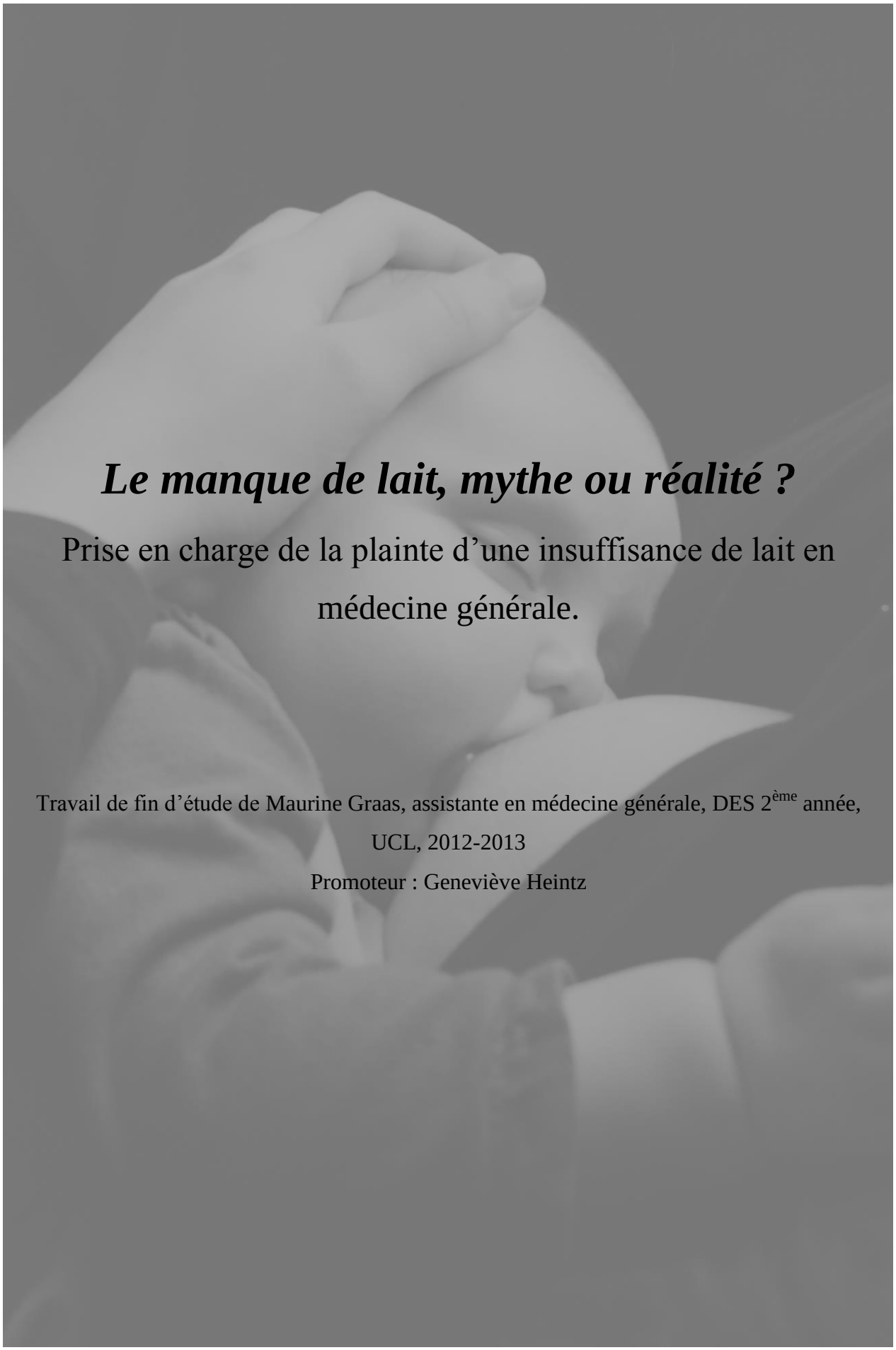


Le manque de lait, mythe ou réalité ?

Prise en charge de la plainte d'une insuffisance de lait en médecine générale.

Travail de fin d'étude de Maurine Graas, assistante en médecine générale, DES 2ème année,
UCL, 2012-2013
Promoteur : Geneviève Heintz

Abstract :

Le lait maternel est reconnu comme le meilleur aliment pour le nouveau-né et ce jusqu'à 6 mois. En Belgique, seuls 40% des nouveau-nés en bénéficient encore à 3 mois. Parmi les différentes causes de sevrage, l'impression d'une insuffisance de lait est la première cause citée. Selon la littérature, moins de 5% des mères peuvent rencontrer ce problème. Pourtant beaucoup de femmes remplacent (ou se voient arrêter par leur médecin) leur allaitement à cause d'une sensation de manque de lait et utilisent des compléments de lait artificiel.

Le but de ce TFE est de faire un point sur l'insuffisance de lait, d'en expliquer les sortes et de mettre en avant les moyens de résoudre ce problème afin de faire durer l'allaitement, et de donner des critères pour mettre en place des compléments de lait artificiel.

La méthodologie utilisée a été :

- l'emploi de livres de référence et du site de mise à jour médical Uptodate.
- l'utilisation de la banque de données de Prescrire.
- l'utilisation des moteurs de recherche de Pubmed, doccismef, CEBAM pour la recherche d'articles et de guidelines sur le sujet
- la mise en ligne d'un questionnaire sur l'allaitement maternel afin de recevoir des témoignages sur la question de l'insuffisance de lait.

Mots clés : lactation, allaitement, insuffisance de lait, physiologie de l'allaitement, galactologue,…

Table des matières :

Abstract : 2

Table des matières : 3

1. Introduction : 4
2. Etat des lieux : 6
3. La lactation : 9
4. L'insuffisance de lait : 16
5. Quand supplémenter ? 21
6. Les galactologues : 23
7. Enquête 26
8. Conclusion 34
9. Annexes 35
10. Bibliographie : 40

1. Introduction :

Dans le rapport de l'OMS de 1989 sur l'allaitement maternel, on peut lire : « *Human lactation is a relatively neglected area of scientific research. In fact, less is know about lactation in humans than in commercially exploited animals.*"

Si les recherches sur le sujet ont évolué, ce n'est pas forcément le cas de la formation des médecins en Belgique qui reste presque inexistante dans le cursus de base.

Ne connaissant pas grand-chose de l'allaitement, je ne m'étais jamais trop arrêtée sur le sujet, mes contacts avec les jeunes mères étant peu nombreux. Puis, j'ai commencé à travailler en ONE, où j'ai vu beaucoup de jeunes mères me dire qu'elles avaient dû arrêter leur allaitement exclusif car elles n'avaient plus assez de lait. Soit cela avait déjà commencé à la maternité, soit au retour à la maison, l'allaitement se passait bien et d'un coup, elles voyaient que leur enfant s'énervait lors de la tétée et trouvaient leurs seins moins « remplis » qu'auparavant.

Les consultations ONE ayant pour but la prévention de l'enfance, je vérifiais surtout la croissance du nourrisson. De plus, je me disais que si des confrères plus expérimentés que moi avaient suggéré la mise en place de compléments de lait artificiel, ou l'arrêt de l'allaitement, c'est qu'ils savaient ce qu'ils faisaient.

Et puis, lors de mes cours d'ONE, j'ai vu qu'il était normal de vivre des épisodes difficiles lors de l'allaitement, et qu'il fallait encourager les jeunes mères à le poursuivre.

C'est finalement, lorsque je fus moi-même confrontée à ce problème, à la naissance de ma fille, que mes connaissances ont fait le plus grand bon. Du jour au lendemain, ma fille s'est mise à s'énerver sur mon sein, et à réclamer plus souvent, nuit et jour. Cette période a duré plusieurs jours, assez difficiles car ils coïncidaient avec le retour au travail. Et c'est grâce aux conseils du Dr Heintz et aux recherches que j'ai effectuées à ce moment-là que j'ai pu continuer mon allaitement, de manière exclusive.

A présent, dans mes consultations, je pose souvent la question : « comment se passe l'allaitement ? ». Les jeunes mères ont l'air d'apprécier avoir un médecin qui s'intéresse à l'allaitement, les travailleuses de l'ONE étant surtout là pour répondre aux questions de routine, nous référant les patientes en cas de pathologie. Les questions sont de plus en plus nombreuses, peut-être aussi parce que je suis une jeune mère et qu'elles se sentent plus à l'aise à en parler avec moi (jeune femme médecin) qu'avec leur gynécologue (une seule visite de routine prévue à la 6ème semaine du post-partum) ou qu'avec le pédiatre de leur enfant (beaucoup d'enfants n'en ont pas, du à la pénurie relative de cette spécialité dans la région).

Une question m’est donc venue en tête : cette insuffisance, ce manque de lait, existe-t-il vraiment ? Quelles sont les femmes qui ne peuvent pas allaiter exclusivement, sont-elles nombreuses ? Et surtout, que faire pour aider toutes ces femmes?

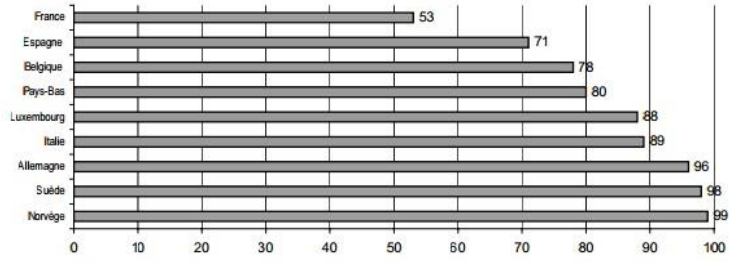
2. Etat des lieux [1]-[2]:

L'OMS recommande un allaitement exclusif jusqu'à 6 mois (et jusqu'à 2 ans avec une diversification alimentaire d'après l'American Academy of Pediatrics), ce qui permet un développement optimal des nourrissons par rapport à ceux dont l'allaitement à duré 3 à 4 mois, et d'autant plus par rapport à ceux non allaités. L'ajout d'une alimentation complémentaire avant ces 6 mois n'apporte aucun bénéfice.

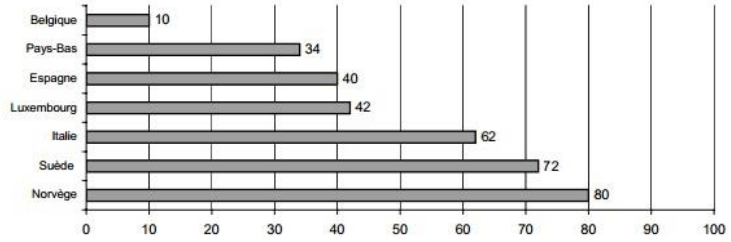
En plus d'un avantage franc sur la santé de l'enfant (protection vis-à-vis des infections gastro-intestinales, ORL et respiratoires, diminution du risque d'obésité, diminution probable de certains cancers, de certaines maladies chroniques auto-immunes,) et de la mère (diminution des pertes sanguines en post-partum précoce, retour au poids d'avant grossesse plus rapide, protection possible contre le cancer du sein en préménopause, de l'ovaire, de l'ostéoporose), il existe un avantage important au niveau financier pour les parents (estimée à 500€ par enfant allaité plus de 3 mois, 800$ aux Etats-Unis) et pour la société, via la diminution des soins de santé (estimée à 1500$ par enfant allaité aux Etats-Unis).

Malgré tous ces avantages, la Belgique accuse un certain retard par rapport aux autres pays européens.

Taux d'initiation de l'allaitement maternel dans quelques pays européens (EU Project 2004, BDMS 2004) :



Taux d'allaitement maternel à 6 mois dans quelques pays européens (EU Project 2004) :



Si les taux sont en nette augmentation, en 2003, 77% des nourrissons ont bénéficié d'un allaitement exclusif à la sortie de la maternité en Wallonie (contre 98% au Danemark, 99% en Norvège) et à 3 mois, seuls 40% était encore allaités exclusivement.

En France, la première cause d'arrêt de l'allaitement reste encore le manque de lait, devant la reprise du travail. Il existe très peu de chiffres en Belgique pour ces mêmes problématiques.

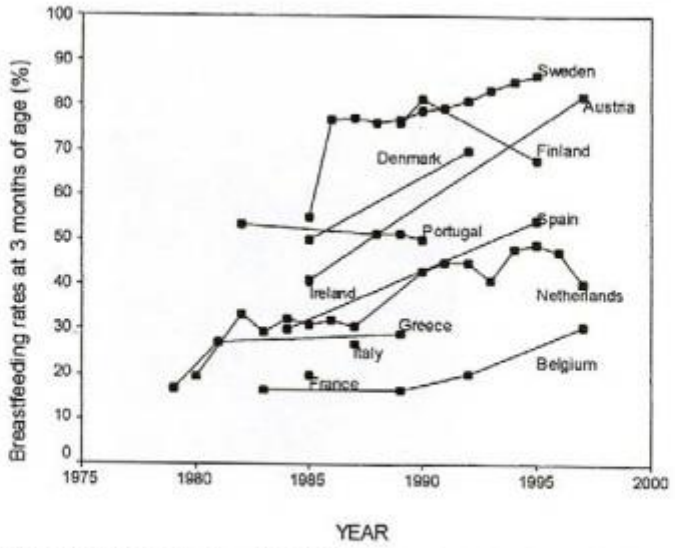


Fig. 2 Percentage children breastfed at 3 months, from WHO[59]. Please note that different definitions on breastfeeding and different methods for data collection may have been used. The data from the different countries may therefore not be fully comparable

La plupart des mères souhaitent allaiter, mais arrêtent faute d'informations suffisantes.[3]

Mais les médecins possèdent-ils les moyens d'informer suffisamment les jeunes mères ?

Il n'existe pas encore de formation en allaitement pour les médecins, et les formations des travailleuses médico-sociales de l'ONE et des pédiatres sont très variables, alors que l'OMS recommande une bonne formation des soignants dans les 10 conditions pour le succès d'un allaitement (voir annexe 3). Plusieurs études ont été réalisées et montrent qu'un cours de formation devrait durer au moins 18 heures dont 3 consacrées à la pratique clinique[4].

Il existe des formations courtes ou longues pour les professionnels de santé (via le site : http://www.infor-allaitement.be/pages/formations.php ou http://www.allaitement-maternel-formation.com/formations ou

http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg4/@consumerproducts/documents/ie2divers/18068818_fr.pdf)

ainsi qu'une formation faite par l'OMS et l'UNICEF : Le conseil en allaitement, cours de formation

(http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_CDR_93.5_fre.pdf).

Mais s'il existe un code nous permettant de prendre plus de temps dans une consultation pour le suivi du tabac, aucune majoration de nos honoraires ne peut se faire lors d'une consultation en allaitement, alors qu'elle prend aussi plus de temps.

Notons qu'en Belgique, 22 maternités sur les 141[5] ont obtenu le label « Amis des bébés », label gageant une promotion de l'allaitement maternel, contre 100% des hôpitaux suédois.

3. La lactation : bases physiologiques et mise en route [6-7].

3.1. La lactogenèse de stade 1 ou l'initiation de la sécrétion (également appelée phase colostrale):

Elle débute pendant la deuxième partie de la grossesse et se termine 2 ou 3 jours après la naissance au moment de la montée laiteuse.

Pendant la grossesse la sécrétion de lait est freinée par la progestérone (sécrétée par le placenta) et par l'œstrogène secondairement.

Au niveau hypophysaire, la progestérone freine la sécrétion de la prolactine. De petites quantités de lait contenant du lactose et de la caséine peuvent néanmoins être sécrétées après 18 semaines d'aménorrhée.

Le colostrum est présent à la naissance, et parfois même avant. Pendant cette période l'enfant a besoin d'une protection immunitaire et d'un apport nutritionnel. Cela permet au nouveau-né d'acquérir et de perfectionner sa technique de succion d'une part, et de fournir une protection des muqueuses digestives d'autre part. Le colostrum est riche en éléments provenant du sang maternel (eau, sels minéraux et immunoglobulines). C'est pourquoi la tétée de bienvenue est si importante, riche en immunoglobulines, elle protège le nourrisson.

3.2. la lactogenèse de stade 2 ou l'activation de la sécrétion (également appelée phase lactée) :

Elle démarre par la chute rapide des hormones placentaires, essentiellement la progestérone, observée immédiatement après l'accouchement ainsi que la présence de taux élevés de prolactine, cortisol et insuline.

Elle va entraîner une modification de la sécrétion lactée et une augmentation du volume de lait produit et ce d'autant plus que l'extraction de lait intervient rapidement. La production de lait va augmenter pour s'adapter aux besoins de l'enfant (30 à 50 ml à J2, 100 à 150 ml à J3, 600 ml vers 2 semaines)

L'apparition de cette phase peut prendre 2 à 3 jours, jusqu'à 7 jours après l'accouchement. Elle est plus rapide pour un deuxième enfant que pour un premier, ainsi que pour un accouchement par voie basse plutôt qu'une césarienne.

D'autres pathologies comme le diabète, une rétention placentaire ou un accouchement traumatique peuvent reporter cette phase.

3.3. La lactation : (ou Lactogenèse de stade 3)

Comme pour toutes les fonctions physiologiques, la lactation possède une différence interindividuelle très importante.

Le lait est fabriqué par les cellules sécrétrices de l'épithélium mammaire (=lactocytes). Il est sécrété en continu dans les acini puis il est stocké dans la lumière alvéolaire dans l'attente de son éjection.

Au niveau quantitatif, 2 mécanismes la régulent : l'endocrine et l'autocrine. Le système endocrine détermine les limites de production maximales de lait, le système autocrine adapte le volume de lait aux besoins du ou des enfants.

L'aspect qualitatif est lui régulé par 5 voies : pinocytose, transport apical, exocytose, transcytose et voie intercellulaire que nous n'aborderons pas ici.

Le système endocrine : production et éjection.

La succion entraîne une stimulation du complexe aréolo-mammaire via les récepteurs à l'étirement situés sur l'aréole, d'où l'importance d'une bonne technique de succion.

Cette technique requiert l'intégralité des fonctions neurologiques et motrices. Ainsi, un enfant prématuré peut avoir plus de difficultés à téter tout comme un enfant ayant une déformation (frein de langue court, fente palatine,…)

Cette stimulation entraîne une activation du complexe hypothalamo-hypophysaire, et la sécrétion donc de 2 hormones et un facteur : la prolactine, l'ocytocine et le FIL.

La prolactine est l'hormone de la production du lait. Elle est sécrétée au niveau des cellules lactotropes de l'anté-hypophyse. Elle a une sécrétion pulsatile (7 à 20 pics/jour) qui s'ajoute au taux sérique de base durant l'allaitement. Les taux augmentent progressivement pendant la grossesse, ce qui explique que lors d'un accouchement prématuré l'allaitement soit plus difficile à mettre en route. Elle est inhibée par la dopamine. Cette inhibition est levée par la stimulation des terminaisons nerveuses du complexe mamelon-aréole.

L'intensité de la sécrétion dépend de la stimulation du sein (via les nerfs se terminant au niveau de la zone aérolo-mamellaire) mais décroit au fur et à mesure de l'allaitement (il semblerait que les récepteurs deviennent plus sensibles.)

Le taux plasmatique ne semble pas être en corrélation avec la quantité de lait produite, par contre la prolactine intra-mammaire, qui augmente quand un acinus est vidé, stimule la production de lait.

Cette hormone connaît des variations circadiennes : pic vers 5-7h, donnant un intérêt primordial aux tétées de nuits, et un creux vers 12-14h.

En association avec le cortisol, la prolactine va, elle, exercer un rétrocontrôle sur la fabrication de ses propres récepteurs :

- une forte et longue imprégnation en prolactine augmente le taux de récepteurs sur la membrane des lactocytes, d'où l'importance d'une mise au sein précoce et d'un allaitement à la demande afin d'avoir un nombre de récepteurs importants, et donc une augmentation de la production de lait.
- Une diminution de la concentration en prolactine diminue le nombre de récepteurs.

L'ocytocine est entre autres l'hormone de l'éjection du lait. Sous son effet, les cellules myoépithéliales qui entourent les lactocytes se contractent et permettent l'éjection du lait vers l'extérieur, via les canaux galactophores. Elle est synthétisée dans l'hypothalamus, mais son stockage et sa sécrétion sont situées dans la posthypophyse.

Elle a une sécrétion pulsatile (4 à 10 pics par 10 minutes au moment des tétées). Elle est sécrétée lors d'une stimulation tactile du mamelon mais répond aussi à d'autres stimuli comme la vue, le toucher, l'audition.

Elle dépend aussi de l'état émotionnel de la mère (stress et fatigue) via la noradrénaline qui agit directement en inhibant les cellules myoépithéliales, ainsi que de l'alcool (dose dépendant) et des opiacés qui ont aussi un effet négatif sur cette hormone.

Il existe parfois un temps de latence entre le moment de la stimulation du sein et le début de la synthèse d'ocytocine et donc le début de l'éjection du lait. Ce temps de latence varie d'une femme à l'autre de 0 à 15 minutes. Il est donc important de ne pas limiter la durée de temps des tétées, certains enfants ayant besoin de 10 minutes avant d'avoir reçu une goutte de lait.

De plus, dans les premiers jours du postpartum, l'ocytocine provoque des contractions utérines, diminuant les pertes sanguines chez la mère, et provoquant une réduction utérine. Cet effet est majoré si la première tétée a eu lieu directement après l'expulsion du placenta.

Le FIL (ou Facteur Inhibiteur de la Lactation par rétro-contrôle)

FIL est une protéine produite par la glande mammaire lors de la synthèse du lait via l'inhibition de la synthèse protéique, interruption des sécrétions des vésicules de Golgi, catabolisme accru et fixation réversible sur les récepteurs à la prolactine

Elle répond à l'augmentation de la pression intra mammaire.

Le FIL s'accumule en même temps que les autres constituants du lait. Par conséquent, plus le sein est plein, plus le FIL agit, plus la production est ralentie.

De plus, elle change la différentiation cellulaire de la glande mammaire et donc change le lait.

Le système autocrine :

L'aspect quantitatif du contrôle autocrine concerne les lactocytes qui sécrètent en continu du lait.

Elle peut se résumer ainsi : la vitesse de synthèse du lait est inversement proportionnelle au degré de remplissage des alvéoles.

Ainsi, un lactocyte rempli de lait a des cellules membranaires aplaties et distendues et une pression intra mammaire augmentée qui diminueront leur production de lait, jusqu'à un arrêt total de la synthèse via une diminution du flux sanguin dans les capillaires mammaires et donc une réduction du taux de prolactine (par exemple, dans une situation d'engorgement, de tétées inefficaces, d'utilisation de compléments, utilisation d'une tétine, sucette ou lorsqu'on impose des horaires aux tétées).

A l'inverse, un lactocyte vidé complètement a des cellules membranaires hautes et cylindriques, lors d'une tétée efficace par exemple, et va se remplir à nouveau.

Cet aspect justifie un allaitement à la demande : un enfant va adapter ses besoins en tétant. Néanmoins, comme le bébé ne consomme en moyenne que 2/3 du lait disponible, le sein n'est jamais entièrement drainé ou vidé lors des tétées.

Cette vitesse de remplissage est différente dans les deux seins bien que ceux-ci reçoivent la même imprégnation hormonale.

Chaque mère possède aussi une capacité de stockage différente (c'est-à-dire une quantité de lait maximale dans chaque sein), qui varie d'un sein à l'autre (variable de 80 à 600ml). Cela explique que certaines mères sont plus sujettes à faire des engorgements (sein pas assez

souvent drainé) ou que leurs enfants tètent plus souvent. Cela n'a donc pas de rapport avec la capacité de produire du lait, mais bien d'en stocker.

C'est donc la demande de l'enfant qui régule la production de lait[8]. Cette demande varie donc d'un enfant à l'autre, et d'une femme à l'autre.

Autres hormones :

D'autres hormones interviennent dans la production de lait, de manière quantitative ou qualitative : œstrogène, progestérone, hPL, glucocorticoïdes, Insuline, GH, hormones thyroïdiennes.

3.4. La pratique :

Ce qu'il faut en retenir : l'allaitement n'étant pas uniquement le fait d'un comportement instinctif, des techniques doivent être assimilées.

Première étape : repérer quand l'enfant a faim :

Les signes précoces du besoin de téter comprennent :

- des mouvements de succion
- des bruits de succion
- les mains portées à la bouche
- des grognements doux ou de petites plaintes
- de l'agitation

Les pleurs sont un signe tardif du besoin de téter et peuvent interférer avec un allaitement efficace.

Il n'y a pas de minimum de temps entre 2 tétées, ni de maximum par jour. En effet, en réclamant souvent, l'enfant stimule la lactation qui progressivement s'adaptera à ses besoins. Il faut avoir une attention particulière vis-à-vis d'un minimum de tétées pour les bébés de petits poids ou de certains gros bébés qui peuvent devoir être stimulés (bébés dit « gros dormeurs ») : les parents se plaignent que l'enfant s'endort tôt dans la tétée et est difficile à réveiller (on peut les stimuler en enlevant les couvertures, changeant la couche du bébé, le placer en peau à peau, masser son dos, son abdomen, ses bras et ses jambes). Ces enfants peuvent parfois nécessiter de suppléments si une grosse perte de poids est remarquée, entrainant plus de fatigue. Ces suppléments peuvent être de lait maternel.

Pour ne rater aucune tétée, il est essentiel que la mère reste 24h/24 avec son enfant. L'usage des tétines diminue le nombre de tétées et diminue la prise de poids, elles sont donc à déconseiller (voir note p20).

Deuxième étape : l'installation :

Pour pouvoir téter correctement et déglutir sans gêne, l'enfant doit être placé le corps contre et face à sa mère, le visage face au sein sans avoir à tourner la tête. Il faut que l'oreille, l'épaule et les hanches soient alignées. Le dos, la nuque et les fesses seront soutenus, par contre, la tête sera libre de bouger. (Il existe une autre technique qui est la prise au sein par le bébé, où l'enfant est placé entre les 2 seins et va lui-même se positionner). Si l'on prend ces simples règles de base, toute position est bonne (dans les bras, ballon de rugby, allongée, en porte-bébé,…) L'important est que la mère et l'enfant soient confortablement installés.

Troisième étape : la succion :

Les signes de tétées efficaces :

- la bouche est grand ouverte
- les lèvres sont retroussées
- le menton touche le sein
- la prise en bouche est asymétrique (plus d'aréole est visible au-dessus de la bouche du bébé)
- l'enfant avance la langue au-delà de la gencive inférieure et la place sous l'aréole (réflexe d'extrusion de la langue)
- on entend un schéma de succion/déglutition/respiration à un rythme soutenu avec des pauses périodiques.
- les muscles de la mâchoire du bébé et l'aréole suivent le même mouvement.

Dans son rapport sur l'allaitement maternel, Dr Eglash compare la façon dont le nourrisson prend le sein à « un adulte qui essaierait de prendre un gros morceau dans un sandwich très épais ».

Un sein ou les deux ?

On peut montrer systématiquement le deuxième sein à l'enfant lorsque celui-ci relâche le premier (minimum 15 à 20 minutes). Le rapport de l'ANAES de 2002 mentionne une étude prospective qui montre une augmentation significative du nombre de lymphangites chez les mères qui donnent les deux seins à chaque fois en coupant la tétée au premier sein.

Et les compléments ?

Il existe plusieurs types de compléments :

- les compléments de lait (de la mère, de lactarium ou de lait artificiels) : ils sont à proscrire si la mère est à proximité. En effet, si une insuffisance de lait se fait sentir, le meilleur moyen d'augmenter la quantité de lait produite par la mère est de stimuler la lactation en mettant l'enfant au sein. Si l'on substitue une tétée par un biberon, le sein sera moins stimulé (volet autocrine/FIL) et la production lactée diminuera. Même si il y a plus de lait à la tétée suivant, dans les jours qui suivent, la production sera diminuée, et on sera tenté de complémenter à nouveau. Un cercle vicieux s'installe donc rapidement.

  Si des compléments sont nécessaires, une technique proche de la succion au sein est à préférer (tasse, au doigt, à la seringue)

  Les cas nécessitant un apport complémentaire sont abordés au point 4.
- les autres compléments (eau sucrée, thé) n'ont pas d'intérêt et sont à proscrire.

4. L'insuffisance de lait :

Il n'existe pas de classification dans les insuffisances de lait, mais on peut distinguer 3 catégories[9] : (voir Annexe 1)

4.1. Une incapacité physiologique maternelle à produire du lait ou assez de lait

Il est difficile d'avoir un chiffre exact sur cette insuffisance de production de lait. Les chiffres oscillent entre 1,3% et 10% des cas. Faire la différence entre une incapacité physiopathologique et une insuffisance acquise n'est pas toujours évident. Néanmoins, différents auteurs s'accordent pour dire que moins de 5% des femmes connaissent un problème réel à l'allaitement exclusif du à une insuffisance de lait.

Dans les causes primitives, on retrouve :

- l'hypoplasie mammaire
- les seins tubulaires.

Dans les causes secondaires, on retrouve :

- la chirurgie mammaire : augmente 3x le risque pour l'augmentation mammaire. Pour la diminution mammaire, certaines techniques protègent les canaux, et la jonction péri-mammelonnaire et donc n'ont pas ou peu d'impact sur la lactation. Malgré tout, les techniques couramment utilisées augmentent le risque d'insuffisance mammaire par rapport à l'augmentation mammaire.
- la radiothérapie
- les séquelles des abcès
- les anomalies des mamelons.
- La rétention placentaire (souvent retarde la lactation, rarement l'empêche)
- Le syndrome de Sheehan : nécrose hypophysaire du post-partum (souvent suite à un accouchement traumatique). Prévalence 5.1/100.000 femmes.[10]
- La dysthyroïdie
- L'obésité
- Les dystrophies ovariennes comme le syndrome des ovaires polykystiques (4 à 15% des femmes) et les dystrophies ovariennes.
- Rares pathologies comme : déficit isolé en prolactine, anomalie du récepteur à prolactine.
- Les médications maternelles (les agonistes dopaminergiques)

Contrairement aux idées reçues, les apports nutritionnels de la mère n'ont pas d'impact sur la qualité et la quantité de la production de lait.

4.2. Une insuffisance de lait « secondaire », due à une conséquence de conduite inappropriée de l'allaitement ou une demande insuffisante de l'enfant.

Après avoir exclu une pathologie de l'enfant comme une fente palatine, une trisomie 21, une autre malformation anatomique ou neurologique pouvant poser des problèmes à l'enfant pour téter correctement, une hypotonie ou une fatigue excessive de l'enfant, il faut s'attarder sur la façon dont l'allaitement est mené.

Ici, c'est le biais autocrine qui est souvent problématique. En général, une entrevue évaluant la mise au sein, l'efficacité de la tétée par l'enfant, l'absence de lymphangite et un rappel sur la notion d'allaitement à la demande, sans restriction du temps de mise au sein suffit à relancer une bonne lactation. L'important est de rassurer la mère.

Quelques pistes :

- L'allaitement est-il donné à la demande ? C'est-à-dire à l'éveil de l'enfant, non programmé ? Combien de tétées y a-t-il par jour (parfois, on peut se trouver devant un enfant « gros dormeur » qui a besoin d'être stimulé pour avoir 6 tétées par jour minimum, pas de maximum)
- Les tétées sont-elles douloureuses ? Dans ce cas, un examen de la position est important, et si la position est correcte, la recherche d'une autre cause de douleur est indispensable. (examen du sein à la recherche de crevasses, d'une lymphangite, d'un abcès, d'un galactocèle, d'une mycose). Il peut y avoir une bonne prise de poids avec une mauvaise position.
- Les tétées sont-elles de durées illimitées ?
- La maman sait-elle reconnaître les signes de faim de son enfant ?
- L'enfant déglutit-il pendant la tétée ? A-t-il une bonne position ?
- Y a-t-il usage de lait de substitution ? de sucettes ? de biberons ?
-

4.3. La crainte ou la perception d'un manque de lait.

Dans un document destiné au grand public, « *le guide de l'allaitement maternel* » de l'Inpes (Institut national pour la prévention et l'éducation à la santé), voilà ce qu'on peut lire[11] : *« Est-ce que j'aurai assez de lait ? »*

Il est rare de manquer de lait. Une fois l'allaitement démarré, il n'y aura pas de problème à partir du moment où votre enfant tète de façon fréquente et efficace, car c'est la succion du

bébé qui entretient la fabrication du lait. L'important est de se faire confiance ; les associations de soutien à l'allaitement peuvent vous y aider.

Pourtant les mères peuvent avoir la crainte que leur enfant ne soit pas assez nourri. Il existe une série de critères montrant si l'enfant tète bien, qu'il est bien installé et est assez nourri[12].

Les bons signes chez le nourrisson :

- Une bonne succion (voir liste p14)
- Il a les mains et les bras relâchés, la bouche humide pendant la tétée.
- Après les tétées, il est satisfait, et peut s'endormir.
- Il mouille 6 à 8 couches en 24h à partir du 4ème jour et les urines sont claires.
- Il fait au minimum une selle jaunâtre et molle par jour le premier mois.
- Il prend du poids.

Les bons signes chez la mère :

- le sein s'assouplit durant la tétée.
- Celle-ci est non douloureuse.
- Le sein opposé peut présenter un écoulement
- Le mamelon est allongé mais pas pincé après la tétée.
- La mère peut s'assoupir, et présenter de la soif.
- En post-partum immédiat, on peut sentir des contractions utérines ou un flux plus important de lochies durant ou après la tétée.

Les signes d'un mauvais transfert :

- nombreux claquements de lèvres
- peu de déglutition
- pas de satisfaction après avoir bu
- une tétée douloureuse après la 1ère semaine.

Néanmoins, il existe des périodes plus difficiles pendant l'allaitement. L'enfant peut se trouver très agité, avec des crises de pleurs fréquentes et prolongées. Ces périodes sont appelées poussées de croissance (transient lactional crisis). Elles sont sources d'angoisse importantes pour les parents, la mère ayant souvent un manque de confiance en sa capacité à allaiter, et un enfant dormant la nuit pouvant se remettre soudain à réclamer de nouveau. De plus, les seins peuvent sembler plus mous.

La littérature n'en parle presque pas, mais les mères semblent toutes connaître un de ces épisodes.

Ces périodes surviennent à des moments identiques chez tous les nouveau-nés (5-8-12-15-23-34-42-55-64-75 semaines) et sont souvent suivies d'une avancée au niveau psychomoteur. Des études[13] ne montrent pas de différence significative dans le volume de lait ingéré par l'enfant, il ne s'agit donc pas d'un manque de lait. L'apport de compléments ne peut donc en rien résoudre cette étape. Par contre, donner plus souvent le sein résout simplement la crise. Il existe une corrélation entre la confiance en soi et des soins donnés à son enfant et la survenue d'épisodes de perception d'insuffisance de lait. L'aide via l'encouragement de la mère prend ici tout son sens.

Il ne faut pas oublier que la faim n'est pas la seule cause de pleurs chez un nouveau-né. Il peut aussi avoir mal, froid, chaud, besoin de câlins ou proximité... Chez un enfant qui grandit bien et mouille bien ses langes, il est utile de chercher une autre cause à ses pleurs.

4.4. En conclusion, que chercher devant une plainte d'insuffisance de lait ?

Evaluer s'il y a une réelle insuffisance de lait : le meilleur signe reste la prise de poids et la diurèse, avec une attention particulière vers le 3-4^{e} mois où une cassure de la courbe staturo-pondérale peut être normale chez les enfants allaités. Il est préférable d'ailleurs d'utiliser pour les enfants allaités exclusivement les nouvelles courbes établies par l'OMS.

→ Si oui, rechercher les signes d'un mauvais transfert à l'anamnèse. Si certains sont présents, ne pas hésiter à faire téter l'enfant au cabinet ou à envoyer la maman chez un spécialiste en lactation. (Liste sur :
http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg4/@consumerproducts/documents/ie2divers/18068816_fr.pdf)

→Si non, rassurer la mère et réévaluer la situation quelques jours plus tard.

S'il n'y a pas de signe de mauvais transfert, mais bien une insuffisance de lait, rechercher une cause primaire (anamnèse, examen des seins de la mère, examen de la bouche du nouveau-né) ainsi qu'une prise de sang à la recherche de pathologies endocrines (dosage de la prolactine, TSH, HCG, Testostérone).

Note sur l'usage des tétines artificielle ou sucette[14]:

Il est important de constater comme cause de risque d'arrêt de l'allaitement la confusion « sein-tétine », la technique étant différente pour boire au sein que pour le faire via un biberon. Bien que culturellement approuvé, l'OMS préconise de ne pas utiliser de tétine. Il existerait un lien entre l'usage de tétines/sucettes et la diminution de la durée de l'allaitement

mais la question se pose de savoir si l'usage de ces accessoires ne serait pas un signe de difficulté d'allaitement ou de manque de motivation vis-à-vis de l'allaitement.
Mais aucune étude n'a montré un intérêt à l'usage de ce matériel.

5. Quand supplémenter ?[15]

Les critères à la naissance d'une bonne mise en route de l'allaitement sont une perte de poids initiale inférieure à 10% du poids de naissance, une reprise de ce poids de naissance à 10 jours de vie, une diurèse régulière débutée dans les premiers jours de vie, puis une croissance régulière.

Le poids reste par la suite un bon moyen de visualiser un éventuel manque de lait mais il faut tenir compte du développement particulier des enfants allaités :

- Les selles peuvent être rares (1x/semaine, parfois plus) sans s'inquiéter après le 1er mois.
- La croissance doit être harmonieuse mais il est important de constater une différence entre les enfants nourris au lait artificiel et ceux nourris au sein. L'OMS[16] a montré une différence entre les 2 types d'alimentation : les enfants allaités ont une croissance plus importante pendant les 2 ou 3 premiers mois, suivi d'une stagnation de la vélocité pondérale à partir du 3ème au 4ème mois. Les enfants nourris au biberon par contre grandissent moins vite au début mais de façon plus régulière.

  Par contre, si la croissance est hésitante avec une prise de poids inférieure à 120 ou 130 grammes par semaine à partir de la 2ème semaine de vie, il a lieu de réévaluer la façon dont l'allaitement est conduit.

Les signes qui doivent nous inquiéter sont donc :

Chez la mère :

- Des seins tendus et/ou douloureux qui restent tendus en fin de tétée
- Des engorgements à répétition.

Chez l'enfant

- Des urines rares et foncées.
- Des selles qui restent méconiales.
- Un enfant qui ne réclame pas le sein, qui dort beaucoup, ou qui le refuse.
- Une courbe de poids descendante ou stagnante
- Une peau flasque et fripée

L'OMS a établi une série de cas où les suppléments sont recommandés :

- nouveau-nés gravement malades, comme ceux qui ont un poids très faible à la naissance (moins de 1 000 grammes) ;

- nouveau-nés dysmatures avec un risque d'hypoglycémie ou ceux dont l'état ne s'améliore pas avec la poursuite de l'allaitement maternel.
- l'état de la mère (infection par le VIH) ;
- des anomalies congénitales du métabolisme chez l'enfant (galactosémie qui nécessite une alimentation particulière) ;
- nouveau-nés souffrant de déshydratation aiguë lorsque l'allaitement maternel ne peut fournir une hydratation suffisante ;
- nouveau-nés dont la mère prend un médicament pour lequel l'allaitement est contre-indiqué.

Néanmoins, la supplémentation aux nourrissons de lait artificiel ou de lait de lactarium est à évaluer au cas par cas.

6. Les galactologues :[17]

Nombreux sont les remèdes de grand-mère pour stimuler la lactation : boire une bière pour la montée de lait, une tisane de fenouil. Qu'en est-il vraiment ?

Un galactologue (ou lactologue) est une substance qui doit aider l'initiation, la maintenance ou augmenter la production de lait par la mère.

Leur évaluation est difficile étant donné le manque de marqueurs précis autres que la sécrétion lactée qui est sensible à de nombreux autres facteurs. Il existe par ailleurs peu d'études, la majorité étant des case-report ou des études comprenant un petit nombre de patientes.

Une étude cependant montre qu'ils sont moins efficaces que de bien apprendre aux jeunes mères à allaiter[18].

6.1. Le Fenugrec (Trigonalla foenum graecum)

Originaire du Moyen-Orient où elle est utilisée comme plante médicinale (anti-inflammatoire par ex.), elle peut se prendre sous forme de capsules ou de thé.

Ses effets secondaires les plus fréquents sont une odeur de sirop d'érable du lait, de la sueur et des urines, de la diarrhée, une aggravation des symptômes d'asthme ou d'hypoglycémie.

Son passage dans le lait est inconnu mais la FDA la considère comme probablement sans problèmes.

La dose nécessaire pour obtenir un effet galactogène est inconnue. Dr Eglash parle de 2 études montrant un possible effet…

La dose serait de 3 capsules 3x/jour (de 580-610 mg). Il est dit que les femmes peuvent prendre 2 à 3 tasses par jour et que la production de lait devrait augmenter dans les 48-72 heures (aucune preuve car pas d'étude).

6.2. La dompéridone :

Son usage se fait en hors-indication.

Elle augmente les taux de prolactine dans le sang (via une action antagoniste périphérique sur la dopamine) et aurait une efficacité surtout au début de l'allaitement.

Elle possède un très faible passage dans le lait.

Les effets secondaires chez la mère sont des arythmies, une sécheresse buccale, des éruptions cutanées, des maux de tête et des troubles intestinaux.

Les doses recommandées pour un effet galactogène : 10 mg, 3x/jour pendant 1 à 2 semaines.

Rappelons que chez l'enfant, la dompéridone serait responsable d'allongement de l'espace QT chez les nourrissons[19]. De plus, ce médicament a été retiré du marché aux Etats-Unis. Prescrire recommande de ne pas l'utiliser en routine[20]. Prudence donc…

6.3. Le Métoclopramide :

Antagoniste de la libération de dopamine dans le système nerveux central, augmentant donc les taux de prolactine.

De nombreuses études montrent une efficacité du produit avec une augmentation du taux de prolactine, de TSH et de T4 libre. La production de lait est augmentée à partir de 7 jours de traitement. Le métoclopramide est efficace chez les mères ayant accouché prématurément, pour induire la lactation, avec une efficacité accrue si le traitement est pris endéans les 96h après l'accouchement.

Il existe un transfert dans le lait, et des doses dans le sang de l'enfant ont été calculées à 45 µg/kg/jour, ce qui ne devrait ne donner aucun effet sur le nouveau-né.

Les effets secondaires rapportés pour l'enfant sont faibles (inconfort intestinal), et pour la mère, les effets secondaires peuvent être des maux de tête, de l'anxiété, de la fatigue, de l'insomnie, et très rarement, des effets extrapyramidaux.

La dose conseillée pour avoir un effet est de 10 à 15 mg/jour pendant 1 à 4 semaines.

6.4. Autres :

Le fenouil, le galega, les graines de chardons Marie, l'homéopathie,… autant de substances utilisées comme remèdes de grand-mère pour augmenter la production lactée, sans preuves connues ni de leur efficacité, ni de leur toxicité.

La bière[21] quant à elle aurait un effet mais l'alcool passant dans le lait maternel contre-indique son utilisation.

Les neuroleptiques ont comme effet secondaire connu un possible écoulement mammelonnaire. Néanmoins, au vu des autres effets secondaires, ils ne sont pas à utiliser en routine.

Des études sont en cours pour l'utilisation de l'ocytocine et de l'hormone de croissance.

6.5. Et boire beaucoup ?

Il n'y a pas d'étude effectuée dans le cas d'une plainte d'insuffisance de lait. Néanmoins, une étude[22] réalisée sur des mères allaitant avec succès, pour lesquelles ont a augmenté la ration hydrique, ne montre pas de différence significative sur la quantité de lait produite.

En résumé :

Les galactologues ne devraient pas être utilisés en routine et réservés aux seuls cas d'insuffisance lactée primaire. Peu de preuves montrent leur efficacité et seuls le Fenugrec et la dompéridone ont réellement une indication dans ce cas.

7. Enquête :

Le but de cette enquête était de visualiser les causes qui provoquent un arrêt précoce de l'allaitement, de quantifier celles dont l'arrêt est dû à une impression de manque de lait, et de montrer quelles mesures ont été prises et par qui, afin de voir si les médecins généralistes étaient souvent sollicités. Nous voulions aussi voir s'il y avait une différence entre la population allaitant longtemps et celle effectuant un sevrage précoce.

Ce questionnaire a été élaboré à l'aide du docteur Heintz, spécialiste en lactation, qui est fréquemment confrontée à ce problème. Elle a pu donc m'éclairer sur les causes les plus fréquemment citées pour un arrêt de l'allaitement. Les femmes répondant au questionnaire (annexe 2) devaient avoir eu leur enfant endéans les 10 ans. Les femmes pouvaient répondre plusieurs fois si elles avaient eu plusieurs enfants. Ce questionnaire est volontairement court, afin de permettre à un plus large public d'y répondre jusqu'au bout.

Par les questions libres, j'espérais recevoir des témoignages afin d'essayer de comprendre où était réellement le problème dans la société belge qui empêchait un allaitement plus long. Et puis, de toutes ces femmes qui viennent en nous disant « je n'ai pas pu allaiter », je voulais savoir si elles avaient été tout de même satisfaites de la façon dont leur allaitement s'est déroulé.

Cette étude a été posée sur différents réseaux sociaux et s'est retrouvée sur un forum de la leche league, ce qui risquait d'engendrer un biais de sélection.

Autour de cette enquête, il y a eu un réel engouement : en moins de 24h, plus de 1000 réponses ont été postées, et du 21 novembre 2012 au 31 décembre 2012 un total de 3591 réponses furent collectées.

Dans ce questionnaire, les femmes n'ayant pas le désir d'allaiter pendant leur grossesse ne voyaient pas le reste des questions, le but étant de viser les femmes désireuses d'allaiter et qui n'y sont pas parvenues. A posteriori, une erreur a été faite, car certaines d'entre elles (18 sur les 184 ne voulant pas allaiter), signalent l'avoir finalement fait, certaines avec succès (jusqu'à 20 mois).

7.1. La population était-elle représentative de la population belge ?

Non, car l'étude montre 92% d'allaitement à la maternité (contre 77% en Belgique) dont 63% (contre 40%) à 3 mois (les enfants toujours allaités exclusivement ont été exclus de ces chiffres car ils pouvaient avoir de 0 à 6 mois). La différence est due au biais de sélection. En étant mis sur des forums pro-allaitement, les femmes faisaient partie d'un public désireux

d'allaiter et donc plus informé. Les femmes n'ayant pas allaité ne se sont probablement pas senties concernées et étaient moins susceptibles de répondre à ce questionnaire.
Un autre biais est le fait que ce questionnaire n'était pas limité à la Belgique. Ainsi, j'ai eu des réponses d'autres pays, comme la Norvège.
Ces 2 biais rendent mon enquête moins fiable. Mais ces réponses permettent tout de même de faire quelques constatations.

7.2. *Les causes d'arrêt avant la diversification alimentaire :* (1476 allaitements)

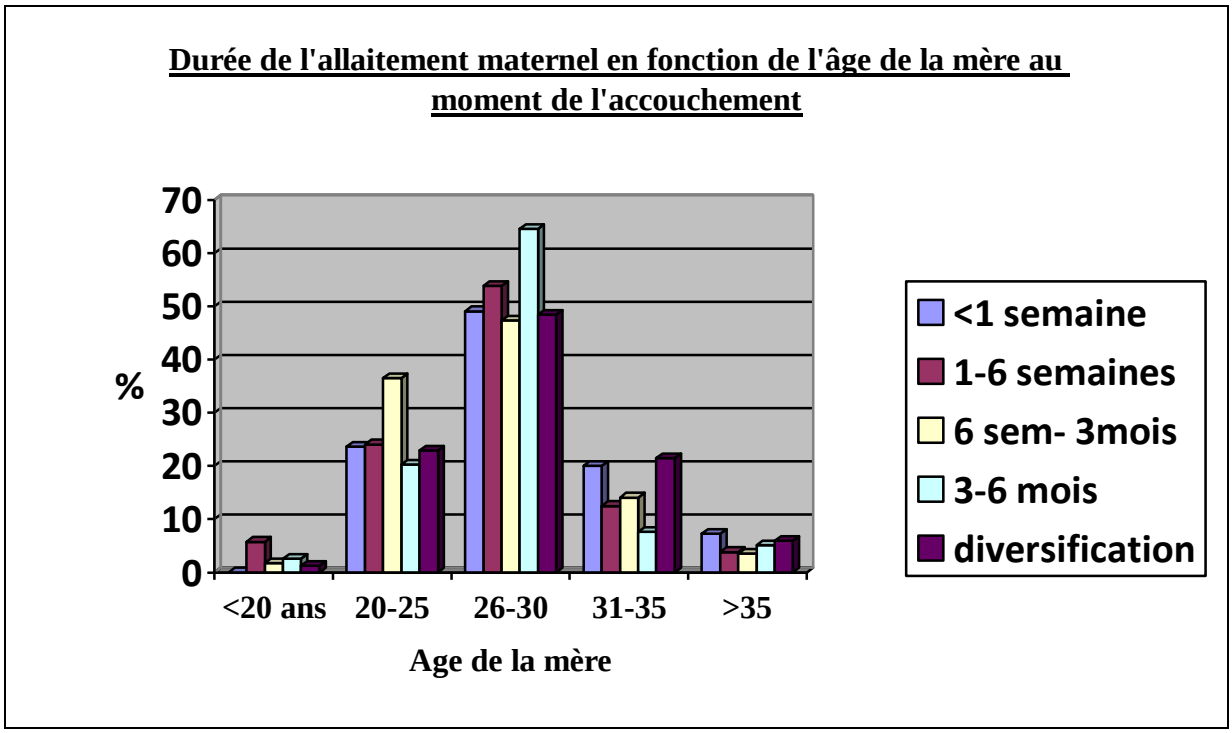
Parmi tous ces allaitements, 353 (9.83% de la population générale) ont été arrêtés pour manque de lait, ce qui place cette cause à la 2ème place après les arrêts pour cause de reprise du travail (396) et à ex aequo parfait avec les « autres » (les femmes pouvaient répondre librement, on y retrouve certaines causes déjà proposées dans les choix multiples. Dans l'ordre : la fatigue et le stress (56), le manque de lait (50), la mauvaise prise de poids du nourrisson (35), un refus/mauvaise prise du sein par l'enfant (30), des douleurs mammaires (25), la prise de médicaments (18), des pathologies de la mère (18), un enfant prématuré (13), des jumeaux (12), une confusion sein-tétine (12), un reflux (11), une diversification alimentaire (11), une pathologie du bébé (fente, frein court à la langue) (10), plus envie de continuer (8), désir d'un deuxième enfant (8), reprise du travail (8), pathologie mammaire (6), la volonté d'impliquer le père (4), intolérance au lactose (2), poussée des dents (2) et la peur (1)).
Ensuite se placent le sevrage naturel (165), les douleurs lors de la mise au sein (112), et en dernier le manque d'envie de continuer (97).
Une petite constatation déjà à ce niveau : Sur le questionnaire, si l'on considère uniquement les personnes qui ont signalé une insuffisance de lait, on constate un pourcentage de 9.83%. Ce chiffre monte à 12.78% si l'on y additionne les personnes qui dans la case « autres » ont mentionné un manque de lait ou une mauvaise prise de poids du nourrisson.
Certaines études montrent des chiffres similaires mais en incluant les pathologies liées aux enfants, et les pathologies mammaires. Notre population aurait donc plus d'insuffisance lactée que les autres.

7.3. L'insuffisance lactée.

Parmi ces 353 allaitements, 54 ont duré moins d'une semaine, 105 d'une semaine à 6 semaines, 115 de 6 semaines à 3 mois et 79 de 3 à 6 mois.
Ces femmes sont-elles différentes ?

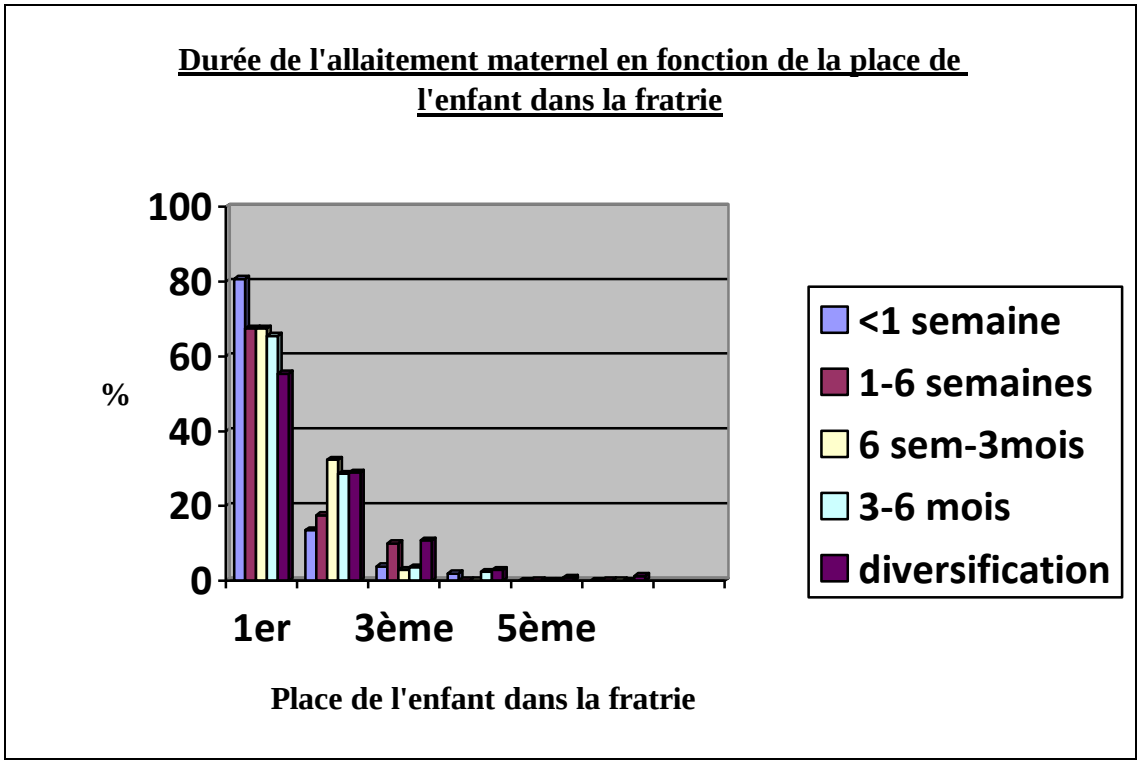
Comparaison entre les femmes ayant allaité jusqu'à la diversification et celles ayant arrêté pour insuffisance de lait.

Premier postulat : les femmes ayant allaité moins longtemps sont plus jeunes : non.



A priori, nous nous étions dit que les femmes qui avaient allaité moins longtemps devaient être plus jeunes. Etant donné que l'âge moyen pour avoir un enfant en 2012 est de 28 ans[23], j'ai pris comme femmes jeunes les moins de 25 ans. Nous ne constatons pas de différence significatives entre les différents groupes (<1 semaine, 1-6 semaines, 6 semaines à 3 mois, plus de mois) et celles ayant allaité jusqu'à la diversification alimentaire.

Deuxième postulat : Les enfants ayant été allaités moins longtemps sont les premiers de la fratrie (moins d'expérience, plus difficile d'arrêter un allaitement lorsqu'il s'agit du dernier enfant) : oui.



Nous constatons une différence significative entre les femmes ayant conduit un allaitement jusqu'à la diversification et celles ayant allaité moins d'une semaine ($p<0.001$). Cette différence existe toujours mais se réduit avec celles du groupe 1-6 semaines ($p<0.01$). Elle devient non significative pour le groupe 6 semaines – 3 mois ($p=0.01$) et l'écart entre les 2 populations se réduit encore pour le groupe 3 à 6 mois ($p=0.07$).

Nous voulions voir s'il y avait aussi des allaitements plus longs lorsqu'il s'agissait du dernier de la fratrie mais nous n'avons pas eu assez de réponses pour en faire des statistiques.

Troisième postulat : les allaitements les plus récents sont ceux qui ont duré plus longtemps (mise en place des hôpitaux « amis des bébés », vague pro-allaitement et retour aux valeurs naturelles) : oui et non.

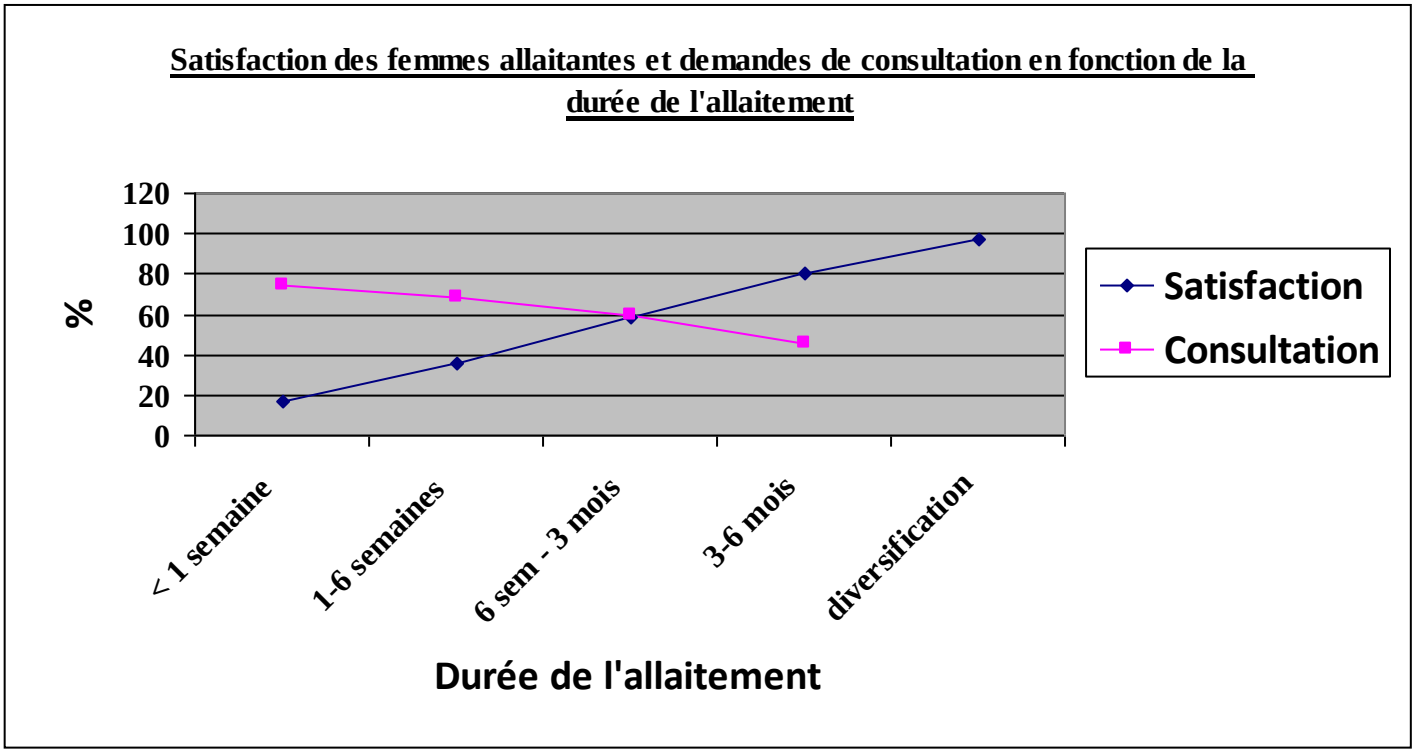
Le rapport de l'OMS sur les conditions pour lesquelles on peut donner un complément date de 2006, tout comme un grand rapport sur le label « amis des bébés » du comité fédéral de l'allaitement maternel. Nous avons donc scindé en 2 les enfants : ceux nés avant 2006 et ceux nés après 2007.

Il n'y a pas de différence significative entre les populations <1 semaine, 1-6 semaines et 6 semaines-3mois et celle ayant été jusqu'à la diversification.

Par contre, il y en a une ($p<0.01$) entre les populations 3-6 mois et celles ayant mené leur allaitement jusqu'à la diversification. Est-ce parce qu'on préconise un allaitement jusqu'à 6 mois via les campagnes pro-allaitement depuis peu ? Est-ce grâce aux facilités fournies par l'employeur pour concilier allaitement et travail ?

Cependant, cette différence disparait si on divise le groupe entre les populations avant 2009 et celles de 2010-2011 (en considérant que 2012 est biaisé car la population allaitée jusqu'à la diversification est peut-être sous représentée).

Quatrième postulat : les femmes ayant arrêté leur allaitement précocement sont moins satisfaites de celui-ci : Oui



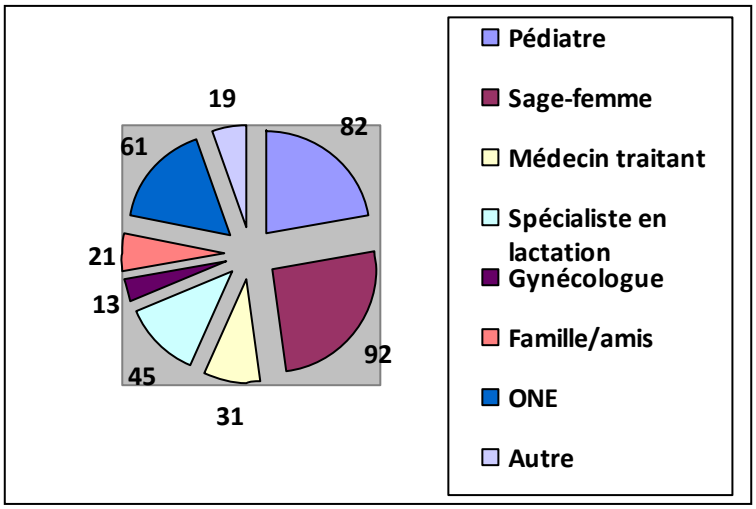
On peut donc conclure que l'arrêt de cet allaitement exclusif ne s'est pas fait volontairement, comme l'illustre ce témoignage recueilli via l'enquête :

« J'ai eu l'impression qu'on m'a laissée dans ma douleur et avec mes questions, ma culpabilité car j'ai beaucoup souffert de ne pas avoir su allaiter ma fille plus longtemps. »

On remarque aussi que les femmes ayant allaité le moins longtemps sont celles qui ont le plus consulté. Beaucoup d'entre elles ont cherché de l'aide auprès de leur médecin mais n'ont pas trouvé les réponses qui leur auraient permis continuer un allaitement exclusif.

Quelles causes ont été évoquées pour cet arrêt ? Et par qui ?

213 femmes ont consulté, elles pouvaient donner plusieurs réponses, elles ont consulté en général :



Dans 27 % des cas (ONE + médecin traitant), le médecin généraliste était en cause.

Et parmi les mesures prises, il est intéressant de constater que 207 sur les 354 femmes ont décidé de complémenter, 78 d'arrêter d'allaiter, 57 de prendre un traitement pour stimuler la lactation, et 10 ont eu des seconds rendez-vous pour réévaluer (2 autres).

Les compléments de lait artificiel ont été ajoutés dans 71 cas par le pédiatre, 37 ont initié d'elle-même ces compléments, 34 après la consultation ONE, 31 par la sage-femme (en maternité), 13 par le médecin traitant, et dans 4 cas par un spécialiste en lactation.

Les causes évoquées sont la mauvaise prise de poids de l'enfant (38 cas) et sa faim (35 cas). Arrivent ensuite la fatigue de la maman (11 cas), des tétées plus fréquentes (10) ou plus longues (9), la reprise du travail et les jumeaux (5), la chirurgie mammaire (4). D'autres causes sont évoquées, comme des selles trop peu fréquentes de l'enfant ou une prise de poids trop importante, ce qui montre parfois la désinformation des jeunes mères.

Il est impossible de dire avec mon enquête si ces compléments étaient justifiés. Certaines me parlent des chiffres évoqués par le pédiatre, d'autres me parlent juste du fait que leur enfant pleurait beaucoup, et qu'elles pensaient qu'il avait faim.

Quelques-unes disent avec regret, qu'en s'informant par la suite, elles ont compris que leur enfant traversait juste un pic de croissance.

7.4. Question que je n'avais pas posée : incompétence des soignants en allaitement :

335 femmes parlent spontanément de la non formation des professionnels de la santé, renvoyant souvent vers des forums ou vers le site de la leche league.

Quelques propos recueillis :

« C'est lamentable de proposer à une femme désirant continuer l'allaitement exclusif de compléter au biberon sans chercher à corriger les difficultés liées à l'allaitement, mais c'est malheureusement ce que je constate trop fréquemment : les pédiatres n'ont pas de connaissances leur permettant de guider les femmes qui le souhaitent dans un allaitement exclusif, le recours au biberon est proposé trop systématiquement à la moindre difficulté alors qu'il est parfaitement inutile dans l'immense majorité des cas. »

« De l'info, du soutien, une détermination de fer et se tenir loin des médecins ont été les clés de réussite de cet allaitement de plus de 2 ans, soldé par un sevrage naturel. »

« Je trouve qu'avant de se plaindre que trop peu de mamans allaitent en Belgique, les responsables de la santé devraient se demander ce qui est mis en place afin de faciliter l'allaitement et de le promouvoir vraiment...»

7.5. Par contre, dans les pays nordiques …

Deux témoignages sur la différence de prise en charge entre les pays nordiques et la Belgique-France :

« J'habite en Norvège (10 mois de congé maternité, ne pas allaiter son enfant en Norvège est presque considéré comme un crime, on est mauvaise mère !).

J'ai reçu des conseils en Norvège pour essayer de stimuler la lactation en multipliant les prises. Mais ma fille prenait mal et avait un petit poids. En France, on me conseillait le complément de lait artificiel. J'ai fait le choix du lait artificiel en complément car pas mal de stress vis-à-vis du poids et après quelques semaines, ma fille a refusé le sein...

Cela a été très difficile psychologiquement. J'ai quelques regrets de ne pas avoir insisté davantage sur l'allaitement. J'ai été "tiraillée" entre 2 cultures bien différentes en ce qui concerne l'allaitement. »

« Je vis en Estonie, où l'allaitement dure en général environ 2 ans (et les congés de maternité 1 an et demi, mais pas pour moi puisque je travaillais sur contrat belge)... je n'avais donc pas vraiment l'intention d'arrêter l'allaitement, mais j'étais à bout de souffle (levers quotidiens à 5h du matin avant de partir pour le travail pour allaiter et sortir mon lait en vitesse, retour en course avant qu'il n'y ait des fuites au cours... pffff!) On peut dire ce qu'on veut, mais le congé de maternité de 3 mois n'encourage vraiment pas les femmes à continuer l'allaitement! »

La Norvège a une politique différente par rapport à la Belgique en ce qui concerne le congé maternité : 42 semaines de congés maternité payés à 100% (1 an à 80%), et après le retour au

travail des pauses allaitement de 1 heure à 1 heure et demie… Si ceci n'explique à elle seule la meilleure conduite de l'allaitement, c'est une bonne cause.

En conclusion :

Je retire de mon enquête 3 constatations :

- dans une population pro-allaitement (et donc informée des méthodes, des aides, des groupes de soutien), l'allaitement dure en général plus longtemps que dans la population générale.
- Beaucoup de femmes désireuses d'allaiter n'y arrivent pas malgré avoir été consulter. Elles sont par ailleurs très peu satisfaites de leur allaitement. C'est pour moi un point qui montre une faille dans notre système de soins de santé. Je ne pense pas qu'on verra souvent un ancien tabagique dire « je n'ai pas été aidé par le corps médical », pourtant, c'est ce que ces femmes ont voulu me dire via leurs commentaires.
- Les enfants qui sont allaités le moins longtemps sont généralement les premiers de la fratrie. Il est donc important de veiller au maximum sur ces femmes et de leur donner le moyen de trouver les informations qu'elles nécessitent.

8. Conclusion :

Une grande question me vient à la fin de mon travail : ne médicalisons nous pas trop une situation naturelle et vieille comme l'humanité ? En ayant instauré un rythme aux tétées, un nombre de fois, des courbes de croissance à suivre, n'a-t-on pas mis en doute une capacité naturelle que possède presque toute mère ?

L'insuffisance de lait existe, mais concerne moins de 5% des femmes allaitantes, il ne devrait donc pas avoir de problèmes à mener un allaitement jusqu'au 6 mois recommandés par l'OMS. Il est important de faire le tri, en médecine générale, entre les différentes sortes d'insuffisance de lait, et d'aider ces femmes. Souvent, un rappel de la bonne conduite d'un allaitement est nécessaire et suffisant pour les insuffisances secondaires et il est important de référer les femmes dont l'insuffisance parait primaire et nécessitant un bilan. Il n'y a que peu de preuves quant à l'efficacité des galactologues et leur usage devrait être réservé aux spécialistes en lactation.

Finalement, ce sont les primipares qui subissent le plus la peur d'un échec, et en se tournant vers nous, les professionnels de santé, ne reçoivent pas les réponses nécessaires car notre formation nous fait défaut.

Il serait intéressant de voir, en plus du bénéfice pour la santé des enfants, du bien-être apporté aux mères et aux enfants ayant eu un allaitement facile, quelle serait la balance coût/bénéfice financière d'une formation dans le cursus général des médecins.

D'autres pistes pour prolonger l'allaitement devraient être explorées comme la prolongation du congé maternité avec des indemnités financières correctes, des crèches sur les lieux de travail pour permettre un allaitement en travaillant, ou encore une création d'un code inami pour le remboursement des consultations pour l'allaitement.

9. Annexes :

Annexe 1 : classification d'une insuffisance apparente de lait.

ENCADRE 9-1 Classification d'une insuffisance apparente de lait

Classe 1 : Production basse de lait non prouvée

- La majorité des cas d'insuffisance de lait
- Contrôlée habituellement par la gestion de la routine d'allaitement, p.ex. l'installation, la prise du sein, la gestion des tétées (nombre de fois, durée, etc.), le soutien et les encouragements.

Classe IIa : Production basse de lait physiologique – production entre 150-350 g/24 heures

- Cette catégorie ne répond pas aux conseils de routine habituels et au soutien
- Peut nécessiter l'enlèvement du lait par tirage manuel ou avec un tire-lait pour augmenter le drainage du sein.

Classe IIb : Production basse de lait iatrogénique – production inférieure à 450 g/24 heures

- Peut avoir eu une production de lait plus élevée auparavant, mais la production à diminué du fait d'une mauvaise gestion de l'allaitement, par ex. mère engorgée et personne ne lui a dit de tirer son lait ; mère qui a été encouragée à laisser son bébé dormir toute la nuit, mère à qui on a dit de supplémenter sans nécessité, etc.

Classe IIc : Production basse de lait comportementalement induite – production inférieure à 450 g/24 heures

- Il inclut le comportement de la mère et du bébé, par ex., le bébé poussé sur le sein, le bébé endormi, l'utilisation de sucettes, une réflexe d'éjection puissant, etc.

Classe III : Echec pathophysiologique de la lactation – production inférieure à 150 g/24 heures

- Hypoplasie mammaire – les seins n'ont pas subit une croissance et un développement normaux durant la grossesse.
- Seins asymétriques, de forme tubulaire, manque de tissu glandulaire suffisant
- Rétention placentaire (réversible)
- Nécrose de l'ante-hypohyse due à un épisode hypotensif, une hémorragie du post-partum (Syndrome de Sheehan)
- Déficience endocrine – progestérone insuffisante
- Hormone thyroïdienne basse
- Anémie
- Chirurgie mammaire –comprenant les mammoplasties de réduction ou d'augmentation
- Syndrome ovarien polykystique

Source : Woolridge MW. Breastfeeding Physiology into Practice. In Davies DP, ed. *Nutrition in Child Health*. Proceedings of conference jointly organized by the Royal College of Physicians of London and the British Paediatric Association. London, UK : RCPL Press;1995:13-31.

Annexe 2 : Questionnaire.

« Bonjour,

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude en médecine générale, je réalise un travail sur l'allaitement maternel. Que vous ayez allaité ou non, si l'un de vos enfants à moins de 10 ans, vous pouvez répondre à ce questionnaire.

Si vous avez plusieurs enfants, n'hésitez pas à remplir plusieurs fois le questionnaire en précisant s'il s'agit donc du premier ou d'un enfant suivant.

D'avance, je vous remercie grandement pour votre participation. »

Questionnaire :

1. Vos réponses concerneront-elles :
    a. Votre premier enfant
    b. Votre deuxième enfant
    c. Votre troisième enfant
    d. Votre quatrième enfant
    e. Votre cinquième enfant
    f. Un enfant suivant
    g. Le dernier de vos enfants

2. Quel était votre âge à la naissance de votre enfant ?
    a. <20 ans
    b. 20-25 ans
    c. 26-30 ans
    d. 31-35 ans
    e. >35 ans

3. En quelle année est né votre enfant ? (de 2002 à 2012)

4. Pendant votre grossesse, désiriez-vous allaiter :
    a. Oui
    b. Non → vous pouvez arrêter le questionnaire, merci de votre participation.

5. Lors du séjour en maternité, avez-vous allaité ?
    a. Oui → allez à la question 6
    b. Non → allez à la question 7

6. Combien de temps votre allaitement a-t-il duré de manière exclusive (c'est-à-dire que votre enfant n'a reçu que votre lait, que ce soit au sein ou via un biberon, sans complément de lait artificiel)?
    a. <1 semaine
    b. 1 semaine à 6 semaines
    c. De 6 semaines à 3 mois
    d. De 3 mois à 6 mois
    e. Jusqu'à la diversification → passez directement à la question 11
    f. Toujours en cours → passez directement à la question 11

7. Pour quelle raison avez-vous arrêté d'allaiter de manière exclusive ?
    a. Sevrage naturel → passez directement à la question 11
    b. Reprise du travail → passez directement à la question 11
    c. Plus envie de continuer → passez directement à la question 11
    d. Douleurs lors de la mise au sein → passez directement à la question 11
    e. Pas assez de lait → allez à la question suivante
    f. Autres : veuillez préciser puis passez directement à la question 11

8. Si la raison à votre arrêt est le manque de lait, avez-vous consulté quelqu'un ?
    a. Oui
        i. Pédiatre
        ii. Sage-femme
        iii. Médecin traitant
        iv. Spécialiste en lactation
        v. Gynécologue
        vi. Famille/Amis
        vii. ONE
        viii. Autre (veuillez préciser)
    b. Non

9. Quelle mesure a été prise ?
    a. Arrêt de l'allaitement
    b. Mise en place de compléments de lait artificiel.
    c. Traitement pour stimuler la lactation
    d. Soutien et réévaluation.
    e. Autre (veuillez préciser) :

10. Dans le cas d'une mise en place de compléments de lait artificiel, quelle personne l'a suggéré et quelle a été la raison évoquée ? (libre)

11. Dans l'ensemble, êtes-vous satisfaite de la façon dont s'est déroulé votre allaitement ?
    a. Oui
    b. Non

12. Avez-vous autre chose à communiquer ? (libre)

Annexe 3 :

Dix conditions pour le succès de l'allaitement (OMS 1999)[24]

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

2. Donner à tous les personnels soignants les techniques nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.

3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.

4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.

5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.

6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.

7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.

8. Encourager l'allaitement maternel à la demande de l'enfant.

9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.

10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

10. Bibliographie :

[1] Noirhomme-Renard F., Farfan-Portet M-I, Berrewaerts J, « **Soutenir l'allaitement maternel dans la durée : quels sont les facteurs en jeu ? »** – 2006- UCL-RESO, Unité d'Education pour la Santé.

[2] ONE – **Allaitement maternel, Guide à l'usage des professionnels de la santé**, édition de 2009

[3]

http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/Healthylife/Food/FoodandHealthPlan2/Breastfeeding/19070351?fodnlang=fr#6

[4] Rapport OMS 1999- **Données scientifiques relatives aux Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement.**

[5] http://www.belgium.be/fr/sante/soins_de_sante/services_medicaux/hopitaux/

[6] **Support de cours-Physiologie de la lactation** – Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF – mars 2011

[7] Uptodate : Richard J. Schanler, Debra C. Potak, "**Physiology of lactation"**.

Jeanne Spencer, "**Common problems of breastfeeding and weaning"**.

[8] Butte N**., "Human milk intake and growth faltering of rural Mesoamerindian infants"**, Am J Clin Nutr 1992;55:1109-16

[9] G. Gremmo-Feger, « **Allaitement maternel, l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit »**, 2003 Revue Spirale n°27

[10] Kristjansdottir," **Sheehan's syndrome in modern times : a nationwide retrospective study in Iceland"**, 2010, European Journal of Endocrinology

[11] http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/0910_allaitement/Guide_allaitement_web.pdf

[12] http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/breastfeeding **: Comité de nutrition et de gastroentérologie et comité consultatif de l'éducation publique.**

Guide clinique pour l'établissement d'un allaitement exclusif, ILCA (International Lactation Consultant Association), Juin 2005

« **Promouvoir un allaitement maternel. Aider à choisir et maintenir un allaitement maternel** » - Rev Prescrire 2008 ; 28(299) : 682-692

[13] Hillervik-Lindquist C, Hofvander Y, Sjolin S. "**Studies on perceived breast milk insufficiency.III. Consequences for breast milk consumption and growth**." Acta Paediatr Scand 1991;80:297-303.
Sjolin S, Hofvander Y, Hillervik C. "**Factors related to early termination of breast feeding**. **A retrospective study in Sweden**". Acta Paediatr Scand 1977;66:505-11.

[14] Rapport de l'ANAES sur l'allaitement maternel : « **Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant »**. Mai 2002

[15] A.Eglash, "**Breastfeeding"**, DM, June 2008

[16] Taylor and Francis, "**Child Growth Standards based on length/height, weight and age"** WHO , 2006

[17] A. Alberto Zuppa,– "**Safety and Efficacy of Galactogogues: Substances that Induce, Maintain and Increase Breast Milk Production"** - J Pharm Pharmaceut Sci 13(2) 162 - 174, 2010
Carol L Wagner – "**Counseling the Breastfeeding Mother"** – Medscape Reference, Sept 2012, consultable via le lien suivant : http://emedicine.medscape.com/article/979458-overview
"Acceptable Medical Reasons for Use of Breastmilk Substitutes" (Perinatal Services BCHealth Promotion Guideline Breastfeeding Healthy Term Infants CANADA)

[18] Sakha K, Behbahan.- "**Training for perfect breastfeeding or metoclopramide: which one can promote lactation in nursing mothers?"**, Breastfeed Med. 2008 Jun;3(2):120-3

[19] « **Dompéridone chez les nourrissons : allongement de l'espace QT** » – Revue Prescrire JUIN 2010/ Tome 30 N°320 p 430.

[20] Mouret-Cisterne, « **Pas de dompéridone chez les femmes allaitantes** », La revue Prescrire, Mars 2011, Tome 31, N°329, page 234

21 Koletzko B, Lehner F., Dr. von Haunersches Kinderspital, "**Beer and breastfeeding"** - Adv Exp Med Biol. 2000;478:23-8.

Julie A. Mennella, Gary K. Beauchamp –**« Breast Feeding, and Folklore » -** Dev Psychobiol. 1993 December; 26(8): 459–466

[22] Dusdieker LB et coll, "**Prolonged maternal fluid supplementation in breast-feeding**" Pediatrics 1990 ; 86 : 737-740.

[23]Emma Davie, « **Un premier enfant à 28 ans »**
Insee, consulté le 4 mars 2013 : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1419

"**Avoir un enfant en 2012**", étude Euromut.

[24] **« Données scientifiques relatives aux Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement »**, OMS 1999