

Allaitement mixte : est-il possible ?



Dr Claire LAURENT

Formatrice d'IPSN-Co-Naître, Consultante en Lactation attachée au service de médecine néonatale du Centre Hospitalier du Havre, secrétaire du CFDAM*
Intervention à la JNA organisée par RENOAL** – Caen – 19 mars 2004

L'expression « allaitement mixte » n'est pas citée dans les définitions proposées dans les recommandations sur l'allaitement de l'ANAES. L'expression « allaitement partiel » est utilisée. Celle-ci prend pour référence l'allaitement maternel qui ne remplit que « partiellement » son rôle, puisque l'allaitement maternel est alors complété par d'autres aliments (qui peuvent être une préparation pour nourrissons). L'expression « allaitement mixte » qualifie d'allaitement l'alimentation avec une préparation pour nourrissons. Cela ne pourrait-il pas conduire à une confusion entre deux comportements différents ?

L'allaitement mixte et/ou partiel dans le monde : l'allaitement exclusif est-il possible ?

L'allaitement exclusif, préconisé par l'OMS jusqu'à l'âge de 6 mois, est en fait peu pratiqué dans la plupart des sociétés traditionnelles qui « imposent » aux enfants dès la naissance des boissons et/ou des aliments marqueurs de leur culture. La norme reste l'allaitement maternel et la plupart des mères donnent très fréquemment le sein (dès que leur enfant le cherche). Les compléments sont donnés en plus et non à la place des tétées. La nature des compléments est dictée par les habitudes traditionnelles, associées aux influences « modernes ».

L'étude de Marques, au Brésil en 2001, a noté une prévalence de l'allaitement à la naissance de 99%, mais l'introduction d'eau et de tisane dès le premier jour (dans 72% des cas) et d'un autre lait dès le premier mois dans 58% des cas. Selon P Van Esterik (2001), l'allaitement exclusif est très difficile à instituer là où les compléments sont considérés comme bons et nécessaires, et non comme des barrières à l'allaitement ; même pour les femmes de milieux urbains pauvres, l'allaitement exclusif signifie « refuser à l'enfant quelque chose qu'il devrait avoir ». Dans le rapport de l'UNICEF 2002, on note en moyenne 52% d'allaitement exclusif dans le monde, avec une grande variabilité selon les pays et leurs habitudes culturelles.

Dans la plupart des pays industrialisés, la prévalence de l'allaitement à la naissance (chiffres 2000 ± 3 ans) est très supérieure à celle de la France qui est classée dans les derniers : sur 23 pays européens, 15 ont une prévalence à la naissance supérieure à 90% (allaitement presque toujours exclusif), 5 sont entre 60 et 80%, Malte est à 52%, et l'Irlande à 36% (en allaitement exclusif). La France arrive à 53% (allaitements exclusif et partiel - chiffres 2000). L'enquête périnatale de 1995 (Crost 1998) donnait une prévalence d'allaitement pour la France métropolitaine de 52% à la sortie de maternité (42% exclusif et 10% partiel). La prévalence 2001 (Certificats de santé du 8^{ème} jour) était de 54,5% et en 2002 de 56,2%.

L'allaitement exclusif est donc rare dans le monde, surtout dans les pays pauvres où l'allaitement partiel est majoritairement pratiqué : il s'agit d'un allaitement maternel à la demande (dès que l'enfant cherche) avec des compléments de nature variable.

L'allaitement mixte en France, dans l'histoire

Le fait de ne pas allaiter ou d'allaiter partiellement est très ancien en France. Toutefois, au Moyen-âge, il était rare qu'une mère n'allait pas. L'allaitement était rarement exclusif, le père et la famille étant chargés d'introduire rapidement de la bouillie, mais il n'y avait pas de limites à la fréquence et à la durée des tétées. Le sevrage avait lieu habituellement vers 2 ans. Le terme d'allaitement mixte apparaît en 1806 (dans les références que j'ai trouvées), dans un livre de H de Montgarny : « Méthodes d'allaitement artificiel simple et d'allaitement mixte ».

En 1898, H de Rothschild, médecin, débute son livre de 650 pages intitulé « L'allaitement mixte et l'allaitement artificiel » par cette phrase : « Lorsque l'allaitement au sein, toujours préférable, est insuffisant ou impossible, on est obligé d'avoir recours à l'allaitement mixte ou à l'allaitement artificiel ». Et plus loin, il propose de « régler l'allaitement ... toutes les deux heures pendant le jour et une fois pendant la nuit, ... au sein ou au biberon. On obtient ainsi de huit à neuf tétées en 24 heures... et il faut peser le nourrisson avant et après chaque tétée ». Les observations cliniques de ce livre présentent des nourrissons à l'allaitement mixte avec 2 à 6 biberons de 50 à 150 ml de lait stérilisé par jour. Dans ces observations, il n'est pas précisé le nombre de tétées données parallèlement aux compléments.

Au 20^{ème} siècle, la marque de notre société industrielle est manifeste dans l'allaitement mixte ou artificiel, avec la prétention de vouloir rationaliser l'alimentation (horaires, quantités...). Cette réglementation s'est renforcée peu à peu, avec une diminution de la fréquence des tétées « autorisées », et une augmentation du volume requis à chaque tétée, le modèle étant de plus en plus celui de l'alimentation au biberon.

La société de consommation a donné (et donne encore) l'illusion que les objets peuvent soutenir les parents dans leur fonction. Les fabricants de préparations pour nourrissons s'appuient sur cette culture pour présenter leurs produits comme proches et même équivalents du lait maternel et du sein. En utilisant des expressions telles que : « le lait maternel et le lait infantile apportent..., la tétée au biberon, la tétée au sein..., sein ou biberon à la demande..., l'allaitement mixte, alternant le biberon et le sein... », ils entretiennent une confusion entre l'allaitement maternel et l'alimentation au biberon.

* Centre de Formation et de Documentation sur l'Allaitement Maternel - cfdam@wanadoo.fr

** RENOAL – 5 rue du Valherel – 14500 Vire - Tél : 02 31 67 98 00 - Fax : 02 31 68 55 75

Pour protéger les parents des effets de cette publicité, la législation française impose certaines mentions sur les boîtes de lait et les livrets d'information, mais ces mentions ne sont pas claires dans leur formulation : « Toute documentation... portant sur l'alimentation des nourrissons... doit comporter des informations sur ... l'éventuel effet négatif sur l'allaitement au sein d'une alimentation partielle au biberon ; la difficulté de substituer un allaitement au sein à une alimentation utilisant des préparations pour nourrissons... »

Quelles sont les recommandations actuelles des pédiatres ?

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

- De 0 à 5 mois, allaitement maternel (sans précision de nombre de tétées) ou x biberons..., possibilité de débiter légumes et fruits entre 4 et 6 mois.
- De 5 à 12 mois, l'allaitement maternel est proposé sous forme de 3 tétées (de 5 à 7 mois) puis 2 tétées (de 7 à 8 mois), puis 1 tétée le matin (de 9 à 12 mois). Après 1 an, l'allaitement maternel n'est plus mentionné.

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

Quelle signification l'allaitement mixte a-t-il actuellement en France ?

Nous avons vu qu'en France prédomine une culture d'allaitement à horaires réguliers, avec des tétées alimentaires, de plus en plus espacées au fil des semaines, supprimées la nuit dès que possible. Beaucoup de mères (et de professionnels) voient comme un progrès de l'enfant la réduction régulière du nombre de tétées et le fait que l'enfant tète vite et fort. Or l'allaitement ne fonctionne pas bien de cette manière là. Dans l'étude de Ego à Lille, 25,21% des mères qui souhaitaient allaiter 2 mois ou plus avaient arrêté d'allaiter au bout d'un mois, en particulier celles qui respectaient des intervalles réguliers entre les tétées. Ceci est à rapprocher de la constatation faite dans l'enquête de Labarère en Savoie : « La pratique d'un allaitement à horaires fixes était associée à une réduction de la durée de l'allaitement ». Dans ces conditions, les mères réalisent rarement le projet d'allaitement qu'elles s'étaient fixé.

Les mères d'origine française qui souhaitent un allaitement mixte d'emblée y pensent souvent pour instituer un rythme de tétées espacé et régulier, pour limiter l'accès au sein de leur enfant, pour se sentir moins dépendantes... Toutes ces raisons vont dans le sens de la culture d'allaitement à la française. Les femmes immigrées vivent souvent un allaitement mixte différent : elles donnent des biberons, signes de leur intégration sociale, et continuent à donner le sein à volonté à leur enfant ; mais ceci est de moins en moins vrai avec les jeunes générations qui adoptent le modèle français. Je constate là le passage du modèle que je qualifie « d'allaitement partiel traditionnel » au modèle « d'allaitement mixte moderne ».

L'allaitement mixte, expression très utilisée en France, désignerait donc l'allaitement maternel associé à l'alimentation avec une préparation pour nourrissons. Voici la lecture que je fais de

ces comportements. Les mères qui pratiquent l'allaitement partiel veulent tout donner à leur enfant (leur lait, leur sein et ce que la société peut apporter). Les mères qui pratiquent l'allaitement mixte ou l'allaitement exclusif avec des horaires veulent donner leur lait en limitant le sein au nutritionnel (minimum). Certaines mères veulent tirer leur lait et le donner à leur enfant au biberon : c'est leur lait qu'elles veulent donner, mais pas leur sein.

L'allaitement mixte serait ainsi le marqueur d'une culture qui cherche à concilier 2 modes d'alimentation et de maternage antinomiques :

- Dans l'allaitement à la demande, la mère laisse l'accès libre au sein, elle le présente à l'enfant dès qu'il le cherche. Celui-ci est actif, il peut demander le sein pour se nourrir et/ou pour se rassurer ; il est réveillé et prend activement le sein en bouche, il peut faire venir le lait plus ou moins vite, il peut (dans une certaine mesure) choisir son sein, il peut faire augmenter la production en tétant plus souvent pendant 1 ou 2 jours ; il apprend à s'adapter au lait qui change en quantité et en qualité au cours de la tétée et au cours des journées. La pratique de l'allaitement selon la physiologie de la lactation et celle du nourrisson amène un nombre variable de tétées, de durée et d'efficacité variables, selon chaque couple mère-enfant.
- Dans l'alimentation au biberon, la mère est obligée de régler la fréquence et la durée des repas, car le biberon ne peut que nourrir. Lors de la prise du biberon, l'enfant est plus passif qu'au sein, la tétine est introduite et induit une succion réflexe, le biberon est retiré dès qu'il est vide. C'est l'adulte qui décide de la quantité à boire, et qui s'adapte selon les réactions de l'enfant en fin de biberon. Le petit nourrisson aime téter et a besoin de téter pour se sentir bien, il convient alors de lui donner autre chose à téter (doigt, sucette...). Certaines mères essaient de donner le biberon comme on donne le sein. Le biberon est toujours à disposition et proposé dès que l'enfant pleure. Outre les problèmes liés à l'hygiène et la conservation du lait, il y a un risque de suralimentation de l'enfant qui ne peut pas se faire plaisir sans se nourrir.

A quelles conditions l'allaitement mixte ou partiel est-il possible ?

Du côté de la mère : les principes de base de la lactation permettent-ils l'allaitement mixte ?

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

Le 1^{er} mois, le volume de lait augmente beaucoup surtout la 2^{ème} semaine pour atteindre environ 700 à 800 ml par jour ; les mères ont besoin en moyenne de 8 à 10 tétées par jour pour obtenir ce volume, certaines ont besoin de plus, d'autres de moins. Après le 1^{er} mois, le volume de lait est assez stable ; mais il existe pour chaque mère un « seuil de fréquence » des tétées (très variable d'une mère à l'autre) qui permet d'entretenir la lactation. En dessous de cette fréquence minimale, la lactation risque de diminuer, avec involution de la glande mammaire si la mère ne donne pas plus de tétées. Ne pas limiter le nombre et la durée des tétées permet d'établir une lactation adaptée aux capacités de la mère, qui sont inconnues au démarrage.

Dans une étude suédoise portant sur 506 mères allaitant exclusivement, Hörnell a montré cette grande variabilité de la

fréquence et de la durée des tétées (4 à 15 tétées par 24h à 1 mois, 6 à 11 tétées à 6 mois, beaucoup de mères étant entre 6 et 9 tétées quel que soit l'âge de l'enfant). Les allaitements les plus prolongés étaient ceux dont le nombre de tétées était le plus élevé (et/ou dont la durée quotidienne des tétées était la plus grande). Le nombre moyen de tétées diminuait de 0 à 3 mois pour augmenter légèrement de 3 à 6 mois. La durée quotidienne des tétées diminuait régulièrement de 0 à 6 mois.

Les conséquences pratiques d'un allaitement mixte sur la lactation sont les suivantes. Si une mère démarre un allaitement mixte pendant les 2 premiers mois, elle n'atteindra jamais la capacité maximale de sa lactation. En le démarrant entre 2 et 6 mois, il risque d'être difficile de maintenir la lactation. Une mère qui souhaite donner 1 ou 2 biberons par jour dès la naissance, dans le cadre d'un allaitement à horaires réguliers et espacés, ne parviendra pas à établir une lactation durable. En fait cette mère débute le sevrage de son enfant dès la naissance. Elle ne pourra réussir à démarrer et à maintenir une lactation qu'à la condition de laisser son enfant téter autant qu'il le souhaite, en dehors du ou des biberons institués. Il s'agit alors d'un allaitement partiel. En revanche, pour la lactation, le biberon « occasionnel » ne pose pas de problème. Mais s'il reste occasionnel, pourquoi introduire du lait infantile ? Il est possible de tirer un peu de lait, ou d'en recueillir dans les coquilles.

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

Les effets des préparations pour nourrissons sur les fonctions métaboliques et la santé de l'enfant sont bien décrits par Renfrew (2000) : modification de la flore intestinale, pas d'apport d'IgA ni d'agents anti-infectieux, risque infectieux et risque allergique augmentés, risque d'intolérance aux protéines du lait de vache... Selon leurs facteurs de risque et leur état de santé, certains enfants auront du mal à s'adapter à une alimentation mixte. Les recommandations de l'ANAES nous rappellent que : « L'effet protecteur de l'allaitement maternel est dépendant de sa durée et de son exclusivité ».

Les effets des tétines des biberons sur la succion sont toujours mal élucidés. Le nouveau-né tète le sein avec la bouche grande ouverte, la langue basse et sortie. Des études radio- et échographiques ont tenté de différencier la succion au biberon et au sein (Weber 1986, Bu'Lock 1990) ; même quand l'enfant met bien la langue sous la tétine, le placement et l'action de la langue pour la succion et la déglutition ne sont pas tout à fait les mêmes au biberon qu'au sein (action de piston ou d'ondulation) ; de plus, il semblerait que certains bébés remontent l'arrière de la langue derrière la tétine.

Les effets des tétines des biberons (Renfrew 2000, Neifert 1995) sont plutôt qualifiés actuellement de « préférence tétine-sein », expression plus large que la « confusion sein-tétine » qui faisait seulement référence à cette position de la langue. La plupart des nouveau-nés sont capables de s'adapter aux deux techniques de succion, mais certains enfants ne risquent-ils pas de préférer le biberon, surtout ceux qui ont du mal à prendre le sein ? Le stimulus du palais par la tétine induit le réflexe de succion. Certains enfants ne risquent-ils pas ensuite d'avoir besoin de ce stimulus pour se mettre à téter ? Le flux du lait est plus régulier avec une tétine. Certains enfants ne risquent-ils pas de refuser le sein dont le flux est très variable ? Dans l'étude de Ego (2003), les mères qui sevrèrent à 1 mois avaient plus

souvent déclaré en maternité que leur enfant « prenait mal le sein » ou « refusait le sein ». Righard (1992) a montré que l'allaitement dure moins longtemps quand la technique de succion de l'enfant est inadaptée. Plutôt que de se focaliser sur la « confusion sein-tétine », il est plus constructif de se centrer sur la difficulté de certains enfants à prendre le sein, et d'être particulièrement attentif au suivi de ces enfants là et au soutien de leurs parents.

Enfin, l'enfant, selon ses rythmes de sommeil et d'éveil, selon ses besoins alimentaires et selon son tempérament, peut avoir besoin de téter plus ou moins souvent et plus ou moins longtemps (I Bayot 2001). Toute limitation l'oblige à une adaptation qui peut être difficile.

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

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

Le père de l'enfant est aussi compagnon de la femme. Les couples qui souhaitent un allaitement mixte le veulent-ils pour préserver leur relation ? Que change dans cette relation le fait que l'allaitement soit exclusif ou mixte ? « Ma femme avait besoin que je lui dise qu'elle faisait bien d'allaiter, ... l'allaitement, c'est le plus beau cadeau que vous pouvez faire à votre enfant... ». Les paroles de ce père me semblent poser la place du père et du compagnon.

L'allaitement mixte, comme l'alimentation au lait industriel, serait signe d'une conception égalitaire de la place des deux parents, chacun apportant les « mêmes soins » à l'enfant. Quand les parents disent qu'ils souhaitent l'allaitement mixte pour faire participer le père à l'alimentation de l'enfant, c'est souvent parce qu'ils cherchent à définir la place de chacun auprès de leur enfant, aidons-les à y réfléchir.

L'allaitement partiel, comme l'allaitement maternel, s'intègre dans une conception identitaire, la mère donnant le sein pour son apport nutritionnel et relationnel, le père donnant d'autres soins, à sa manière, occasionnellement un biberon ou un repas qui introduit déjà l'enfant vers le monde social.

4. La pratique de l'allaitement mixte a-t-elle un effet sur la durée de l'allaitement ?

Les avis sont partagés sur l'effet des compléments donnés en maternité : pas d'effet significatif pour Gray-Donald (1985), Labarère et Ego (2001 et 2003) ; un effet très significatif pour Branger (1998), Howard (2003) et Bloomquist (1994). Selon Ekstöm (2003), les compléments donnés avec raison médicale n'avaient pas d'effet, et ceux donnés sans raison médicale réduisaient d'1 mois l'allaitement exclusif (5 mois au lieu de 6 mois). En maternité, les mères demandent un complément quand leur enfant pleure trop, surtout la nuit, pour pouvoir se reposer. C'est une réponse immédiate qu'elles demandent, sans projeter forcément pour l'avenir un allaitement mixte. Mais ce premier recours au biberon crée un précédent qui risque d'être reproduit plus tard.

Le fait que les compléments soient donnés au biberon ou à la tasse ne semble pas avoir d'effet sur la durée de l'allaitement (ANAES). Howard (2003) note une durée plus grande de l'allaitement (uniquement dans les cas où les compléments sont nombreux), si les compléments sont donnés à la tasse plutôt qu'au biberon.

Je pense que l'effet des biberons de complément est surtout dû à la manière dont ils sont vécus par les parents : beaucoup de parents considèrent le biberon comme équivalent (ou concurrent) du sein. Il me semble que les parents acceptent mieux les compléments à la tasse qu'au biberon. Dowling (USA 2001), après analyse des différentes méthodes d'alimentation complémentaire, conclut que « le choix d'une méthode devrait être fait sur une base individuelle pour chaque mère et chaque enfant, le but étant la mise en route de l'allaitement ». En attendant que les professionnels soient suffisamment compétents et suffisamment nombreux pour une évaluation individuelle de chaque situation, en attendant que la culture française soit plus favorable au sein qu'au biberon, n'est-il pas raisonnable de limiter les compléments autant que possible, et de les donner autrement qu'au biberon ?

Après la sortie de la maternité, la pratique de l'allaitement mixte est liée à une réduction de la durée totale de l'allaitement (Hill 97, Vogel 99, Chezem 2002). Est-elle la cause de la réduction de durée ? Ou bien les 2 facteurs sont-ils les conséquences d'un état d'esprit de la mère, du père et de la société ? Dans l'étude de Cronenwett (USA 1992), l'usage des biberons de compléments était imposé aux mères, et il n'a pas eu d'impact (ou presque) sur la durée de l'allaitement. Les mères n'avaient pas choisi elles-mêmes cet allaitement « mixte » et l'ont intégré comme une contrainte de vie. Elles étaient aussi aidées par une infirmière spécialisée sur l'allaitement.

5. A quelles conditions l'allaitement mixte ou partiel est-il possible ?

D'après la physiologie de base de la lactation, les compétences et besoins du nourrisson, le regard du père sur l'allaitement et la durée des différentes formes d'allaitement, il apparaît que des tétées « suffisamment » fréquentes (ayant la possibilité d'augmenter en cas de baisse de lait) et un libre accès au sein de l'enfant sont les conditions d'un allaitement durable. L'allaitement mixte dès la naissance est-il possible ? Il semble bien que non puisqu'il y a limitation du nombre des tétées. Il s'agit en fait du début du sevrage. L'allaitement partiel est-il possible ? Oui, il semble même qu'il soit souvent inévitable dans de nombreuses sociétés ou situations, même s'il a des conséquences négatives sur la santé des enfants.

Evidemment, dans la pratique, les parents vivent des situations moins tranchées que cette approche théorique, mais s'ils sont bien informés, ils seront capables de mener l'allaitement de leur enfant à leur manière et aussi longtemps qu'ils le souhaitent. Dans la réussite de l'allaitement l'information ne suffit pas, la confiance en soi est indispensable aussi. Les études sociologiques retrouvent que les mères plus intellectuelles s'appuient plus sur leurs connaissances (modèle savant), les mères des milieux populaires s'appuient plus sur l'expérience familiale (Gojard 2002). Même là où les mères sont bien soutenues par les professionnels de santé, le soutien supplémentaire de mère à mère est « efficace » pour la durée de l'allaitement exclusif et la satisfaction des mères (Canada Dennis 2002). Les professionnels de santé ont intérêt à collabo-

Points de réflexion concernant l'utilisation des biberons dans les services hospitaliers

- L'utilisation de biberons (pour les enfants allaités) renforce l'image sociale du biberon au détriment du sein.
- Bien dissocier les 2 modes d'alimentation des nouveau-nés (en n'utilisant pas de biberon pour les enfants allaités) oblige les professionnels à bien intégrer quels enfants sont allaités ou non, et à adapter leur pratique et les informations à transmettre aux parents (sur la fréquence des repas, par exemple).
- L'impact de l'image moderne du biberon sur les pays pauvres est très fort, et donner les compléments à la tasse est une image très positive pour les professionnels de santé de ces pays qui travaillent (ou viennent en stage) dans nos services hospitaliers.
- La distribution de colis-cadeaux contenant du matériel de promotion de l'alimentation au biberon (livrets et tétines) réduit significativement la durée de l'allaitement exclusif à 2 semaines (prévalence divisée par 2 au bout de 2 semaines dans l'étude de Donnelly 2002).

Au contraire, la mise en œuvre de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé dans les services de maternité, en assurant une grande proximité mère-bébé et en supprimant compléments et tétines, fait la promotion de l'allaitement exclusif. Elle s'accompagne effectivement d'une augmentation de la prévalence et de la durée de l'allaitement exclusif (Kramer 99, Wright 96).

rer avec les associations de soutien entre mères, s'ils souhaitent vraiment aider les mères. De plus en plus d'associations de mères ont gagné la confiance des professionnels de santé. Là où la collaboration est effective, la prévalence et la durée de l'allaitement exclusif augmente rapidement (Macquart 1990).

A quelles situations pratiques sont confrontées les mères et les professionnels de santé, qui les amènent à proposer un allaitement mixte ?

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

Durant les premières semaines, c'est surtout l'impression de manquer de lait (à cause des pleurs du bébé en particulier) qui explique un allaitement mixte. La fatigue est souvent citée aussi, qui peut traduire en fait la difficulté à s'affirmer dans un milieu peu favorable à l'allaitement (dans certaines circonstances, le biberon permettrait d'éviter des remarques désagréables). Dans l'enquête de A Hugon, ces raisons évoluent avec le temps : le premier mois, ce sont surtout le « manque de lait » (38,3%), l'absence de la mère (17%) et la fatigue (10,6%) ; les mois suivants, c'est surtout la reprise du travail qui devient l'élément principal (27% à 2 mois, 37% à 3 mois et 60% à 6 mois).

Certaines mères débutent un allaitement mixte pendant le 2^{ème} mois, considérant que leur enfant sait bien téter au sein et qu'il risque de refuser le biberon si on attend trop longtemps. D'autres attendent le 4^{ème} mois quand l'enfant porte tous les objets à sa bouche. Il est vrai que certains enfants développent une « préférence sein-tétine » et refusent catégoriquement le

biberon, acceptant plus facilement la cuillère ou la tasse. Mais, à tout âge, le nourrisson est capable de s'adapter à une nouvelle situation, un nouvel objet, si on ne le force pas à y parvenir très vite... Il n'y a aucune urgence à habituer l'enfant au biberon. Si les parents souhaitent le faire, ils n'ont pas intérêt à suivre la consigne habituelle « remplacez une tétée par un biberon », car cela provoque souvent un refus violent et durable de l'enfant qui ne comprend pas ce qui se passe. Il est plus facile de procéder comme pour toute situation nouvelle (alimentation solide...), c'est à dire de lui présenter le biberon tous les jours, entre les tétées, à un moment où il est calme, jusqu'à ce qu'il accepte de boire un tout petit peu de lait. On réussit en une dizaine de jours à ce que le bébé boive un grand biberon.

Pour les mères « obligées » de s'absenter de longs moments (reprise du travail...) dès les premiers mois, l'idéal est de pouvoir tirer leur lait. Même si elles ne souhaitent pas tirer leur lait, elles peuvent continuer l'allaitement exclusif jusqu'au jour de la reprise du travail, puis dès qu'elles sont avec leur enfant (soirs, jours de repos...); cela relance la lactation si c'est nécessaire. Au fil des mois, l'allaitement mixte devient de plus en plus « possible » car le maintien de la lactation ne nécessite pas des tétées fréquentes. Comme les autres fonctions du corps humain, la lactation ne peut pas s'arrêter tout d'un coup. Il est facile de faire augmenter la lactation de nouveau. Par contre, même s'il sait bien téter, l'enfant peut ne plus vouloir téter pour des raisons qui ne sont pas toujours évidentes, amenant des sevrages non préparés.

Au-delà de 4 à 6 mois, toutes les mères ne poursuivent pas l'allaitement de la même manière : dans l'étude de Hörnell (2001), celles qui introduisent des préparations pour nourrissons diminuent vite le nombre de tétées et seurrent en moyenne 2 fois plus tôt que celles qui introduisent des solides (7 mois au lieu de 14 mois).

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

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

L Marchand-Lucas (thèse 1998, à Paris), dans son enquête auprès d'une vingtaine de généralistes parisiens, note que pour 7 des 20 généralistes interrogés, la cause d'une hypogalactie est le désir plus ou moins conscient de la mère d'arrêter l'allaitement ou de ne pas allaiter. Un seul médecin mentionne l'inefficacité de la tétée ! Et l'attitude pratique proposée est la prescription d'un complément pour 10 médecins, le conseil d'augmenter la fréquence des tétées pour 3 sur 20. Certains médecins semblent connaître en théorie « la loi de l'offre et la demande » mais aucun ne l'utilise correctement en pratique. Face à un problème d'allaitement (pathologie de la mère ou de l'enfant), l'arrêt de l'allaitement ou l'apport de compléments fait souvent partie de leurs prescriptions. Les références sont la prise de poids et l'alimentation au biberon. Ces praticiens n'ont

pas plus que les mères les connaissances nécessaires pour relancer une lactation.

Rappelons quelques situations médicales et la manière d'y faire face

- **En maternité, la prescription de compléments peut être indiquée dans quelques situations particulières liées à l'état du nouveau-né :** perte de poids, hypoglycémie, déshydratation, nouveau-né qui ne parvient pas à téter efficacement (nouveau-né avec « 3 ou 4 semaines d'avance » dormant beaucoup, nouveau-né avec un syndrome de sevrage, ou avec une nuque douloureuse..., nouveau-né dont la mère a des mamelons ombiliqués...).
- La prescription de compléments devrait toujours être faite après évaluation de l'efficacité des tétées (signes de déglutition, seins plus souples après la tétée).
- Le lait maternel exprimé à la main ou au tire-lait sera toujours préféré. La mère peut exprimer un peu de colostrum pour le donner à son enfant et pour « l'attirer » au sein. Il faudra quelquefois plusieurs jours pour que le nouveau-né parvienne à téter efficacement, et en attendant, il sera nécessaire de le nourrir avec le lait de sa mère, mais avec un moyen adapté à la situation. Il s'agit toujours d'allaitement maternel, bien que pas directement au sein.
- En cas de nécessité d'utilisation de lait infantile, les laits hydrolysés seront préférés (à cause du risque d'intolérance aux protéines du lait de vache).
- Etant donné la situation actuelle du biberon en France (et la difficulté d'éliminer tout risque dû à la technique de succion), il me semble préférable de proposer ces compléments autrement qu'au biberon. La technique de la tasse et du biberon-tasse ne me semble pas très compliquée pour les professionnels ou pour les parents.
- Les compléments ne devraient pas être proposés à la place des tétées, mais après les tétées (même courtes si le nouveau-né n'a pas une grande capacité d'éveil); cela n'est pas toujours facile à réaliser dans la pratique quand le complément est prescrit toutes les 3 heures.
- **Dans d'autres situations du post-partum, c'est l'état de santé de la mère qui rend les compléments nécessaires :** hémorragie importante, anémie profonde... La montée de lait (lactogénèse stade II) est retardée, mais se produira au fur et à mesure du rétablissement de la mère.

L'allaitement mixte est fréquent dans les services d'hospitalisation des nouveau-nés du fait de la réglementation actuelle, limitant à 12 heures la conservation du lait tiré par la mère et réfrigéré. Au-delà de ce délai, le lait doit être pasteurisé. Les services qui appliquent cette réglementation et qui n'ont pas de lactarium (ou de pasteurisateur) à proximité, sont souvent amenés à donner des préparations pour nourrissons aux enfants hospitalisés, même si la mère a beaucoup de lait ! Or, une étude sur la conservation du lait réfrigéré a constaté que le nombre de bactéries baissait régulièrement pendant plusieurs jours à une température comprise entre 0 et 4°C (Pardou et al, 1994).

En cas d'intervention chirurgicale de réduction mammaire, la suppression d'une partie de la glande mammaire n'est pas préjudiciable à l'allaitement car la partie restante produira plus. Mais le déplacement de l'aréole et du pédicule mamelonnaire (cicatrice péri-aréolaire) entraîne des lésions de l'innervation, freinant la réaction neuro-hormonale d'allaitement. Après une phase d'essai d'allaitement exclusif, si la lactation de la mère est insuffisante, ou bien si elle exige un

nombre de tétées très important pour une croissance harmonieuse de l'enfant, il est possible d'avoir recours à des compléments. L'idéal est d'utiliser un dispositif d'aide à la lactation (DAL), qui permet de stimuler la lactation tout en apportant un complément à l'enfant, et de favoriser la lactation par un contact corporel le plus proche possible (portage sur le ventre...). Si les compléments sont donnés en dehors des tétées, il peut être utile que la mère tire son lait pour stimuler au maximum sa capacité de synthèse de lait. Cet allaitement mixte peut durer aussi longtemps que le souhaite la mère.

En cas d'intervention chirurgicale d'augmentation mammaire, l'allaitement est tout à fait possible. Mais s'il y a eu déplacement de l'aréole (incision péri-aréolaire), la lactation peut être insuffisante (voir plus haut).

L'insuffisance de tissu mammaire est extrêmement rare mais il arrive plus souvent que des mères n'aient pas la capacité de libérer beaucoup de lait à chaque tétée, même en donnant les 2 seins. Leur enfant a donc besoin de tétées fréquentes, et cela n'est pas toujours compris et accepté par la mère et surtout par l'entourage (y compris par les professionnels de santé qui peuvent pourtant les encourager et les aider à adapter leur mode de vie).

Les mères qui désirent allaiter un enfant adopté ont évidemment besoin d'induire la lactation et de la stimuler. Mais dans la majorité des cas, le bébé a besoin de compléments (donnés aussi avec le dispositif d'aide à la lactation – DAL).

La situation la plus fréquente d'insuffisance de lait est en fait due à une demande insuffisante de l'enfant. Il s'agit souvent d'un bébé né 3 à 4 semaines avant terme (ce qui explique le fait qu'il dort beaucoup), décrit comme très sage par les parents : il tète peu souvent (4 à 5 fois par jour), peu à la fois et se rendort. L'idée reçue est ici « qu'un enfant ne se laisse pas mourir de faim », donc personne ne s'inquiète jusqu'au jour où cet enfant est pesé. C'est souvent au bout de 2 à 3 semaines après la naissance que l'on s'aperçoit qu'il n'a pas grossi depuis la naissance, voire même qu'il est nettement en dessous de son poids de naissance.

La conduite à tenir proposée par de nombreux professionnels de santé est de l'ordre des idées reçues : « Mangez bien, buvez beaucoup et reposez-vous ». Pourtant, la production de lait est sans rapport avec les apports nutritionnels et la quantité de liquides absorbés par la mère (Gremmo-Feger 2003). Le stress peut inhiber la lactation (Lau 2001). Proposer à la mère de stimuler sa lactation en augmentant efficacité, durée et fréquence des tétées pendant 2 à 3 jours fait remonter la lactation. Même si sa mère n'a pas tout à fait assez de lait à une tétée, c'est en faisant plus téter l'enfant (efficacement, souvent et longtemps) qu'elle augmentera sa lactation.

Tous les signes d'insuffisance de lait proposés par la mère (pleurs du soir, tétées longues...) sont à discuter en fonction du contexte, ils ne constituent pas, à eux seuls, des signes de « pas assez de lait ». Rechercher les causes liées à l'efficacité, la durée ou la fréquence insuffisante des tétées (le bébé ne tète pas assez, dort trop, est apaisé par une sucette, prend mal le sein, il est malade...). Rechercher les causes liées à la mère (utilisation de protège-mamelons, pilule oestro-progestative, prise de médicaments ou de tabac, stress important...).

Les pleurs du bébé (pleurs du soir, besoin d'être porté...) sont souvent interprétés comme un manque de nourriture (I. Bayot), d'autant plus que cet enfant est allaité et « qu'on ne voit

pas ce qu'il boit ». Une évaluation de l'efficacité de l'allaitement est nécessaire mais elle sera souvent normale.

Enfin, la croissance des enfants nourris au sein diffère de celle de la référence internationale (gain de poids supérieur les 2 premiers mois, suivis d'un gain inférieur entre 3 et 12 mois - Dewey 1995). Ces écarts, négatifs au premier abord, amènent à prendre des décisions inadéquates d'allaitement mixte ou de sevrage.

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

Conclusion

La norme biologique pour l'espèce humaine est l'allaitement exclusif pendant 6 mois, suivi d'une diversification alimentaire progressive qui constitue un élément de l'ouverture de l'enfant vers l'extérieur. Mais la famille est inscrite dans une culture qui l'imprègne, et qui lui est également nécessaire. Notre culture française actuelle valorise l'alimentation industrielle et la séparation physique rapide de l'enfant avec sa mère. Pourrait-on leur laisser quelques mois, quand ils seront plus prêts d'un point de vue tout simplement physiologique ? Les pères actuels, en prenant une place plus grande dans leur famille, auprès de leur petit enfant et de leur compagne, peuvent accompagner cette relation privilégiée et pousser notre société à la respecter. Peut-on imaginer pour la France, comme dans d'autres sociétés qui allaitent avec plus de bonheur, que l'intervention de la société se fasse dans un sens de soutien et d'encouragement des mères ? Les associations de mères ont remis à l'honneur cette entraide admirable et efficace, les professionnels de santé (et les responsables de santé) pourraient-ils valoriser leur rôle et s'appuyer sur cette expérience ?

Le jour où toutes les mères françaises auront retrouvé la simplicité et le plaisir d'allaiter, où tous les pères auront découvert que l'allaitement les aide à construire leur famille, les enfants pourront téter autant qu'ils voudront, et on ne parlera plus jamais d'allaitement mixte...

* Association Française des Consultants en Lactation (AFCL) :
26 rue des Gouttes – 69290 ST GENIS LES OLLIERES
Tél : 04 72 07 88 61 – formation-secretariat@photokoo.com

Bibliographie

- ANAES. *Recommandations pour la Pratique Clinique : Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Argumentaire* sur www.anaes.fr.
- Bayot I. *Mais pourquoi les bébés pleurent-ils ? Eveils, pleurs et besoins du tout petit.* Institut Co-Naître, 2001, sur le site www.co-naître.net.
- Bloomquist HK et al. *Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breastfeeding.* Acta Paediatr 1994 ; 83(11) : 1122-26.
- Branger B. et al. *Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes.* Arch Pédiatr 1998 ; 5 : 489-96.
- Bu'Lock F, Woolridge MW, Baum JD. *Development of co-ordination of sucking, swallowing and breathing : ultrasound study*

of term and preterm infants. *Dev Med Child Neurol* 1990 ; 32 : 669-76.

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

▪ Comité de Nutrition de la Société française de Pédiatrie. Alimentation du nourrisson et de l'enfant en bas âge. Réalisation pratique *Arch Pédiatrie* 2003 ; 10 : 76-81.

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

▪ Courdent M. L'accompagnement de l'allaitement en PMI. *Spirale-Erès* 2003 ; 27 : 71-77.

▪ Cronenwett L. Single daily bottle use in the early weeks postpartum and breastfeeding outcomes. *Pediatrics* 1992 ; 90(5) : 760-66.

▪ Crost M, Kaminski M. L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Enquête périnatale. *Arch Pédiatr* 1998 ; 5 : 1316-26.

▪ Delaisy de Parseval G. L'art d'accommoder les bébés. Ed Seuil 1980 (rééd O. Jacob).

▪ Dennis CL et al. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women : a randomized controlled trial. *Can Med Assoc J* 2002 ; 166(1) : 21-28.

▪ De Rothschild H. L'allaitement mixte et l'allaitement artificiel Paris Masson 1898.

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

▪ Donnelly A et al Commercial hospitals discharge packs for breastfeeding women (Cochrane review). *The Cochrane Library Issue 1*. Oxford : Update software ; 2002.

▪ Dowling DA, Thanattharakul W. Nipple confusion, alternative feeding methods and breast-feeding supplementation : State of the science. *Newborn and Inf Nurs Review* 2001 ; 1(4) : 217-223.

▪ Ego A et al. Les arrêts prématurés d'allaitement maternel. *Arch Pédiatr* 2003 ; 10 : 11-18.

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

▪ Gojard S. L'allaitement, une norme sociale. *Spirale-Erès* 2003 ; 27 : 133-38.

▪ Gray-Donald K et al. Effect of formula supplementation in the hospital on the duration of breastfeeding : a controlled clinical trial. *Pediatrics* 1985 ; 75(3) : 514-18.

▪ Gremmo-Feger G. Allaitement maternel : L'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit. *Spirale-Erès* 2003 ; 27 : 45-59.

▪ Groupe de travail pour la promotion de l'allaitement maternel dans le département du Nord. Dossier pour la promotion de l'allaitement maternel. *Ann Pédiatr* 2001 ; 8(8) : 865-74.

▪ Hartmann PE. Régulation de la synthèse de lait chez les femmes. *Dossiers de l'Allaitement Hors série* 2000 : 12-18.

▪ Hill PD et al. Does early supplementation affect long-term breastfeeding ? *Clin Pédiatr* 1997 ; 36(6) : 345-50.

▪ Hörnell A et al. Breastfeeding patterns in exclusively breastfed infants : a longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden. *Acta Paediatr* 1999 ; 88 : 203-11.

▪ Hörnell A et al. Introduction of solids and formula to breastfed infants : a longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden. *Acta Paediatr* 2001 ; 90 : 477-82.

▪ Hörnell A. et al Solids and formula : association with pattern and duration of breastfeeding. *Pediatrics* 2001 ; 107(3) : e38. Cité dans les Dossiers de l'Allaitement n°53, page 22.

▪ Howard CR et al. Randomized trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003 ; 111(3) : 511-51.

▪ Hugon-Corbillon A. Allaitement maternel et compléments. Thèse pour le Doctorat en Médecine, Rouen 2002.

▪ Kramer MS et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT) : A randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001 ; 285(4) : 413-20.

▪ Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breast-feeding (Cochrane review). *The Cochrane Library, Issue 1*. Oxford : Update Software ; 2002.

▪ Labarère J et al. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et de Chambéry. *Arch Pédiatr* 2001 ; 8(8) : 807-15.

▪ Langhendriès JP et al. Acquisition de la flore intestinale néonatale : rôle sur la morbidité et perspectives thérapeutiques. *Arch Pédiatr* 1998 ; 5 : 644-53.

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

▪ Loi n°94-442 du 3 juin 1994, art 7. Publicité et pratiques commerciales concernant les préparations pour nourrissons, et Décret n°98-688 du 30 juillet 1998 pris en application de l'article L. 121-53 du Code de la Consommation (JO du 08/08/98).

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

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

▪ Marchand-Lucas L. L'insuffisance de la lactation. *Dossiers de l'Obst* 1990 ; 169 : 16-17.

▪ Marques NM et al. Breastfeeding and early weaning practices in Northeast Brazil : a longitudinal study. *Pediatrics* 2001 ; 108(4) : e66.

▪ Ministère de la Santé, DGS-SDSP. Bureau des âges de la vie et des populations. Circulaire DGS/SP 2 n°97-785 du 16 décembre 1997, relative au don de lait personnalisé d'une mère à son enfant hospitalisé, et rappel des dispositions en vigueur en matière d'allaitement maternel, NOR : MESP9730674C BO MES 98/3.

▪ Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion : Toward a formal definition. *J Pédiatr* 1995 ; 126 : S125-9.

▪ Nylander G et al. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward. Positive long-term effects. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991 ; 70(3) : 205-9.

▪ OMS. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Durée optimale de l'alimentation au sein exclusive A54/INF.DOC/4 – 1er mai 2001.

▪ Pardou A et al. Human milk banking : influence of storage processes and of bacterial contamination on some milk constituents. *Biol Neonate* 1994 ; 65(5) : 302-9.

▪ Raymond JL. Approche fonctionnelle de l'allaitement et malocclusions. *Rev Orthop Dento Faciale* 2000 ; 34 : 379-402.

▪ Renfrew MJ, Woolridge MW, McGill HR. Enabling women to breastfeed. A review of practices which promote or inhibit breastfeeding with evidence-based guidance for practice. London : The Stationery Office 2000.

▪ Righard L et al. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1992 ; 19(4) : 185-9.

▪ Schubiger G et al. UNICEF/WHO Baby-Friendly Hospital Initiative : does the use of bottles and pacifiers in the neonatal nursery prevent successful breastfeeding. *Eur J Pédiatr* 1997 ; 156(874) : 7.

▪ Thirion M. La controverse de la sucette : les médecins peuvent-ils avoir un avis ? Institut Co-Naître 2001 sur le site www.co-naître.net, et paru dans *Spirale* 2002.

▪ UNICEF. Rapport annuel 2002.

▪ Van Esterik P. Contemporary trends in infant feeding research. *Annu Rev Anthropol* 2002 ; 31 : 257-78.

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

▪ Weber F, Woolridge MW, Baum JD. An ultrasonic study of the organisation of sucking and swallowing by newborn infants. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1986 ; 28 : 19-24.

▪ Wright A et al Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. *Pediatrics* 1996 ; 97(5) : 669-75.