atopie chez les enfants nés dans une famille allergique.

Lorsque la composition protéique est inadaptée l'organisme de l'enfant est en sur régime.

L'intérêt de l'étude de la composition protéique est de mettre sur le marché des préparations ayant une nature et une source protéique permettant d'obtenir une réduction de la charge osmotique rénale et un aminogramme proche de celui observé lors d'un allaitement maternel.

Le lien entre les préparations pour nourrissons et le diabète de type 1 est l'une des nombreuses conclusions de recherches menées dans le cadre du TRIGR (*Trial to Reduce IDDM in the Genetically at Risk*). Cet essai est réalisé en double aveugle au niveau international. Il a pour but de déterminer si oui ou non les formules hydrolysées permettraient d'éviter dans certains cas le développement du diabète de type 1. Il a été démontré que l'allaitement peut jouer un rôle dans le retardement ou la prévention du développement du diabète, tant chez les bébés que chez les mères. Plusieurs études ont lié le diabète de type 1 à l'utilisation précoce de préparations pour nourrissons contenant des protéines de lait de vache. Les chercheurs pensent avoir identifié une protéine présente dans le lait de vache capable d'altérer le système immunitaire chez les bébés, entraînant un risque accru de diabète de type 1 par réaction du système immunitaire contre les cellules pancréatiques. Les mères participant à l'étude sont encouragées à allaiter leur bébé. Si elles doivent combiner l'allaitement à une préparation pour nourrisson, elles reçoivent soit une préparation standard, soit une préparation HA. Les chercheurs suivent les enfants pour déterminer si l'usage des préparations conduit au développement d'anticorps liés au diabète de type 1.

Les études réalisées depuis 2011 sont en faveur de l'utilisation des formules ayant subi une hydrolyse protéique dans la prévention du diabète.

ii) Lipidique

[107]

Certaines préparations pour nourrissons sont actuellement enrichies en acides gras polyinsaturés à longue chaîne (AGPI-LC), acides docosahexaénoïque (DHA) et arachidonique (AA), qui favorisent le développement cérébral et sensoriel. Toutefois des travaux expérimentaux récents suggèrent que les acides gras oméga-6, en excès dans les laits commerciaux par rapport au lait maternel plutôt riche en oméga-3, pourraient favoriser l'excès de cellules adipeuses et donc une potentielle obésité à long terme.

iii) Autres constituants

Les autres variantes de composition autorisées par la réglementation (teneurs énergétiques, différences quantitatives et qualitatives des apports en hydrates de carbone, en éléments minéraux, oligoéléments et vitamines) n'ont pas à ce jour d'intérêt nutritionnel prouvé.

Au final, les formules à charge protéique faible (de l'ordre de 1,8 g/100 kcal) et peut-être celles enrichies en AGPI-LC devraient être privilégiées.

Les préparations de suite aujourd'hui commercialisées en France offrent toutes les garanties sur le plan de la sécurité d'emploi, sous réserve du respect des recommandations concernant la préparation et la conservation des biberons.

(Recommandation d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons, juillet 2005. Rapport de l'ANSES disponible sur le site de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail).

La qualité du choix de matières premières, l'importance des contrôles continus qui va souvent bien au-delà de la réglementation, le suivi permanent assuré par les sociétés, assurent la garantie d'un haut niveau de sécurité.

Quant à l'appellation « bio », elle n'implique qu'une obligation de moyens et non de résultats. Elle est parfois utilisée pour suggérer que ces préparations pourraient avoir une qualité supérieure aux autres préparations « non bio », ce qui n'est pas toujours démontré.

iv) Utilisations thérapeutiques

Deux catégories de préparations peuvent faire état, mais sur la base de l'expérience clinique, d'un effet bénéfique.

Les formules pour nourrissons enrichies en épaississant tels que la farine de caroube, amidons de maïs ou de riz, appelées formules AR, ont leur place si l'enfant souffre de régurgitations importante. Ces laits doivent améliorer la digestion en facilitant la vidange gastrique en raison de leur consistance.

Les préparations pour nourrissons de type « transit » (accélération du transit intestinal obtenu par une teneur élevée en lactose, un rapport caséines/protéines du lactosérum faible, une acidification du contenu intestinal par un processus biologique). Elles peuvent être prescrites chez un enfant de moins de six mois qui a une tendance à la constipation.

L'intérêt des préparations de suite de composition comparable, présentées avec les mêmes effets allégués, est beaucoup plus discutable dans ces deux indications.

On doit également souligner l'intérêt des formules HA « hypoallergénique » contenant des protéines hydrolysées dans la prévention de l'allergie.

[115]

L'étude allemande, GINI (German infant nutritional intervention), est une étude officielle prospective, randomisée, en double aveugle, qui a inclus de 1995 à 1998, 2252 nouveau-nés à risque allergique, ayant des antécédents familiaux. Ces enfants ont été suivis pendant trois ans. A la naissance, on a attribué de manière aléatoire pendant une période de 16 semaines une des 4 formules suivantes : une préparation pour nourrisson (Nutrilon Premium[®]), une formule à hydrolyse partielle (Beba HA[®], équivalent à Nidal HA[®]), deux formules d'hydrolysats poussés de caséine (Nutramigen[®]) ou de lactosérum (Nutrilon Pepti[®]). Ces préparations ont été utilisées comme complément de l'allaitement maternel ou l'ont complètement remplacé.

On a réalisé ensuite lorsque l'enfant avait atteint l'âge de trois ans, une évaluation par des allergologues des manifestations allergiques telles que la dermatite atopique, l'asthme, l'urticaire et l'allergie alimentaire.

A l'issue du protocole, 543 nourrissons alimentés exclusivement au sein furent comparés aux 904 enfants recevant un hydrolysé. Le principal résultat de cette étude est la confirmation de la diminution du risque de dermatite atopique par une intervention nutritionnelle. Les chiffres de l'asthme quel que soit le mode d'alimentation ne semblent pas varier. L'usage de l'hydrolysé poussé de caséine diminue le risque de dermatite atopique, ainsi que la formule à hydrolyse partielle.

En France, seuls trois laits HA ont fait la preuve de leur efficacité : Nidal HA[®], Guigoz HA[®] et Enfamil HA[®]. Pour autant, leurs formulations ne sont pas identiques et les substituer entre eux n'est pas recommandé.

v) Raisons médicales acceptables pour donner des compléments alimentaires aux nourrissons allaités

[158 ; 163]

Quel que soit la difficulté rencontrée le lait maternel reste la meilleure des alimentations.

Dans certaines situations, le recours à une préparation pour nourrisson, pour apporter un complément nutritif à l'enfant, peut être nécessaire. Lorsque l'enfant est en assez bonne santé, il restera dans la mesure du possible avec sa mère qui l'allaitera.

L'usage exclusif de préparation est indiqué chez les enfants présentant une intolérance à un ou plusieurs composants du lait maternel. Ce sont souvent des anomalies congénitales du métabolisme. Une alimentation spécifique est indispensable telle que dans les cas de phénylcétonurie correspondant à un déficit en phénylalanine hydroxylase, de galactosémie correspondant à une anomalie du métabolisme du galactose et la maladie du sirop d'érable où les 3 acides aminés : leucine, isoleucine et valine ne pourront être métabolisés.

Dans les autres situations citées par la suite seul un complément pourra être apporté à l'enfant en plus du lait de sa mère :

- Les enfants dont la mère se trouve dans l'incapacité de donner le sein en raison d'une maladie empêchant le contact avec son enfant (psychose, éclampsie...)
- Les enfants subissant une perte de poids supérieure à 10% après la naissance.
- Les cas de grande prématurité de l'enfant (moins de 32 semaines de grossesse) et/ou un très petit poids de naissance (<1500g).
- Lorsque l'enfant présente des troubles graves et que le lait maternel ne suffit pas à lui apporter les ressources nutritives dont il a besoin.
- Lorsque le nouveau-né est en situation de déshydratation aiguë pour lui assurer une réhydratation efficace et suffisante.
- Lorsque l'enfant souffre d'hypoglycémie (après vérification de leur glycémie) et que le lait ne permet pas à lui seul de maintenir le taux de sucre sanguin à un taux suffisant.
- Les enfants dont la mère suit un traitement médicamenteux contre-indiquant l'allaitement (anticancéreux, isotopes radioactifs...)

La délivrance de ces compléments à l'enfant devra toujours être accompagnée de mesures spécifiques destinées à stimuler la sécrétion lactée maternelle afin que la mère puisse mettre son bébé au sein par la suite si elle le désire.

Certaines situations imposent aux mères de nourrir leur enfant grâce à des préparations pour nourrissons dès la naissance comme la connaissance de la séropositivité de la mère dans le cas où la substitution peut se faire dans des conditions acceptables, faisables, abordables, pérennes et sûres.

Situations où l'arrêt de l'allaitement n'est pas indispensable mais où la conduite aura des conséquences sur l'état de santé de l'enfant : hépatite B après vaccination de l'enfant dans les 48 heures après la naissance, hépatite C, tabagisme, alcoolisme, usage de drogues.

La prescription de compléments doit toujours rester raisonnable et adaptée en fonction de chaque cas.

4) Croyances et idées reçues sur l'allaitement

a) A propos de l'allaitement au sein

[39 ; 75]

Il a persisté pendant longtemps un certain nombre d'interdits que l'on peut encore retrouver dans les sociétés traditionnelles. Ces croyances très « coriaces » au siècle dernier laissent aujourd'hui des traces dans les esprits. La peur du lait qui se tarit, qui tourne ou qui s'empoisonne dans le sein après une contrariété ou une légère hyperthermie, a longtemps persisté comme donnée scientifique.

Agnès Fine, historienne et anthropologue, a réalisé une étude entre 1978 et 1980 à propos de ces peurs. Dans les Pyrénées de nombreuses femmes parlaient d'un lait « troublé » par des émotions fortes, de lait semblable à de l'eau en cas de retour de règles ou des relations sexuelles. Une mère de nouveau enceinte ne devait pas non plus donner son lait à l'enfant déjà né car celui-ci devenait alors « du lait chaud, porteur de germe de toutes les maladies ». Au-delà des croyances populaires, bon nombre de ces propos étaient relayés par des professionnels de santé de l'époque. Dans *le Traité de l'allaitement et de l'alimentation du premier âge* du Docteur Marfan édité en 1898 et réédité en 1902 et en 1930, on peut lire : « La frayeur, la colère, le chagrin peuvent supprimer la sécrétion lactée ou même la modifier et la rendre délétère. ». Ce texte fut longtemps une référence et été cité par de nombreux médecins jusqu'à la deuxième guerre mondiale. Il écrit également dans cet ouvrage : De même la peur du « lait chaud » justifie l'interdiction d'allaiter en cas de fièvre.

b) Quelques exemples de croyances rencontrées encore aujourd'hui

Certaines personnes pensent que « le lait maternel diffère d'une femme à l'autre ». Mais le lait maternel ne varie pas significativement à condition que la mère ait un régime alimentaire équilibré et qu'elle ne consomme pas de produits délétères pour sa santé ou la santé de l'enfant.

« Chaque sein produit un lait différent ». La composition ne varie pas d'un sein à l'autre chez une même femme, ils produisent un lait identique.

« Lorsque la mère est exposée à une forte chaleur le lait peut fermenter » : le lait, tant qu'il n'est pas exprimé et exposé à la chaleur extérieure reste parfaitement sain. De même qu'il ne peut pas tourner ou s'empoisonner.

Beaucoup de gens pensent que « de petits seins donnent moins de lait » cependant, hors malformation congénitale des glandes mammaires, La taille des seins dépend principalement de l'épaisseur du tissu adipeux. Les femmes ont donc potentiellement la même capacité à produire du lait. Parfois les femmes possédant une plus petite poitrine produisent plus de lait car de nombreux facteurs entrent en compte dans la lactation mise à part la taille des seins.

Certaines mères ne donnent encore qu'un seul sein par tétée alors qu'il faut au contraire que l'enfant tète les deux seins afin de stimuler au maximum la lactation et d'assurer une bonne galactogénèse.

Il n'est pas rare de voir des mères presser le mamelon de leur sein pour aider à l'expression du lait cependant cette attitude comprime les canaux conduisant le lait jusqu'au téton et ne fait qu'empêcher l'écoulement du lait. La compression ou expression de l'aréole, quant à elle, peut permettre l'éjection du lait avant le début de la tétée afin de limiter le délai d'attente de l'enfant qui cherche à se rassasier.

Dans la croyance populaire « l'allaitement maternel est inné pour la femme et le lien mère/enfant se crée spontanément ». Ceci est loin d'être le cas car l'allaitement est en réalité un geste culturel « appris » par chaque fillette en observant les femmes allaitantes qui l'entourent.

« L'allaitement fatigue la mère », c'est ce que l'on pourrait penser mais en réalité la qualité du sommeil de la mère qui allaite est meilleure que celle de la mère qui n'allait pas. Cela s'explique par la production d'endorphine et d'ocytocine, sécrétées au cours de la lactation et qui ont pour effet d'augmenter la durée du sommeil paradoxal.

Il ne faut pas laver l'enfant avant de le donner à sa mère. Aujourd'hui l'enfant est lavé quelques jours après sa naissance. Le vernis dont il dispose sur sa peau a un effet protecteur. De plus, la priorité à la naissance est de le mettre sur le ventre de sa mère pour qu'il tète.

Il n'est pas nécessaire d'habiller l'enfant à la naissance car Le ventre de sa mère est la meilleure couveuse pour l'enfant ; sa température suffit à éviter tout risque d'hypothermie. Il est indiqué de couvrir la tête pour limiter la perte de chaleur. La colonisation bactérienne de la peau du nouveau-né se fait ainsi par les germes de la mère et l'enfant bénéficie d'une bonne protection contre les bactéries responsables des infections nosocomiales.

On pensait, il y a quelques décennies, que l'enfant devait rester en garderie la nuit pour permettre le repos de la mère. En réalité la mère peut avoir un sommeil perturbé du fait de l'éloignement avec son enfant. De plus, la proximité mère/enfant favorise l'allaitement au sein par la mère.

Beaucoup de mères pensaient qu'il fallait limiter la fréquence des tétées pour limiter les crevasses. Ceci est une idée fautive car les crevasses sont dues à une mauvaise prise du mamelon par l'enfant ou à une mauvaise position et non à la fréquence des tétées. Il vaut parfois mieux de petites tétées régulières pour drainer le sein que de grandes tétées très espacées.

Parmi les croyances plus ou moins scientifiques, certains professionnels de santé pensaient qu'il fallait donner de l'eau simple ou sucrée pour faciliter l'élimination de l'ictère du nouveau-né. Contrairement à ce que cette donnée laisse penser, l'eau n'aide pas voire empire l'ictère de l'enfant et seules les tétées aident à l'élimination car la bilirubine s'élimine par les selles en majorité.

« Il faut mettre l'enfant précocement au sein sauf chez la femme césarisée ». La césarienne n'empêche pas en soi d'allaiter, c'est surtout le fait que la mère subisse une opération de type chirurgicale qui retarde la mise au sein ;

« Si l'allaitement ne fonctionne pas c'est que la mère ne le désire pas vraiment » ceci peut être encore souvent entendu dans certaines maternités seulement le fait de vouloir allaiter ne suffit pas à sa réussite. La mère doit se trouver dans de bonnes conditions pour cela et recevoir les bons conseils.

« Il faut un lait très opaque pour qu'il soit nourrissant » ; le lait est toujours clair et opalescent en début de tétée. Il va ensuite s'enrichir et n'aura plus la même consistance en fin de tétée.

5) Allaitement et Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH)

[120]

a) Taux de transmission de la mère à l'enfant et facteurs de risque

[82]

Il existe un risque de transmission du virus lors de la grossesse et de l'allaitement maternel. Sans intervention médicale la transmission est risquée. La transmission durant un allaitement représente alors près de 20% des cas. Le risque de transmission postnatale du VIH s'il n'y a pas de traitement entrepris, après 6 semaines d'âge est estimé à environ 1% par mois supplémentaire d'allaitement maternel selon l'OMS en 2006.

Dans les pays développés, le taux de transmission verticale de la mère à l'enfant a diminué de façon considérable. En Amérique du Nord et en Europe, ils sont descendus au-dessous de 2% grâce à la prophylaxie antirétrovirale, à la césarienne élective et au renoncement à l'allaitement au sein dans les cas les plus à risque.

[14]

Le taux descend à environ 7% à six semaines, si la prophylaxie comporte deux médicaments ou plus. Toutefois, le nourrisson demeure vulnérable à l'infection, tant que dure l'allaitement au sein.

La charge virale, la durée de l'allaitement, l'état des seins, font partie des facteurs qui influent sur la transmission. La mastite infraclinique pourrait augmenter le risque de transmission en raison du passage de virus dans le revêtement cellulaire des canaux galactophores et, par conséquent, la quantité de virus à laquelle le nourrisson est exposé.

L'alimentation mixte augmenterait également le risque de transmission d'un facteur 3 à 4. Des lésions de l'épithélium des muqueuses de bouche (muguet à *Candida albicans*) ou de l'intestin du nourrisson peuvent également faciliter le passage. Lors de l'usage de préparation pour nourrisson, les parois intestinales et les muqueuses de l'enfant peuvent être plus facilement irritées qu'avec le lait maternel.

De plus l'accouchement par voie vaginale et la prématurité augmentent beaucoup le risque global de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Certains facteurs maternels aggravent également le risque de transmission pendant l'allaitement au sein, tel que l'infection récente de la mère par le VIH. Celle-ci peut doubler le risque de transmission par l'allaitement au sein par rapport à une infection plus ancienne, probablement à cause de la charge virale.

Il est clairement prouvé que, plus la durée de l'allaitement au sein est longue, plus le risque de transmission est grand. Ce risque est donc cumulatif.

La période où le risque de transmission est le plus élevé se situe durant les premières semaines de la vie.

Lors d'une analyse ultérieure de ces données, la probabilité de la transmission du VIH par l'allaitement au sein est estimée à 0,00064 par litre de lait maternel ingéré et 0,00028 par jour d'allaitement au sein.

Lorsque l'allaitement au sein n'est pas possible, la mère séropositive peut recourir à une alimentation de substitution sous forme de préparation commerciale pour nourrissons, à la mise en nourrice dans les pays pratiquant encore ce mode d'alimentation, au lait maternel exprimé et traité thermiquement ou à un lactarium selon les possibilités.

b) Mécanisme présumé de transmission

[4 ; 36]

Le mécanisme de transmission n'est pas encore précisément identifié lors de l'allaitement au sein. Il est encore difficile de déterminer le rôle du virus libre et du virus intracellulaire ou le lien entre les concentrations de virus dans le plasma et dans le lait.

Le lieu de passage probable du virus vers la circulation sanguine est la surface de la muqueuse digestive. Le VIH sous forme libre ou intracellulaire pénètre probablement dans la sous-muqueuse par des ruptures des tissus de surface ou par transcytose grâce aux cellules M ou aux entérocytes qui possèdent des récepteurs spécifiques. Des études réalisées dans les années 90 permettent de penser que les IgA et les IgM du lait maternel peuvent inhiber cette transcytose. Le lait maternel pourrait donc contenir des composants protecteurs.

Les amygdales contiennent des cellules M proches des lymphocytes et des cellules dendritiques et permettraient également le passage vers l'organisme et la réplication du virus. La transmission par voie orale a été démontrée chez un macaque SIV (porteur du Virus d'Immunodéficience Simienne).

c) Prévention de la transmission du virus VIH

L'approche stratégique préconisée par les Nations Unies pour la prévention de la transmission du VIH aux nourrissons et aux jeunes enfants repose sur la prévention primaire et la prévention secondaire.

Prévention primaire :

La prévention primaire est celle réalisée avant la survenue d'une infection. Dans ce cas elle repose sur l'information et la mise à disposition de moyens pouvant empêcher la transmission. Les pistes intéressantes dans ce but sont la prévention des infections par le VIH en général, surtout chez les jeunes femmes et les femmes enceintes, la prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH, la prévention de la transmission du VIH des mères infectées à leurs enfants, et la fourniture de soins, de traitement et de soutien aux femmes VIH-positives, à leurs enfants et à leur famille.

La transmission de la mère à l'enfant, intervient surtout dans la période intra-utérine et post-partum. C'est au moment de l'accouchement que le risque est l'un des plus élevé : on estime que 40% des transmissions totales se produisent vers la fin de la grossesse et pendant le travail et l'accouchement. La prophylaxie antirétrovirale réduit le risque de transmission durant cette période de manière très significative.

Les conseils spécialisés et le soutien des équipes de santé sont plus que jamais nécessaires à la réalisation des nouvelles recommandations.

Les droits individuels ne doivent cependant pas être confisqués pour promouvoir la santé publique c'est pourquoi des conseillers doivent rester en mesure de proposer des solutions alternatives.

Prévention secondaire :

La prévention secondaire intervient dans le cadre où la mère est infectée et qu'il faut limiter le développement de la maladie de l'enfant qui a été exposé au virus lorsque la prévention primaire n'a pas été suffisante.

Le choix est désormais prioritairement en faveur de l'allaitement maternel exclusif en prenant en compte pour chacune des mères diverses conditions locales telles que la prévalence du VIH, la mortalité infantile, la malnutrition, les services de santé disponibles, etc...

[105]

Les antirétroviraux doivent être fournis à la mère et à l'enfant selon le protocole choisi, par le pays et ses autorités de santé, jusqu'à une semaine après la fin de l'allaitement de manière continue.

La notion d'alimentation de remplacement reste valable selon le choix de la mère. De réels conseils de terrain sont encore à donner aux équipes chargées des prises de décisions concernant les mères et l'application du moyen d'alimentation désigné par la mère.

d) Prévention de la malnutrition

[82]

Chaque pays doit tout mettre en œuvre pour empêcher la persistance des idées reçues sur l'incompatibilité du VIH et de l'allaitement. L'allaitement présente un risque mais celui-ci reste acceptable grâce aux bénéfices apportés par le lait maternel et les traitements associés possibles. L'amélioration des pratiques a pour but de réduire considérablement le risque de dénutrition de maladie et de mort du nourrisson.

Avec la collaboration de l'OMS et de nombreux autres partenaires, l'UNICEF aide les gouvernements dans les pays affectés par le VIH à définir une politique nationale appropriée sur le VIH et l'alimentation du nourrisson. Une série de fiches de conseils sur la base des lignes directrices de 2010 ont été établies pour aider les acteurs de santé à réaliser le travail de prévention et de prise en charge des mères et des familles.

e) Directives de 2010 de l'UNICEF dans la prévention de la contamination de l'enfant de mères séropositives.

[82]

Depuis 2010 des lignes directrices de l'ONU ont permis la recommandation de l'allaitement maternel alors que jusqu'alors l'évitement ou l'arrêt semblaient être les seules solutions apportées aux mères séropositives. Les répercussions du non-allaitement sur la survie des enfants au niveau mondial étaient graves en raison de l'absence de la protection apportée par le lait maternel. L'objectif est désormais de garantir la survie de ces enfants sans VIH si possible, et non, la non transmission pure et simple. La priorité est d'encourager l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois même lorsque la mère est séropositive. Allaiter un enfant présente des avantages pécuniaires, mais aussi pour la santé de l'enfant grâce à la diminution des pathologies bactériennes pouvant être fatales à l'enfant. Les risques de mort par diarrhées ou infections respiratoires sont 14 fois plus importants lorsque le nouveau-né n'est pas allaité. Selon la

disponibilité des antirétroviraux dans les pays du monde la conduite de l'allaitement pourra être différente.

[7]

Les points clés des recommandations de 2010 rédigées par l'UNICEF sont les suivants :

[120]

Les points clés de la directive sont de permettre aux services de santé de chaque état d'évaluer la balance bénéfice/risque de l'allaitement d'une mère séropositive pour son enfant, d'intégrer les interventions de prévention au sein des établissements de santé et de mettre en place les recommandations pour la nutrition des nourrissons exposés au VIH en fonction de chaque cas (allaitement au sein avec ou sans antirétroviraux(ARV) en bithérapie selon la disponibilité ou éviction de l'allaitement dans certains cas extrêmes).

Les recommandations sont d'envisager l'allaitement au sein dans le cas où l'on estime qu'il y a peu de chances de transmission lorsque les ARV sont indisponibles. L'allaitement maternel constitue alors le meilleur aliment que peut recevoir l'enfant pour augmenter ses chances de survie. La politique de santé publique doit tout de même informer les mères séropositives des alternatives pour nourrir leur enfant.

Recommandations :

Les services de soutien et les informations concernant la conduite à suivre doivent être disponibles pour le grand public. Des campagnes de dépistage doivent être réalisées.

Les recommandations aujourd'hui en vigueur sont celles -ci :

Les services de santé ont un rôle important auprès des mères séropositives. Ils doivent s'assurer que chaque mère séropositive ait reçu les soins dont elle a besoin.

Chaque mère séropositive doit avoir été informée et doit être traitée par mesure prophylactique par 2 antirétroviraux lorsqu'ils sont disponibles, pour réduire la transmission du virus à l'enfant lors de la grossesse et de l'allaitement. Les services de santé doivent aider au choix du type d'allaitement de l'enfant et déterminer une durée optimale.

Les mères ayant décidé de stopper l'allaitement doivent être conseillées de manière appropriée et informées des modalités de sevrage.

Les services de santé doivent aider pour la suite dans le choix de la nourriture de substitution lorsque l'allaitement a été stoppé. Pour les enfants de moins de 6 mois, les préparations pour nourrissons ou l'usage du tire-lait associé au traitement par la chaleur du lait recueilli peuvent être envisagés. Pour les enfants de plus de 6 mois on passera sur des préparations de suite, des laits d'origine animale, des plats adaptés et introduit dans l'alimentation selon les recommandations en vigueur.

Conditions d'utilisation des préparations pour nourrissons :

L'usage des préparations pour nourrissons seules sera indiqué chez l'enfant infecté ou au statut inconnu lorsque la communauté dispose d'eau potable et de bonnes conditions sanitaires. Cette solution n'est envisageable que lorsque l'enfant peut disposer d'une quantité de préparation suffisante, lorsque la préparation du lait peut se faire dans des conditions d'hygiène limitant les risques de diarrhée, lorsque l'on ne délivre à l'enfant dans les premiers mois que des préparations pour nourrissons, lorsque la famille adhère à ce type d'alimentation et lorsque la mère a accès aux services de santé pouvant lui apporter les conseils nécessaires.

Toutes ces conditions doivent être réunies pour permettre l'usage approprié des préparations pour nourrissons. Si l'enfant est infecté par le virus et que les antirétroviraux ne sont pas disponibles dans les pays sous-développés un allaitement de 6 mois exclusif avec prolongation d'un allaitement partiel jusqu'à l'âge de deux ans sera recommandé. En effet au-delà de 6 mois, il convient de cesser l'allaitement, dès que l'alimentation de substitution devient acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable. Certaines mères ne parviennent pas à se fournir en alimentation de substitution dans certains pays peu développés. Dans ce cas, l'arrêt précoce peut augmenter la malnutrition chez le nourrisson et le jeune enfant.

Conditions d'utilisation d'un tire-lait et du traitement du lait par la chaleur dans des circonstances particulières

Le traitement par la chaleur du lait tiré constitue une solution d'intérim dans certains cas bien particuliers : lorsque l'enfant est né avec un faible poids et qu'il est impossible de l'allaiter, ou lorsque la mère se trouve temporairement dans l'incapacité d'allaiter à cause de problèmes mammaires par exemple ou lorsque les ARV sont indisponibles.

f) Schéma thérapeutique de prophylaxie

[14; 87]

Les recommandations de 2010 proposent deux options ; dans chaque cas le traitement devra être débuté le plus tôt possible pendant la grossesse ou au moins à partir de la semaine 14.

1) La prise de zidovudine (AZT) tous les jours pour la mère et un traitement par anti-rétroviraux pour le nourrisson pendant six semaines après la naissance. La prophylaxie pour le nourrisson doit être continuée jusqu'à la fin de l'allaitement maternel.

OU

2) Un traitement grâce à trois médicaments pour la mère à prendre pendant la grossesse et pendant toute la durée de l'allaitement associé à une prophylaxie pour l'enfant pendant six semaines après la naissance.

En commençant la prophylaxie dès la 14^{ème} semaine de grossesse, ces nouvelles mesures pourront à terme réduire le risque de transmission du virus à moins de 5%, estime l'OMS.

g) Traitement du lait maternel en cas de séropositivité

[81 ; 82]

Des études in vitro prouvent que quand le lait maternel auquel on a ajouté une quantité connue de VIH, soumis à un traitement thermique, selon le procédé de pasteurisation de Holder (à 62,5° C pendant 30 minutes), voit son titre infectieux en virus libre ou cellulaire réduit considérablement

[81]

Cependant, tout traitement thermique va amoindrir les propriétés immunitaires et protectrices du lait maternel. Plusieurs études indiquent que le VIH est inactivé quand le lait est conservé à température ambiante pendant une demi-heure. Des études de 1992 ont démontré que les glycosaminoglycanes du lait humain empêchent la glycoprotéine gp120 du VIH de se fixer sur les récepteurs de la cellule-hôte CD4+. Il est recommandé à tous les lactariums d'effectuer le traitement thermique du lait maternel.

h) Conclusion

Les chercheurs ont déterminé que le traitement prophylaxique présentait un intérêt indiscutable dans la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant. La pharmacocinétique de ces médicaments et le passage dans le lait ne sont pas une entrave au bon développement de l'enfant. Le virus du SIDA est un virus pouvant muter et devenir résistant aux médicaments avec lesquels on tente de le contrer. Le principal danger de cette utilisation temporaire des ARV est qu'à long terme les traitements deviennent inefficaces chez l'enfant après une exposition à des taux sub thérapeutiques d'ARV dans le lait maternel.

CONCLUSION

La pratique et les recommandations actuelles éditées par les grandes instances de santé nationales et mondiales sont la résultante de l'histoire de l'allaitement maternel. La pratique de l'allaitement au sein, qui semble au premier abord instinctive, n'a pas toujours bien cohabité avec son époque. Glorifié ou mal aimé, l'allaitement maternel a regagné ses lettres de noblesses grâce à l'investissement des scientifiques et des professionnels de santé qui ont réalisé, depuis une quarantaine d'année, l'enjeu majeur en matière de santé publique qu'il représentait. De plus l'économie financière pouvant être réalisée est considérable, comparativement aux dépenses liées à l'usage des laits industriels. Ce facteur est prédominant dans les pays pauvres ou en développement, où les populations manquent de ressources, où les conditions d'hygiène sont déplorable et où la faim reste encore un énorme problème.

Cependant on ne peut écarter totalement l'usage des laits industriels pour premier ou deuxième âge car ils restent indispensables dans certaines situations pathologiques ou lorsque la mère ne désire pas allaiter son enfant. L'idéal serait bien sûr que le taux d'allaitement soit de cent pourcents mais ceci est impossible car chaque mère est libre de faire le choix d'allaiter son enfant au sein ou non.

L'accès à l'information est devenu un droit pour la mère et toute sa famille, afin que le choix du mode d'allaitement soit fait de manière éclairée. Il reste encore une marge de progression en ce qui concerne l'allaitement maternel. Cependant les professionnels de santé ont en leur possession des arguments de poids. Les nombreux bénéfices de l'allaitement au sein, pour la santé de l'enfant et de sa mère, à court et long terme, ne sont plus à prouver. Les recherches ne cessent de démontrer l'intérêt de l'allaitement maternel pour le bon développement de l'enfant, notamment en ce qui concerne son microbiote. Cette phase de développement est un point clé : On peut considérer que la maîtrise des étapes de ce développement serait essentielle pour réduire la morbidité infantile notamment en favorisant une meilleure résistance face aux agents pathogènes et une diminution des allergies IgE dépendantes.

Chaque professionnel de santé doit prendre ses responsabilités par rapport à sa formation et à la transmission de ses connaissances. Le pharmacien doit se faire l'interlocuteur privilégié car il est à la fois détenteur de l'information mais aussi acteur en ce qui concerne le soutien et la promotion de l'allaitement maternel.

FIGURES ET TABLEAUX

Figures d'illustrations :

Fig 1 : Isis allaitant Horus. Basse Époque, Statuette ex-voto – 664-332 av. J.-C. Musée du Louvre, Paris. Département des Antiquités égyptiennes Inv. n° E2517. [http //:www.louvre.fr](http://www.louvre.fr)p 17

Fig 2 : Statuette d'Isis et Horus. -332 à -330av J.C. The Metropolitan Museum of Art. New York. Etats-Unis. [http// :www.metmuseum.org](http://www.metmuseum.org).....p 17

Fig 3 : La vierge au coussin vert, Solario Andrea. Peinture-1507-1510. Musée du Louvre, Paris. [ww w.louvre.fr](http://www.louvre.fr)p 18

Fig 4 : Maternité dit aussi L'Enfant au sein. Pierre Auguste Renoir. Peinture-1885. Musée d'Orsay, Paris. www.musee-orsay.fr.....p 19

Fig 5 : La Charité romaine, Peinture- XVIIe siècle, peinture anonyme. Inspirée de Pierre Paul Rubens *Cimon et Pero Charité romaine*.....p 20

Fig 6 : Les âges de l'ouvrier, Peinture.1895-1897, Léon Frédéric, Musée d'Orsay. Paris. www.musee-orsay.fr.....p 21

Fig 7 : Déeses mères gallo-romaines, statuettes du II ème siècle ap. J.C. Musée de St Germain-en-Laye. musee-archeologienationale.fr.....p 22

Fig 8 : Artémis multimammia du type d'Éphèse, statuette du IIème siècle apr. J.-C., Musée de Selçuk. Turquie.....p 23

Fig 9 : La Création de la voie lactée, Pierre Paul Rubens, 1636, Musée du Prado, Madrid. Espagne. <https://www.museodelprado.es>.....p 23

Fig 10 : Saint Nicolas refusant le sein de sa mère, vitrail, Cathédrale de Chartres. <http://www.cathedrale-chartres.org/vitraux-cathedrale-chartres>.....p 24

Fig 11 : Guttus, passoire à pied bas et vernis noir, IV ème siècle avant J.C. découvert en Italie du Sud, Musée lapidaire, Avignon. www.musee-lapidaire.org/.....p 27

Fig 12 : Biberon grec antique, <https://fr.wikipedia.org/wiki/Biberon>.....p 27

Fig 13 : Fonctionnement du tire-lait antique, Julien Pierre, Revue d'histoire de la pharmacie, 2004, volume 92, N°342, p. 337p 28

Fig 14 : Cornet médiéval en corne de vache percée. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Biberon>.....p 29

Fig 15 : Biberon en bois tourné découvert en Europe, Musée d'ethnographie, Genèvep 30

- Fig 16 : Biberon en étain, époque pré-révolutionnaire, 1780, <http://www.histoire-du-biberon.com/ImagesListe/Biberophilie103.htm>.....p 30
- Fig 17 : Biberon de verre avec tétine en éponge de Filippo Baldini, Manière d'allaiter les enfants à la main, au défaut des nourrices, Traduit de l'italien, Buisson, Paris, 1786.....p 30
- Fig 18 : L'enfance de Jupiter. Nicolas Poussin. Peinture-1636. Londres. Angleterre. Dulwick Picture Gallery.....p 32
- Fig 19 : La louve du capitole ou La Louve capitoline. Sculpture en bronze des XII^e et XIII^e siècles de notre ère, Palais des Conservateurs, Rome, Italie. https://fr.wikipedia.org/wiki/Palais_des_Conservateurs.....p 32
- Fig 20 : Biberon de la marque ROBERT à tube et à soupape, vers 1860.....p 34
- Fig 21: Affiche publicitaire ROBERT, « biberon-robert, Le meilleur n'épuisant pas les enfants » vers 1890.....p 34
- Fig 22 : Représentation de l'allaitement artificiel et des marques majeures du 19^e siècle, Alexis Clerc, Hygiène et médecine des deux sexes, gravure-1885. Paris.....p 34
- Fig 23 : Enfant avec un biberon à tube. Photographie. The Baby Bottle Museum: The History Of Baby Feeding.....p 34
<https://nourishingdeath.wordpress.com/2013/08/15/murder-bottles/>
- Fig 24 : Tire-lait atmosphérique manuel. S. Maw Son & Thompson of London, 1870. Science Museum. Londres. www.sciencemuseum.org.....p 35
- Fig 25 : Tire lait en verre soufflé, XVIII^e siècle. <http://www.histoire-du-biberon.com/biberons/TireLait.htm>.....p 36
- Fig 26 : Tire-lait de type Laroche, fin 19^e siècle. <http://www.histoire-du-biberon.com/biberons/TireLait.htm>.....p 36
- Fig 27 : La goutte de lait de Belleville : la pesée, la consultation, la distribution de lait. Henri Jules Jean Geoffroy, peinture, 1901.....p 37
- Fig 28 : Biberon de marque Robert, « le sauveur » en verre. <http://www.histoire-du-biberon.com/ImagesListe/Biberophilie114.htm>.....p 38
- Fig 29 : Biberon de marque Robert, «le parfait nourricier» en verre moulé et tétine en caoutchouc. Musée du château Saint- Jean. Nogent-le-Rotrou.....p 38
- Fig 30 : La gardeuse d'enfants en Normandie, J-P Haag, peinture sur toile, collection du musée du Louviers. musee.ville-louviers.fr.....p 40
- Fig 31 : Publicité vantant les mérites de la bière chez la femme allaitante. Sources : <http://madame.lefigaro.fr/art-de-vivre/biere-histoire-de-femmes-010814-899555>.....p 44
- Fig 32 : Bière « La nourrice », plaque publicitaire, début 1900. Nantes. France... p 44
- Fig 33 : Schéma du muscle pectoral <http://sante.lefigaro.fr/sante/organe/grand-pectoral/quest-ce-que-cest>.....p 46

- Fig 34 : Schéma de la structure interne du sein. <http://www.allo-prof.qc.ca/BV/Pages/s1573.aspx>.....p 48
- Fig 35 : Régulation hormonale de la lactation
- “Manual of feeding infants and young children.” Margaret Cameron and Ingur Hofvander Oxford University Press 1983.....p 49
- Fig 36 : Préhension idéale du mamelon par l’enfant. Brochure Medela. Breastfeeding Products For Hospitals + Professional.....p 67
- Fig 37 : Pourcentage des services « ami des bébés » comparé au nombre de maternités, l’implantation en 2008 (en jaune) et 2012 (en blanc). www.amis-des-bebes.fr [145].....p 78
- Fig 38 : Taux d’allaitement pour des enfants ayant un âge compris entre 20 et 23 mois, en 1999, dans 104 pays. www.info-allaitement.fr.....p 87
- Fig 39 : Affiche de la Semaine Mondiale de L’allaitement Maternel (SMAM). 2015. CoFAM. <http://www.coordination-allaitement.org/index.php/nos-actions/la-smam/que-est-ce-que-la-smam>.....p 91
- Fig 40 : Récapitulatif des 4 phases favorisant l’allaitement maternel au sein dans les établissements prenant en charge des couples mère/enfant. (HAS / Mission formation / Juin 2006 « Favoriser l’allaitement maternel : processus – évaluation »).....p 92
- Fig 41 : Phase 1-Processus d’information sur l’allaitement durant la grossesse. (HAS / Mission formation / Juin 2006 « Favoriser l’allaitement maternel : processus – évaluation »).....p 93
- Fig 42 : Phase 2 -Démarrage de l’allaitement à la naissance. (HAS / Mission formation / Juin 2006 « Favoriser l’allaitement maternel : processus – évaluation »).....p 94
- Fig 43 : Phase 3- Installation de l’allaitement exclusif. (HAS / Mission formation / Juin 2006 « Favoriser l’allaitement maternel : processus – évaluation »).....p 95
- Fig 44 : Phase 4- Poursuite de l’allaitement jusqu’au sevrage. (HAS / Mission formation / Juin 2006 « Favoriser l’allaitement maternel : processus – évaluation »).....p 96
- Fig 45 : Source de conseils la plus importante en matière d'alimentation infantile depuis la naissance — Évolution 1997-2005 auprès des mères des 0-30 mois. « Comportement alimentaire des nourrissons et jeunes enfants de 0 à 36 mois : comparaison des habitudes des mères. ».....p 98
- Fig 46 : Répartition géographique des Lactariums au sein de la France métropolitaine et en Ile-de-France. « ADLF » http://sdp.perinat-france.org/ADLF/lactariums_adlf.php.....p 109
- Fig 47 : Evolution des taux d'allaitement dans ces pays en fonction de l'âge des enfants.

<http://www.info-allaitement.org/etude-longitudinale.html>.....p 119

Fig 48 : Evolution du taux d'allaitement selon l'âge des nourrissons au Québec de 1998 à 2002. <http://www.info-allaitement.org/au-quebec.html>.....p 120

Fig 49 : Taux d'allaitement à la naissance et à l'âge de 6 mois en fonction de l'origine ethnique en 1996 et 2001. <http://www.info-allaitement.org/usa---australie.html>.
.....p 131

Fig 50 : Comment estimer l'exposition d'un enfant allaité à un médicament pris par sa mère. TID : *theoric infant dose* ; RID : *relative infant dose* ; L : lait ; P : plasma ; F : biodisponibilité en %..... p 134

Fig 51 : Processus de cicatrisation des crevasses par application d'un pansement au lait maternel. «DA 62 : Pansement au lait maternel ».....p 138

Fig 52 : Appareil de Soxhlet de stérilisation du lait. *La femme médecin du foyer* [40].....p 150

Fig 53 : Machine Babyness. Nestlé. www.babyness.com.....p 153

Fig 54 : Machine bib'expresso. BEABA. http://www.beaba.com/catalogue/fr/les-chauffe-biberon/43-bib-expresso.html?search_query=expresso&results=2.....p 153

Tableaux :

Tableau 1 : récapitulatif des compositions de certains laits animaux et de laits végétaux par rapport au lait de femme (LF) et au lait pour nourrisson (LN). Médecine et enfance. A. Elbez. Février 2006.page 104. <http://puericulture.forumactif.com/t23337-lait-de-jument>.....p 33

Tableaux 2 et 3 : Composition protéique, glucidique et lipidique du lait humain et du lait de vache. Développement et validation d'un nouveau modèle de fermentation co-lique in vitro avec cellules immobilisées. Cinquin, Cécile Françoise. FACULTÉ DES SCIENCES DE L'AGRICULTURE ET DE L'ALIMENTATION. Université de Laval. 2005 <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/22769/ch02.html>.....p 51

Tableau 4 : Taux d'allaitement avant et après une formation en maternité en Italie (octobre 1996 à février 1998).www.info-allaitement.org.....p 79

Tableau 5 : Taux d'allaitement en 1999, selon les régions du monde, en fonction de l'âge de l'enfant. www.info-allaitement.org.....p 86

Tableau 6 : Taux d'allaitement en maternité dans les départements français, en 2002. <http://www.info-allaitement.org/france.html>.....p 121

Tableau 7 : Taux d'allaitement à la naissance au Royaume-Uni en 2000, en fonction de l'âge de fin d'études de la mère.www.info-allaitement.org.....p 124

Tableau 8 : Taux d'allaitement à la naissance des aînés d'une fratrie en Ecosse, en 2000 selon l'âge de leur mère.www.info-allaitement.org.....p 124

Tableau 9 : Durée des congés maternité en France. <http://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/temps-de-travail-et-conges/maternite-paternite-adoption/article/le-conge-de-maternite>.....p 127

Tableau 10 : Taux d'allaitement aux USA, en 1998. <http://www.info-allaitement.org/usa---australie.html>.....p 131

LEXIQUE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AA : Acide Arachidonique

ADLF : Association Des Lactariums de France

AFCL : Association Française des Consultants en Lactation

AGPI-LC : Acides Gras PolyInsaturés à Longue Chaîne

AHRQ : Agency For Healthcare Research And Quality

AIDS : Acquired Immune Deficiency Syndrome

AIP : Association Internationale de Pédiatrie

AMIES : Allaitement Maternel Information Ecoute et Soutien

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANJE : Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant

ANR : Apports Nutritionnels Recommandés

ANSES : l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ANJE : Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant

AR : Anti-régurgitation

ARPAL : Association Relais Parentalité Allaitement

ARV : Anti RétroViraux

AZT : Zidovudine

CAMSP : Centres d'Action Médico-Sociale Précoce

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CE : Commission Européenne

CH : Centre Hospitalier

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico Psychologique

CoFAM : Coordination Française pour l'Allaitement Maternel
CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes
DHA : Acide DocosaHexaénoïque
EGF : Epidermal Growth Factor
EMA : European Medicines Agency
FAO : Food and Agriculture Organisation
GINI : German Infant Nutritional Intervention
HA : HypoAllergénique
HAMLET : Human Alpha-lactalbumine Made lethal to Tumor cell
HAS : Haute Autorité de Santé
HDL : High Density Lipoprotéine
HIV : Human Immunodeficiency Virus
HMG-CoA : 3-Hydroxy-3-MéthylGlutaryl-Coenzyme A
IBCLC : International Board Certified Lactation Consultant
IBFAN : International Baby Food Action Network
IBLCE : International Board of Lactation Consultant Examiners
Ig A : Immunoglobuline A
Ig G : Immunoglobuline G
IHAB : Initiative Hôpitaux Amis des Bébé
IL : Interleukine
ILCA : International Lactation Consultant Association
IPA : Info Pour L'allaitement
JRA : Journée Régionale de l'Allaitement
LDL : Low Density Lipoprotéine
LLL : La Leche League
LUI : Lactariums à Usage Interne
LUIE : Lactariums à Usage Interne et Externe
NCHS : National Center for Health Statistics
OIT : Organisation Internationale du Travail
OMBREL : Organisation Mamans Bébé de la rEgion Lilloise

OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONU : Organisation des Nations Unies
ORL : Oto-Rhino-Laryngologique
PAM : Programme Alimentaire Mondial
PMA : Procréation Médicalement Assistée
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PNB : Produit National Brut
PRAII : Programme Relais Allaitement
RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
SNAM : Semaine National de l'Allaitement Maternel
TNF : Tumor Necrosis Factor
TNFR : Tumor Necrosis Factor Receptor
TRIGR : Trial to Reduce IDDM in the Genetically at Risk
UK : United Kingdom
UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund
USA : United States of America
UTPAS : Unités Territoriales de Prévention et d'Action Sociale
VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine
WABA : World Alliance For Breastfeeding Action
WHO : World Health Organization

BIBLIOGRAPHIE

Livres, Articles scientifiques et Ouvrages :

- [1] Agency for Healthcare Research and quality (AHRQ). « Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries », avril 2007.
- [2] Association des Lactariums de France. « Association des Lactariums de France », s. d. <http://sdp.perinat-france.org/ADLF/index.php>.
- [3] Astbury, J., Brown S., Lumley J., Small R. « Birth Events, Birth Experiences and Social Differences in Postnatal Depression ». *Australian Journal of Public Health* 18, no 2 (12 février 2010): 176-84. doi:10.1111/j.1753-6405.1994.tb00222.x.
- [4] Baba, T. W., Koch J., Mittler E. S., Greene M., Wyand M., Penninck D., et Ruprecht R. M. « Mucosal Infection of Neonatal Rhesus Monkeys with Cell-Free SIV ». *AIDS Research and Human Retroviruses* 10, no 4 (avril 1994): 351-57.
- [5] Bahadori, B., Riediger N. D., Farrell S. M., Uitz E., et Moghadasian M. F. « Hypothesis: Smoking decreases breast feeding duration by suppressing prolactin secretion ». *Medical Hypotheses* 81, no 4 (octobre 2013): 582-86. doi:10.1016/j.mehy.2013.07.007.
- [6] Barrière H., Tanguy M., Connan L., Baron C., Fanello S. and al. « Information prénatale sur l'allaitement maternel : Enquête en pays de Loire ». *Archives de Pédiatrie*, no 18 (2011): 945-54.
- [7] Black, R. E, Allen L. H, Bhutta Z. A, Caulfield L. E, De Onis M., Ezzati M., Mathers C., et Rivera J. « Maternal and Child Undernutrition: Global and Regional Exposures and Health Consequences ». *The Lancet* 371, no 9608 (janvier 2008): 243-60. doi:10.1016/S0140-6736(07)61690-0.
- [8] Black, R. F., Jarman L., et Simpson J., éd. *Lactation specialist self-study series Module 3 : the science of breastfeeding*. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett, 1998.
- [9] Blaffer Hrdy S. *Les Instincts maternels*. Payot. Essais Payot, 2002.
- [10] Blyth, R.J, Creedy D.K, Dennis C.L, Moyle W., Pratt J., De Vries S.M, et al. « Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. » *J Hum Lact* 20 (2004): 30-38.
- [11] Bolwby, J. *Attachement et perte*. Presse universitaire de France., 1983.
- [12] Branger, B., Cebron M., Picherot G., et De Cornulier M. « Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes ». *Archives de Pédiatrie* 5, no 5 (mai 1998): 489-96. doi:10.1016/S0929-693X(99)80312-1.
- [13] Branger, B., Dinot-Mariau L., Lemoine N., Godon N., Merot E., Brehu S., Winer N., et Brossier J.-P.. « Durée d'allaitement maternel et facteurs de risques d'arrêt d'allaitement : évaluation dans 15 maternités du Réseau de santé en périnatalité des Pays de la Loire ». *Archives de Pédiatrie* 19, no 11 (novembre 2012): 1164-76. doi:10.1016/j.arcped.2012.08.016.

- [14]Butera, S. T., éd. *HIV chemotherapy: a critical review*. Wymondham, Norfolk, U.K: Caister Academic Press, 2005.
- [15]Cabrol, V. *Le tétairé du Somail*. Communauté de communes de la Montagne du Haut Languedoc héraultais, 1998.
- [16]Clements, M. S., Mitchell E. A., Wright S. P., Esmail A., Jones D. R., et Ford R. P.. « Influences on Breastfeeding in Southeast England ». *Acta Paediatrica* (Oslo, Norway: 1992) 86, no 1 (janvier 1997): 51-56.
- [17]Coppa G. V, et al. « Preliminary study of breastfeeding and bacterial adhesion to uroepithelial cells" ». *The Lancet* 335, 1990.
- [18]Coreil, J., et Murphy J. E.. « Maternal Commitment, Lactation Practices, and Breastfeeding Duration ». *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 17, no 4 (juillet 1988): 273-78. doi:10.1111/j.1552-6909.1988.tb00439.x.
- [19]Cronenwett, L. R., et Reinhardt R. « Support and Breastfeeding: A Review ». *Birth* 14, no 4 (décembre 1987): 199-203. doi:10.1111/j.1523-536X.1987.tb01493.x.
- [20]Davis, M. K, Savitz D. A, Graubard B. I. « Infant feeding and childhood cancer ». *The Lancet*, aout 1988.
- [21]Deltombe, M. « L'allaitement maternel et la sémiologie mère-enfant ». *La Revue d'Homéopathie* 1, no 4 (décembre 2010): 124-27. doi:10.1016/S1878-9730(10)70041-4.
- [22]De Maupassant. G. *Une vie*. 1883
- [23]Dennis, C., Hodnett E., Gallop R., et Chalmers B. « The Effect of Peer Support on Breast-Feeding Duration among Primiparous Women: A Randomized Controlled Trial ». *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne* 166, no 1 (8 janvier 2002): 21-28.
- [24]Diagne-Guèye, N.R., Diack-Mbaye A., Dramé M., Diagne I., Fall A.L., Camara B., Faye P.M., et al. « Connaissances et pratiques de mères sénégalaises vivant en milieu rural ou suburbain sur l'alimentation de leurs enfants, de la naissance à l'âge de six mois ». *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 24, no 4 (septembre 2011): 161-66. doi:10.1016/j.jpp.2010.12.001.
- [25]Didierjean-Jouveau, Claude-Suzanne. « Histoire de l'allaitement, histoires d'allaitement ». 2003. <http://www.illfrance.org/Allaiter-Aujourd'hui/AA-54-Histoire-de-l-allaitement-histoires-d-allaitement.html>.
- [26]Didierjean-Jouveau, C.-S., Odent M., Moronta C., et Le Quément O. *Anthologie de l'allaitement maternel*. St Julien-en-Genevois; Genève/Bernex: Editions Jouvence, 2002.
- [27]DiGirolamo, A, Thompson N., Martorell R., Fein S., Grummer- Strawn L. « Intention or experience? Predictors of continued breastfeeding. » *Health Educ Behav* 32 (2005): 208—26.

- [28]Donath, S.M., Amir L.H. « Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: A cohort study. » *Acta Paediatr*, no 92 (2003): 352—6.
- [29]Drane, D et al. « The protective effect of breastfeeding on speech and language impairment ». *J Hum Lact* 2004, 2004, 216.
- [30]Duffy, L.C., Riepenhoff-talty M., Ogra P. et al. « modulation of rotavirus enteritis during breastfeeding », 1986.
- [31]Duncan, B., Ey J., Holberg C.J., Wright Al, martinez F.D. and Taussig L.M. « Exclusive breastfeeding for at least 4 months protects against otitis media ». *Pediatrics* 91, 1993.
- [32]Dutau, G. « Allaitement au sein et utilisation du lait humain » Vol 32, no N°10 (décembre 2012): 406-9.
- [33]Dutau, G. « médecine et enfance » page 409 (décembre 2012).
- [34]Dyson, L., McCormick F. M, et Renfrew M. J. « Interventions for Promoting the Initiation of Breastfeeding ». In *Cochrane Database of Systematic Reviews*, édité par The Cochrane Collaboration. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2005. <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001688.pub2>.
- [35]Fanello, S., Moreau-Gout I., Cotinat JP. et al. « Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau né : une enquête auprès de 308 femmes ». *Archives de Pédiatrie*, no 10 (s. d.): 19-24.
- [36]Fener, Patricia. « Allaitement au sein et VIH : l'association zidovudine, lamivudine et lopinavir/ritonavir diminue les risques de transmission ». *SidaSciences*, 10 août 2009. <http://sidasciences.inist.fr/%3FAllaitement-au-sein-et-VIH-I>.
- [37]Fergusson, D.M, Woodward L.J. « Breast feeding and later psychosocial adjustment » 13(2) (1999): 144-57.
- [38]Ferris, A. M., McCabe L. T., Allen L. H., et Peltó G. H.. « Biological and Sociocultural Determinants of Successful Lactation among Women in Eastern Connecticut ». *Journal of the American Dietetic Association* 87, no 3 (mars 1987): 316-21.
- [39]Fine, A. « Le nourrisson à la croisée des savoirs ». In *Annales de démographie historique*, 1994.
- [40]Fischer A, Azema L. *La femme médecin du foyer*. Populaires. Paris, 1933.
- [41]Ford, K., et Labbok M. « Who Is Breast-Feeding? Implications of Associated Social and Biomedical Variables for Research on the Consequences of Method of Infant Feeding ». *The American Journal of Clinical Nutrition* 52, no 3 (septembre 1990): 451-56.
- [42]Ford, K., Labbok, M. « Breastfeeding and child health in the united states ». *journal of biosocial science*, 25, 1993.

- [43]Frydman, R., Szejer M., Nobécourt M., et Association « La cause des bébés », éd. *La naissance: histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui. La cause des bébés*. Paris: Albin Michel, 2010.
- [44]Gabilly F. « Prise en charge des mères allaitantes », 2001.
- [45]Girard, L. « Communiquer autour de l'allaitement maternel du point de vue des soins centrés sur l'enfant et sa famille ». *Archives de Pédiatrie* 20, no 9 (septembre 2013): 1006-10. doi:10.1016/j.arcped.2013.06.012.
- [46]Giugliani, E. R., Caiaffa W. T., Vogelhut J., Witter F. R., et Perman J. A. « Effect of Breastfeeding Support from Different Sources on Mothers' Decisions to Breastfeed ». *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association* 10, no 3 (septembre 1994): 157-61.
- [47]Gracey, M., Murray H., Hitchcock N. E, Owles E.N., et Murphy B.P. « The Nutrition of Australian Aboriginal Infants and Young Children ». *Nutrition Research* 3, no 2 (mars 1983): 133-47. doi:10.1016/S0271-5317(83)80050-5.
- [48]Grajeda R, Perez-Escamilla R. « Stress during labor and delivery is associated with delayed onset of lactation among urban Guatemalan women ». 132, 2002.
- [49]Gremmo-Féger, G. « Actualisation des connaissances concernant la physiologie de l'allaitement ». *Archives de Pédiatrie* 20, no 9. (septembre 2013): 1016-21. doi:10.1016/j.arcped.2013.06.011.
- [50]Groër M, Davis M., Casey K. et al. « Neuroendocrine and immune relationships in postpartum fatigue », 2005.
- [51]Grossman, L. K., Fitzsimmons S. M., Larsen-Alexander J. B., Sachs L. et Harter C. « The Infant Feeding Decision in Low and Upper Income Women ». *Clinical Pediatrics* 29, no 1 (janvier 1990): 30-37.
- [52]Hakansson A et al. « Apoptosis induced by a human milk protein ». *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, août 1995, 8064-68.
- [53]HAS- Haute Autorité de Santé. « FAVORISER L'ALLAITEMENT MATERNEL Processus - Évaluation ». Mission formation, juin 2006.
- [54]Hauck, Y. L. « Factors Influencing Mothers' Decision to Breastfeed in Public ». *Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia* 12, no 1 (mars 2004): 15-23.
- [55]Heacock HJ et al. « Influence of breast versus formula milk on physiological gastroesophageal reflux in healthy newborn infants" ». *Pediatr Gastroenterol Nutr* 14, 1992.
- [56]Henderson J.J., Evans S.F., Straton J.A., Priest S.R., Hagan R. « Impact of postnatal depression on breastfeeding duration ». *Birth*, no 30 (2003): 175—80.
- [57]Herbinet, E. *D'amour et de lait*. Paris: Stock, 1980.
- [58]Herrscher E. « Comportements socioculturels liés à l'allaitement et au sevrage : le cas d'une population grenobloise sous l'Ancien Régime », 2004. HAL. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00009315>.

[59]Herzog Evans, M. « Féminisme biologique, allaitement et travail, une nouvelle forme d'autodétermination des femmes ». *La Revue des droits de l'homme. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux*, no 3 (1 juin 2013). doi:10.4000/revdh.202.

[60]Horta, B. L, et World Health Organization. *Evidence on the Long-Term Effects of Breastfeeding: Systematic Reviews and Meta-Analyses*. [Geneva]: World Health Organization, 2007.

[61]Info allaitement. « La dimension internationale et politique de l'allaitement », s. d. <http://www.info-allaitement.org/introduction.html>.

[62]Jana A.K. « Interventions afin de promouvoir l'initiation de l'allaitement : Commentaire de la BSG » (dernière révision : 2 mars 2009).Bibliothèque de Santé Génomique de l'OMS; Genève : Organisation mondiale de la Santé.

[63]Jones, D.A., West R.R., et Newcombe R.G.. « Maternal Characteristics Associated with the Duration of Breast-Feeding ». *Midwifery* 2, no 3 (septembre 1986): 141-46. doi:10.1016/S0266-6138(86)80005-5.

[64]Kant I. *Traité de pédagogie*, 1886.

[65]Kelishadi, R., Hadi B., Iranpour R., Khosravi-Darani K., Mirmoghtadaee P., Farajian S., et Poursafa P. « A Study on Lipid Content and Fatty Acid of Breast Milk and Its Association with Mother's Diet Composition ». *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences* 17, no 9 (septembre 2012): 824-27.

[66]Knip, M., Virtanen S. M, Seppä K., Ilonen J., Savilahti E., Vaarala O., Reunanen A., et al. « Dietary Intervention in Infancy and Later Signs of Beta-Cell Autoimmunity ». *The New England Journal of Medicine* 363, no 20 (11 novembre 2010): 1900-1908. doi:10.1056/NEJMoa1004809.

[67]Kronborg H, Vaeth M. « The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding ». *Scand J Public Health*, no 32 (2004): 210—6.

[68]Ladewig, E. L., C. Hayes, J. Browne, R. Layte, et U. Reulbach. « The Influence of Ethnicity on Breastfeeding Rates in Ireland: A Cross-Sectional Study ». *Journal of Epidemiology & Community Health* 68, no 4 (1 avril 2014): 356-62. doi:10.1136/jech-2013-202735.

[69]Lawson, K., et Tulloch M. I.. « Breastfeeding Duration: Prenatal Intentions and Postnatal Practices ». *Journal of Advanced Nursing* 22, no 5 (novembre 1995): 841-49.

[70]Leclercq, A-M. « L'allaitement maternel : choix personnel, problème de santé publique ou question de finance publique ? », 1997.

[71]Le Heuzey, M.-F., Turberg-Romain C., et Lelièvre B. « Comportement alimentaire des nourrissons et jeunes enfants de 0 à 36 mois : comparaison des habitudes des mères ». *Archives de Pédiatrie* 14, no 11 (novembre 2007): 1379-88. doi:10.1016/j.arcped.2007.08.011.

[72]Lemoyne R. « Alimentation du nourrisson et du jeune enfant », s. d. http://www.unicef.org/french/nutrition/index_breastfeeding.html.

- [73]Lett, D., et Morel M-F. *Une histoire de l'allaitement: Sur une idée originale de Caroline Lefebvre*. Paris: Martinière, 2006.
- [74] Littman, H., Medendorp S. V., et Goldfarb J.. « The Decision to Breastfeed. The Importance of Father's Approval ». *Clinical Pediatrics* 33, no 4 (avril 1994): 214-19.
- [75]Marfan, B-J A. *Traité de l'allaitement et de l'alimentation du premier âge*. Steinheil.G, 1898.
- [76]Martinet, J., et Houdebine, L-M. *Biologie de la lactation. Mieux comprendre*. Paris : Versailles: INSERM ; INRA, 1993.
- [77]Martinez, G. A., Dodd D. A., et Samartgedes J. A.. « Milk Feeding Patterns in the United States during the First 12 Months of Life ». *Pediatrics* 68, no 6 (décembre 1981): 863-68.
- [78]McCann JC, Ames B. N. « Is docosahexaenoic acid, an n-3 long-chain polyunsaturated fatty acid, required for development of normal brain function? An overview of evidence from cognitive and behavioral tests in humans and animals. » *Am J Clin Nutr*, 2005.
- [79]McDowell, M. M., Wang C., et Kennedy-Stephenson J. « Breastfeeding in the United States: Findings from the National Health and Nutrition Examination Surveys, 1999-2006 ». *NCHS Data Brief*, no 5 (avril 2008): 1-8.
- [80]Nestlé. « Babynés la nutrition nouvelle génération. », s. d. <https://www.babynes.com/fr-fr/>.
- [81]Newburg, D. S. « Bioactive Components of Human Milk: Evolution, Efficiency, and Protection ». *Advances in Experimental Medicine and Biology* 501 (2001): 3-10.
- [82]Newell, M.-L., Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Programme commun coparrainé des Nations Unies sur le HIV et le SIDA, et Organisation mondiale de la santé. *La transmission du VIH par l'allaitement au sein bilan des connaissances actuelles*. Genève: ONUSIDA, 2005.
- [83]Noirhomme-Renard, F., et Noirhomme Q. « Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature ». *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 22, no 3 (mai 2009): 112-20. doi:10.1016/j.jpp.2009.03.006.
- [84]Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*. Genève: OMS, 1981
- [85]Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Mastite – Causes et prise en charge*.2004.
- [86]Peters E, Wehkamp K.H., Felberbaum R.E., Kruger D., Linder R. « Breastfeeding duration is determined by only a few factors ». *J Public Health* 16 (2006): 162—7.
- [87]Petra Study Team. « Efficacy of Three Short-Course Regimens of Zidovudine and Lamivudine in Preventing Early and Late Transmission of HIV-1 from Mother

- to Child in Tanzania, South Africa, and Uganda (Petra Study): A Randomised, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial ». *The Lancet* (London, England) 359, no 9313 (6 avril 2002): 1178-86. doi:10.1016/S0140-6736(02)08214-4.
- [88]Quarles, A., Williams P. D., Hoyle D. A., Brimeyer M., et Williams A. R.. « Mothers' Intention, Age, Education and the Duration and Management of Breastfeeding ». *Maternal-Child Nursing Journal* 22, no 3 (septembre 1994): 102-8.
- [89]Quigley, M. A., Kelly Y. J., et Sacker A.. « Breastfeeding and Hospitalization for Diarrheal and Respiratory Infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study ». *PEDIATRICS* 119, no 4 (1 avril 2007): e837-42. doi:10.1542/peds.2006-2256.
- [90]Rigourd, V., J.F. Magny, R. Serreau, A. Tasseau, S. Aubry, M. Lévêque, F. Autret, et al. « Conseils pour l'allaitement ». *EMC - Traité de médecine AKOS* 3, no 4 (janvier 2008): 1-12. doi:10.1016/S1634-6939(08)43479-8.
- [91]Rollet, C., et Marie-France Morel. *Des bébés et des hommes: traditions et modernité des soins aux tout-petits*. La cause des bébés. Paris: A. Michel, 2000.
- [92]Rollet, C. *Des bébés et des hommes: traditions et modernité des soins aux tout-petits*. La cause des bébés. Paris: A. Michel, 2000.
- [93]Rollet, C. « Histoire de l'allaitement en France : pratiques et représentations ». *Co-Naitre*, Mai 2006.
<http://www.co-naitre.net/articles/histoireallaitementCRmai2006.pdf>.
- [94]Roques, N. « Informations commerciales et alimentation infantile », octobre 2001.
- [95]Roussel.C, H razafimahefa, S. shankar-Aguilera, M Durox, P. boileau. « Impacts des facteurs maternels sur l'allaitement maternel en réanimation néonatale. maternal factors influencing breastfeeding on a neonatal intensive care unit ». *Archives de Pédiatrie* 19 (2012): 663-69.
- [96]Saarinen, K. M., Juntunen-Backman K., Järvenpää A. L., Klemetti P., Kuitunen P., Lope L., Renlund M., Siivola M., Vaarala O., et Savilahti E.. « Breast-Feeding and the Development of Cows' Milk Protein Allergy ». *Advances in Experimental Medicine and Biology* 478 (2000): 121-30. doi:10.1007/0-306-46830-1_10.
- [97]SaarinenU.M, Kajosaari M. « Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease : prospective follow-up study until 17 years old ». *The Lancet*, 21, 21 octobre 1995.
- [98]Samain, A. *Aux flancs du vase*. Recueil de poèmes. 1898.
- [99]Schaffar, A., Huyghe A.-S., Bomy H., Duriez P., Ego A., et Pierrat V. « Allaitement maternel : opinions et connaissances des pharmaciens dans la métropole lilloise ». *Archives de Pédiatrie* 19, no 5 (mai 2012): 476-83. doi:10.1016/j.arcped.2012.02.020.
- [100]Schwarz, E. B, Ray R. M., Stuebe A. M., Allison M. A., Ness R. B., Freiberg M. S., et Cauley J.A. « Duration of Lactation and Risk Factors for Maternal Cardiovascular Disease ». *Obstetrics & Gynecology* 113, no 5 (mai 2009): 974-82. doi:10.1097/01.AOG.0000346884.67796.ca.

- [101]Scott, J., Aitkin I., Binns C., et Aroni R.. « Factors Associated with the Duration of Breastfeeding amongst Women in Perth, Australia ». *Acta Paediatrica* 88, no 4 (2 janvier 2007): 416-21. doi:10.1111/j.1651-2227.1999.tb01133.x.
- [102]Scott, Jane A., Colin W. Binns, Wendy H. Oddy, et Kathleen I. Graham. « Predictors of Breastfeeding Duration: Evidence from a Cohort Study ». *Pediatrics* 117, no 4 (avril 2006): e646-55. doi:10.1542/peds.2005-1991.
- [103]Scott, J., Binns C., et Aroni R.. « The Influence of Reported Paternal Attitudes on the Decision to Breast-Feed ». *Journal of Paediatrics and Child Health* 33, no 4 (août 1997): 305-7. doi:10.1111/j.1440-1754.1997.tb01605.x.
- [104]Sherriff, N., Hall V., et Panton C. « Engaging and Supporting Fathers to Promote Breast Feeding: A Concept Analysis ». *Midwifery* 30, no 6 (juin 2014): 667-77. doi:10.1016/j.midw.2013.07.014.
- [105]Siegfried, N., van der Merwe L., Brocklehurst P., et Sint T. « Antiretrovirals for Reducing the Risk of Mother-to-Child Transmission of HIV Infection ». In *Cochrane Database of Systematic Reviews*, édité par The Cochrane Collaboration. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2011. <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003510.pub3>.
- [106]Singh, G. K., Kogan M. D., et Dee D. L. « Nativity/Immigrant Status, Race/Ethnicity, and Socioeconomic Determinants of Breastfeeding Initiation and Duration in the United States, 2003 ». *PEDIATRICS* 119, no Supplement (1 février 2007): S38-46. doi:10.1542/peds.2006-2089G.
- [107]Smit, E. N., Martini I. A., Kemperman R. F. J., Schaafsma A., Muskiet F. a. J., et Boersma E. R.. « Fatty Acids in Formulae for Term Infants: Compliance of Present Recommendations with the Actual Human Milk Fatty Acid Composition of Geographically Different Populations ». *Acta Paediatrica* (Oslo, Norway: 1992) 92, no 7 (juillet 2003): 790-96.
- [108]Spock, Benjamin. *Baby and Child Care*. New York: Hawthorn Books, 1976.
- [109]Stam, J., Sauer P. J., et Boehm G.. « Can we define an infant's need from the composition of human milk? ». *American Journal of Clinical Nutrition* 98, no 2 (10 juillet 2013): 521S - 528S. doi:10.3945/ajcn.112.044370.
- [110]Stuebe A-M., Rich-Edwards J.W., Willett W.C., et et al. « Duration of lactation and incidence of type 2 diabete ». *JAMA*, 2005.
- [111]Taveras E.M., Li R., Grummer-Strawn L., Richardson M., Marshall R., et Rêgo V.H., et al. « Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. » 113 (2004): 283-90.
- [112]Thirion, M. « La contraception ». *Santé et allaitement maternel*, 2003. http://www.santeallaitementmaternel.com/se_former/aider_vos_patientes/accompagnement/bien_etre_mere/accompagnement5.php.
- [113]Tsvetov, G., Levy S., Benbassat C., Shraga-Slutzky I., et Hirsch D. « Influence of Number of Deliveries and Total Breast-Feeding Time on Bone Mineral Density in Premenopausal and Young Postmenopausal Women ». *Maturitas* 77, no 3 (mars 2014): 249-54. doi:10.1016/j.maturitas.2013.11.003.

[114]Turck, D., Vidailhet M., Bocquet A., Bresson J.-L., Briend A., Chouraqui J.-P, Darmaun D., et al. « Allaitement Maternel : Les Bénéfices Pour La Santé de L'enfant et de Sa Mère ». *Archives de Pédiatrie* 20 (novembre 2013): S29-48. doi:10.1016/S0929-693X(13)72251-6.

[115]Von Berg A., et al. « Preventive effect of hydrolyzed infant formulas persists until age 6 years: long-term results from the German Infant Nutritional Intervention Study (GINI) ». *J Allergy Clin Immunol*, 2003, 121 édition.

[116]Von Berg A, Koletzko S., Grubl A., et al. « The effect of hydrolyzed cow's milk formula for allergy prevention in the first year of life: the german infant nutritional intervention study, a randomized, double-blind trial ». *J Allergy Clin Immunol.*, no 111 (2003).

[117]Walburg, V., Goehlich M., Conquet M., Callahan S., Schölmerich A., et Chabrol H. « Étude comparative de mères françaises et allemandes primipares en matière d'allaitement maternel: motivation, choix et prise de décision ». *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 20, no 5 (septembre 2007): 195-99. doi:10.1016/j.jpp.2007.06.003.

[118]Weimer, J. P. « The Economic Benefits Of Breastfeeding: A Review And Analysis », 2001. <http://purl.umn.edu/33813>.

[119]World Health Organization(WHO), éd. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva: WHO, 2003.

[120]World health organization (WHO). *Guidelines on HIV and Infant Feeding 2010: Principles and Recommendations for Infant Feeding in the Context of HIV and a Summary of Evidence*. Geneva: World Health Organization, 2010.

[121]Zola E.. Fécondité. Fasquelle. fasquelle, 1899.

[122]Zupan, J., et Åhman E.. *Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates*. Geneva: World Health Organization, 2006.

[123]« Interstitial Pneumonia (Fibrosing Alveolitis) ». *The Lancet* 312, no 8082 (juillet 1978): 191-92. doi:10.1016/S0140-6736(78)91926-8.

Liens internet :

[124]« AA 67 : Allaiter, vous avez le droit ». Consulté le 19 décembre 2015. <http://www.illfrance.org/1156-67-allaiter-vous-avez-le-droit-allaiter-aujourd'hui-nd67>.

- [125]« AA 68 : Refus du sein, grèves de la tétée ». <http://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1157-68-refus-du-sein-greves-de-la-tete>.
- [126]« AA 70 : L'allaitement quand il dure ». <http://www.lllfrance.org/1158-70-lalaitement-quand-il-dure>.
- [127]« AA 80 : le matériel autour de l'allaitement ». <http://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1563-aa-80-le-materiel-autour-de-lalaitement>.
- [128]« A propos du [décret n°98-688 du 30 juillet 1998](#) » <http://www.allaitement-informations.org/DecretPreparationsPourNourrissons.html>.
- [129]« ARPAL Association Relais Parentalité Allaitement », s. d. <http://www.programmerelaisallaitement.fr/index.php>.
- [130] *Arrêté du 11 avril 2008 relatif aux préparations pour nourrissons et aux préparations de suite et modifiant l'arrêté du 20 septembre 2000 relatif aux aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales*, s. d.
- [131]« Commission Européenne. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe », s. d www.iblce-Europe.org/Download/Blueprint/Blueprint%20English.pdf.
- [132]« Coordination Française pour l'Allaitement Maternel » (CoFAM) www.coordination-allaitement.org/
- [133]« DA 51 : Allaitement et santé maternelle ». <http://www.lllfrance.org/1296-da-51-allaitement-et-sante-maternelle>.
- [134]« DA 51 : Le point sur les mastites ». <http://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1484>.
- [135]« DA 56 : Approche fonctionnelle de l'allaitement et malocclusions ». <http://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1323>.
- [136]« DA 62 : Pansement au lait maternel ». <http://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1333>.
- [137]« DA 66 : Le vasospasme du mamelon : un problème qu'on peut traiter ». <http://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1314-da-66-le-vasospasme-du-mamelon-un-probleme-qu-on-peut-traiter>.
- [138]« Déclaration Innocenti ». www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.html.
- [139]« Déclaration Innocenti de 1990 » www.who.int/about/agenda/health_development/events/innocenti_declaration_1990.pdf.
- [140] « Décret no 98-688 du 30 juillet 1998 ». <http://www.lllfrance.org/958-decret-98-688>.

- [141] *Directive 2006/141/CE de la Commission concernant les préparations pour nourrissons et les préparations de suite et modifiant la directive 1999/21/CE Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE*, s. d.
- [142] « Fentes labiales et palatines ». <http://www.lllfrance.org/1380-allaitement-et-fentes-labiales-palatines>.
- [143] « Histoire de l'allaitement ». Thirion, M. 2010 www.santeallaitementmateriel.com/s_informer/trouver_article/articles/documents/Thirion1.pdf.
- [144] « Histoire de l'allaitement au 20e siècle ». www.lllfrance.org/vous-informer/votre-allaitement/allaitement-dans-la-societe/944-lallaitement-au-20e-siecle.
- [145] « Initiative Hôpitaux Amis des bébés » (IHAB) www.amis-des-bebes.fr/tout-sur-ihab.php.
- [146] « International Baby Food Action Network » (IBFAN) www.ibfan.org/.
- [147] « International Lactation Consultant Association » (ILCA) www.ilca.org/home
- [148] « IPA Information pour l'Allaitement - Au Québec ». www.info-allaitement.org/au-quebec.html.
- [149] « IPA Information pour l'Allaitement - Au Royaume-Uni » www.info-allaitement.org/au-royaume-uni.html
- [150] « IPA Information pour l'Allaitement - Aux Etats-Unis ». www.info-allaitement.org/usa---australie.html.
- [151] « IPA Information pour l'Allaitement - En France ». www.info-allaitement.org/france.html.
- [152] « IPA Information pour l'Allaitement - Etudes sociologiques en France ». www.info-allaitement.org/etude-en-france.html.
- [153] « La dimension internationale et politique de l'allaitement ». *Info Allaitement*, s. d. <http://www.info-allaitement.org/introduction.html>.
- [154] « L'allaitement et la santé des enfants : AA 27 ». www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1108-le-lait-maternel-cest-bon-pour-la-sante.
- [155] « Leche League » (LLL) www.lllfrance.org/.
- [156] « Machine baby nes avec services connectés ». *Baby nes*, s. d. www.baby nes.com/fr.
- [157] « OMBREL ». 2016. www.ombrel.fr/.
- [158] « Raisons médicales acceptables pour donner des compléments aux nourrissons allaités ». www.lllfrance.org/1077-raisons-medicales-acceptables-pour-donner-des-complements-aux-nourrissons-allaites.
- [159] « Sécurité nutritionnelle et situations d'urgence ». *UNICEF*. www.unicef.org/french/nutrition/index_emergencies.html.
- [160] « SOLIDARILAIT » www.Solidarilait.org.

[161]« Travail-emploi.gouv.fr : Congé maternel et paternel » www.travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/temps-de-travail-et-conges/maternite-paternite-&adoption

[162]« UNICEF- Guide programmation pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.2012 » www.unicef.org/nutrition/files/Guide_de_programmation_en_ANJE_2012_final.pdf”

[163]« WHO | Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes ». WHO. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_FCH_CAH_09.01/en/.

[164]“[World Alliance for Breastfeeding Action](http://www.waba.org.my)” (WABA).www.waba.org.my.

Université de Lille 2
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE
MEMOIRE de DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
(tenant lieu de Thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie)
Année Universitaire 2015 / 2016

Nom : LAURENT

Prénom : Lucile

Titre du mémoire / thèse :

L'ALLAITEMENT MATERNEL : Evolution des pratiques et recommandations actuelles

Mots-clés : Allaitement, Lait, Physiologie, Nourrices, Historique, Promotion, Bénéfices, Facteurs influents, Réglementation.

Résumé : L'allaitement maternel n'est pas toujours facile à mettre en œuvre pour les mères venant d'accoucher. Malgré l'aspect naturel et instinctif de cet acte, il est encore peu intégré dans notre société. Comment expliquer le tabou qui s'est développé autour de l'allaitement maternel ? Les autorités de santé tentent aujourd'hui de réhabiliter la pratique dans les établissements de santé et d'impliquer le personnel soignant par des formations spécifiques. Ainsi chaque mère doit bénéficier d'une prise en charge adaptée dès le début de la grossesse, pour lui permettre de faire un choix éclairé et de mener à bien son projet, quelles que soient les difficultés.

Membres du jury :

Président : Madame HANNOTHIAUX Marie-Hélène, Maître de Conférences en Toxicologie et Hygiène, Université Lille II

Assesseur(s) : Madame ROGER Nadine, Maître de Conférences en Immunologie, Université Lille II

Madame BUTEZ Cécile, Sage-femme, Centre hospitalier de Chauny(Aisne)