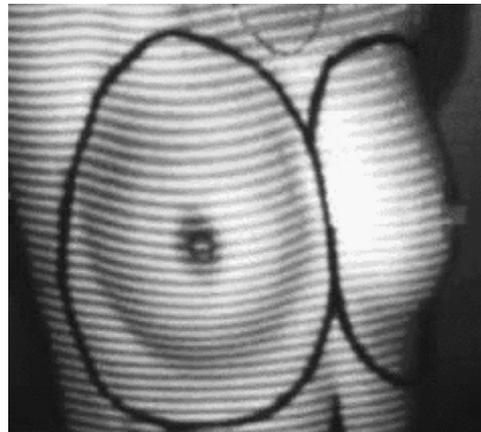


Tour d'horizon : les tire-lait

Marie Courdent, animatrice LLL, formatrice LLL AM-F, puéricultrice, consultante en lactation IBCLC. Lille (59).

Partout dans le monde, des mères allaitent sans jamais utiliser de tire-lait. Si nécessaire, elles tirent leur lait manuellement. Toutefois, suite à l'augmentation de la prévalence et de la durée de l'allaitement dans les pays occidentaux, de plus en plus de mères décident d'utiliser un tire-lait, et souhaitent recevoir des informations à leur sujet. Par ailleurs, des mères devront tirer leur lait, parfois pendant de longues périodes, pour leur bébé prématuré ou malade, si elles-mêmes sont hospitalisées, ou si elles souhaitent que leur bébé continue à recevoir leur lait pendant leur absence (par exemple lorsqu'elles auront repris leur travail). Un certain nombre de points sont à prendre en compte : confort d'utilisation, efficacité, tire-lait manuel ou électrique automatique, hygiène, disponibilité et coût. Enfin, le tire-lait n'est pas la réponse à tous les problèmes d'allaitement, et la mère devra être conseillée en fonction de sa situation particulière.



Modélisation informatique des seins
www.biochem.biomedchem.uwa.edu.au/?f=76275

Le tire-lait peut être acheté, ou loué (en ce qui concerne les tire-lait électriques automatiques, qui sont coûteux). Les tire-lait électriques automatiques actuels sont souvent considérés comme les plus confortables et efficaces. Ils sont habituellement réglés pour ne pas dépasser un certain niveau de dépression, et fonctionnent sur la base de 40-60 cycles par minute. La mère doit juste maintenir l'embout sur le ou les seins (en cas de tire-lait double pompage), et on peut même utiliser un dispositif laissant les mains libres. Un tire-lait électrique automatique mal réglé ou un tire-lait manuel utilisé trop vigoureusement abîmeront les mamelons. Une mère qui souffre de problèmes au niveau des mains ou des bras pourra trouver difficile d'utiliser un tire-lait manuel. L'embout doit être adapté à la taille des mamelons ; les marques de tire-lait proposant plusieurs tailles d'embouts sont à privilégier.

Un tire-lait doit être efficace, à savoir déclencher rapidement le réflexe d'éjection, et permettre à la mère de tirer son lait relativement rapidement (facteur important pour les mères qui travaillent, et n'ont qu'un temps limité pour tirer leur lait). Les tire-lait à double pompage sont à recommander de ce point de vue. Le lait ne devrait pas pouvoir passer dans les tuyaux d'aspiration, et encore moins dans le moteur d'un tire-lait électrique. Ce n'est pas le cas pour tous les tire-lait, et la mère devra alors être prudente lorsqu'elle tire son lait, pour éviter ce problème. A noter que les tire-lait électriques automatiques modernes qui se louent sont conçus de façon à ce que cela ne puisse pas arriver.

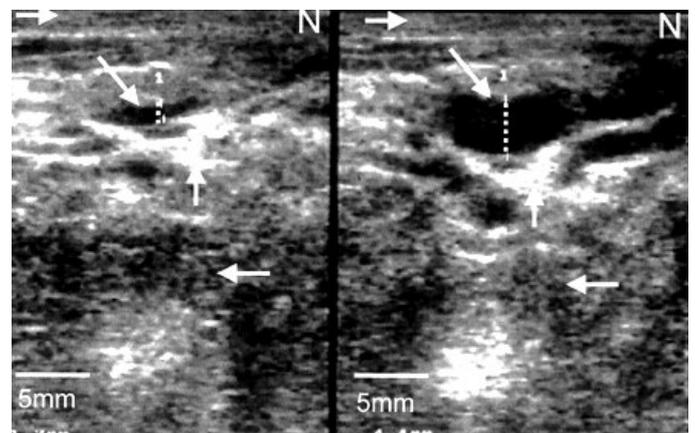
Volume de lait obtenu lors de multiples réflexes d'éjection pendant l'expression du lait

Volume of multiple milk ejections during expression with an electric breast pump. Kent JC et al. J Hum Lact 2007 ; 23(1) : 88.

On a suivi la survenue des réflexes d'éjection du lait pendant l'expression avec un tire-lait électrique par une technique d'échographie permettant de mesurer le diamètre des canaux lactifères. Des études ont essentiellement mesuré la quantité de lait obtenue lors du premier réflexe d'éjection, mais il n'existe guère de données sur la quantité de lait obtenue pendant les réflexes d'éjection qui suivent.

Le nombre de réflexes d'éjection pendant une tétée est variable (2 à 8), avec une moyenne de 4,3. Le volume de lait total obtenu pendant l'expression était de 119 ml (11 à 231), et 76% de ce volume était obtenu pendant les 2 premiers réflexes d'éjection.

Lorsqu'une mère a une production lactée adéquate et qu'elle tire son lait de façon occasionnelle, elle pourra arrêter la séance d'expression après le second réflexe d'éjection. Toutefois, si elle souhaite augmenter sa production lactée ou obtenir un maximum de lait, elle devra continuer à tirer son lait pour déclencher d'autres réflexes d'éjection.



Echographie d'un canal lactifère avant et pendant le réflexe d'éjection
Ramsay DT et al. Pediatrics 2004 ; 113 : 361-367

L'utilisation prévue est un facteur important. Une mère qui doit tirer son lait plusieurs fois par jour au long cours (mère qui a repris son travail, mère d'un bébé prématuré ou malade) préférera le plus souvent un tire-lait électrique automatique à double pompage. Toutefois, même dans ce cas, une mère qui obtient facilement et rapidement beaucoup de lait pourra trouver plus pratique d'utiliser un tire-lait manuel, peu coûteux et peu encombrant. Un tel tire-lait sera tout à fait suffisant pour une mère qui tire son lait occasionnellement. Il faut toutefois garder à l'esprit qu'aucun des tire-lait actuels n'est aussi efficace qu'un bébé en bonne santé dont la succion est normale.

Des connaissances de plus en plus pointues

Pendant longtemps, très peu de modèles de tire-lait étaient disponibles, et leur qualité était médiocre. Actuellement, on trouve de plus en plus de tire-lait sur le marché, et leur qualité s'améliore régulièrement, grâce aux recherches sur la lactation, qui permettent de mettre au point des tire-lait plus confortables, fiables et efficaces. L'équipe australienne du Pr Peter Hartmann (avec laquelle collabore la société Medela) est spécialisée entre autres dans l'étude de la production lactée et de la façon dont les seins « donnent » le lait. Cette équipe a mis au point divers moyens non invasifs d'évaluer la production lactée et d'étudier le réflexe d'éjection, moyens qui lui permettent d'étudier avec précision la physiologie de la lactation, mais également de tester les tire-lait.

Deux facteurs essentiels sont impliqués dans l'allaitement : la production lactée, qui se fait en continu, mais avec une rapidité variable, et le réflexe d'éjection du lait, qui fait sortir le lait des seins. On avait observé depuis longtemps que le schéma de succion du bébé variait pendant une tétée, et qu'il alternait des épisodes de succion rapide et de faible amplitude, destinés à déclencher l'éjection du lait, et des épisodes de succion lente et ample, lorsque le lait coule. Un des objectifs de la recherche était donc de mieux comprendre ce qui se passait pendant la tétée, afin de déterminer les modalités de ces 2 types de succion et de tenter de les reproduire avec un tire-lait.

Mais pour ce faire, il était également nécessaire de se pencher sur la capacité de stockage des seins et sur leur degré de remplissage, afin de pouvoir mesurer de façon fiable et objective tant l'efficacité de la succion du bébé que celle d'un tire-lait. Lorsqu'on connaît ces paramètres, on pourra évaluer les performances d'un tire-lait soit par rapport à l'efficacité du bébé pendant une tétée, soit en mesurant le pourcentage de lait exprimé par rapport au lait présent dans la glande mammaire. L'équipe du Pr Hartmann a mis au point une technique de modélisation informatique du sein, qui permet d'en mesurer avec précision le volume avant et après une tétée ou une séance d'expression. Par ailleurs, cette même équipe a mis en évidence une relation entre le taux lacté de lipides et le degré de remplissage de la glande mammaire ; ce taux lacté (crématicrite) peut être facilement mesuré à l'aide d'une méthode similaire à celle de l'hématocrite. L'utilisation de capteurs à ultra-sons permet de visualiser en direct la dilatation des canaux lactifères pen-

dant le réflexe d'éjection, et donc d'étudier ce dernier avec précision. Des capteurs de pression placés dans la bouche du bébé permettent de mesurer le niveau de dépression exercé pendant les mouvements de succion. Enfin, des techniques de mesure du poids de lait obtenu, soit en continu pendant la séance d'expression du lait, soit à des intervalles réguliers, permettent d'évaluer précisément l'efficacité d'un tire-lait pour déclencher le réflexe d'éjection, puis pour exprimer le lait.

Tous ces moyens permettent donc maintenant d'étudier de façon objective et reproductible le schéma de stimulation (qui déclenche l'éjection du lait) et le schéma d'expression (l'écoulement du lait par la suite), en faisant varier de façon indépendante le degré de dépression exercé par le tire-lait, et le nombre de cycles par minute, afin de déterminer les modalités qui s'avèrent les plus confortables et les plus efficaces tant pour déclencher le réflexe d'éjection que pour exprimer le lait. Ils ont permis, par exemple, la mise au point de tire-lait à deux phases : une phase de stimulation du réflexe d'éjection, suivie d'une phase d'expression du lait.

Suite p.16

Performances de 3 tire-lait électriques

Maternal/infant lactation characteristics (MILC) study : a comparison of single electric pumping devices. J Francis. J Hum Lact 2008 ; 24(1) : 107.

L'auteur a évalué 3 tire-lait électriques à simple pompage : le Avent® Isis IQ Uno (AIU), le Medela® Swing (MS), et le Whittlestone® simple électrique (WSE), sur le plan de l'éjection du lait, et du volume de lait obtenu.

60 mères allaitant un bébé né à terme ont été réparties par tirage au sort pour utiliser l'un de ces 3 tire-lait à partir de J3. Chaque mère a reçu le tire-lait qui lui avait été attribué, ainsi que des informations détaillées sur son utilisation. Pendant 60 jours, la mère devait tirer autant de lait que possible d'un de ses seins, à une occasion en matinée, en alternant les seins d'un jour sur l'autre. Le volume obtenu était noté avec précision pour chaque expression. Pendant les 7 premiers jours de l'étude, une consultante en lactation a observé les mères à leur domicile pendant qu'elles tiraient leur lait, pour évaluation du flot de lait et du réflexe d'éjection. Les enfants ont été pesés toutes les semaines pendant les 2 mois de l'étude.

Le temps consacré à l'expression du lait était de 14,6 mn en moyenne, avec des variations suivant le tire-lait : 18 mn pour le AIU, 14 mn pour le MS, et 12 mn pour le WSE. La quantité de lait obtenue était en moyenne de 65 ml pour le AIU, 80 ml pour le MS et 85 ml pour le WSE. Le temps moyen pour obtenir un premier réflexe d'éjection était de 94 secondes pour le AIU, 87 secondes pour le MS, et 68 secondes pour le WSE.

Certaines des différences constatées au niveau de l'efficacité étaient significatives. Certains tire-lait semblent plus performants, ce qui peut être le reflet des améliorations apportées aux tire-lait sur le plan technologique.

Importance de la dépression pour l'expression du lait

Importance of vacuum for breastmilk expression. JC Kent et al. Breastfeed Med 2008 ; 3(1) : 11-9.

Des études récentes ont évalué l'impact de différents schémas de fonctionnement de tire-lait électriques sur la quantité de lait obtenue et sur le réflexe d'éjection, mais l'importance de la dépression est un facteur qui n'a pas été exploré. C'était le but de cette étude.

Elle a inclus 23 mères allaitantes. 19 d'entre elles allaitaient exclusivement un bébé de moins de 6 mois, 2 allaitaient partiellement un bébé de 7 et 8 mois, une mère tirait son lait pour son bébé de 20 semaines né à terme, et une dernière le tirait pour son bébé de 6 semaines né à 24 semaines de grossesse. Les 21 mères qui allaitaient ont évalué leur production lactée sur 24 heures en pesant leur enfant avant et après chaque tétée, et les 2 mères qui tiraient leur lait ont noté la quantité de lait tirée. Pendant la journée d'évaluation de la production lactée, les mères ont également tiré 1 ml de lait avant et après chaque tétée ou séance d'expression, et des crématocrites ont été effectués sur tous ces échantillons pour évaluation du degré de « vidange » du sein. Le même tire-lait électrique automatique auto-géré a été utilisé, avec une période de stimulation à 125 cycles/mn, puis une période de recueil du lait de 54 à 78 cycles/mn lorsque le réflexe d'éjection survenait. La dilatation d'un canal lactifère au niveau du sein droit a été suivie par échographie afin de suivre le réflexe d'éjection.

A l'occasion de la visite dans le centre d'études, la dépression maximale jugée confortable par la mère a été recherchée sur le sein gauche de toutes les mères, et c'est cette dépression qui a été utilisée comme base de travail pour l'étude proprement dite. Pour cette dernière, on a donc utilisé cette dépression maximale confortable (A), une dépression représentant 75% de la dépression maximale confortable (B). Lorsque la dépression A était plus basse -173 mm Hg, on a également testé chez la mère une dépression de -125 mm Hg (C) et de -75 mm Hg (D). Lorsque la dépression A était comprise entre -173 mm Hg et -125 mm Hg, on a testé la dépression D. Chez les mères pour qui la dépression A était plus élevée que -125 mm Hg, seules les dépressions A et B ont été testées. Le lait était recueilli dans des récipients qui étaient changés toutes les 30 secondes, et le crématocrite de chaque échantillon a été mesuré.

La dépression A était en moyenne de $-190,7 \pm 8$ mm Hg (-98 à -270 mm Hg), et la dépression B était donc de $-143 \pm 8,8$ mm Hg (-75 à -203 mm Hg). Les dépressions A, B, C et D ont été testées chez 11 mères, 7 mères ont testé les dépressions A, B et C, et 5 mères ont testé uniquement les dépressions A et B. Après 15 mn d'expression au niveau A, on avait constaté chez les mères $4,3 \pm 0,4$ réflexes d'éjection, et l'expression de $118,5 \pm 11,4$ ml de lait ($65,5 \pm 4,1\%$ du lait disponible). Le flot de lait était le plus abondant pendant le premier réflexe d'éjection. Le niveau de dépression utilisé n'avait aucun impact mesurable sur la rapidité de survenue du premier réflexe d'éjection, ni sur le nombre de réflexes d'éjection

pendant les 15 mn d'expression. La quantité de lait obtenue était positivement corrélée au degré de « remplissage » des seins avant le début de la séance d'expression, ainsi qu'à une dépression plus importante que -200 mm Hg. Le crématocrite commençait à augmenter lorsque 50% du lait obtenu dans une session avait été exprimé avec les dépressions A et B, tandis qu'il commençait à augmenter seulement quand 80% du lait avait été exprimé avec les dépressions C et D. Avec les dépressions A, B et C, une nouvelle augmentation du crématocrite était constatée lorsque le pourcentage du lait obtenu passait de 50 à 80% du lait exprimé, et il augmentait encore lorsque ce pourcentage dépassait 80% uniquement avec la dépression A. Le crématocrite le plus élevé constaté en fin de tétée était respectivement de 18%, 18%, 17% et 12% pour les dépressions A, B, C et D.

L'utilisation d'un tire-lait électrique avec un niveau de dépression représentant le niveau maximal confortable pour la mère permet d'optimiser la quantité de lait obtenue, le pourcentage de lait par rapport au lait disponible, et la rapidité d'obtention. 76% des mères de cette étude trouvaient confortable une dépression relativement élevée permettant une expression efficace. La raison pour laquelle les autres mères trouvaient inconfortable un tel niveau de dépression reste à découvrir ; cela pourrait être en rapport avec l'anatomie des canaux lactifères chez ces femmes, et être un marqueur de difficultés à tirer son lait. D'autres études spécifiquement sur ces mères seraient utiles. Un crématocrite élevé en fin d'expression est un bon marqueur d'une expression efficace.

Variations du flot de lait pendant l'expression avec un tire-lait électrique

Variation in milk removal from mothers during expression with an electric breast pump. DK Prime et al. Breastfeed Med 2008 ; 3(1) : 84.

Une expression efficace du lait à l'aide d'un tire-lait est importante pour les mères qui doivent tirer leur lait pour leur bébé hospitalisé, ou qui reprennent leur travail. Toutefois, la relation entre les réflexes d'éjection et les variations du flot de lait reste peu explorée. Les variations entre le sein droit et gauche, ainsi que d'une séance d'expression à l'autre, ont été recherchées.

L'étude a inclus 24 mères en bonne santé allaitant un enfant âgé de 1 à 6 mois. Le lait a été exprimé simultanément des deux seins à l'aide de 2 tire-lait séparés, pendant 15 minutes à chaque fois, à raison d'une fois par semaine pendant 3 semaines. Le flot de lait, la quantité de lait obtenue et le nombre de réflexes d'éjection ont été déterminés par pesée en continu du lait obtenu. La production lactée quotidienne de ces mères a été évaluée par des tests de pesée de leur enfant avant et après chaque tétée sur une période de 24 heures.

La production lactée moyenne de ces mères était de 784 ± 210 g/jour. Le nombre de réflexes d'éjection pendant la séance d'expression ne présentait pas de variation significative d'un sein à l'autre, ni d'un jour à l'autre. Tou-

tefois, le pourcentage de lait exprimé par rapport au total du lait disponible dans les seins avant la séance d'expression variait de $34 \pm 20\%$ au niveau du sein gauche, et de $29 \pm 14\%$ au niveau du sein droit. A l'occasion d'une même séance d'expression, il y avait des variations d'un sein à l'autre ($20 \pm 17\%$).

En dépit d'un nombre globalement constant de réflexes d'éjection, il existait des variations considérables dans la façon dont les seins étaient vidés après la séance d'expression. D'autres études sont nécessaires pour comprendre quels sont les facteurs autres que les réflexes d'éjection qui peuvent contribuer à ces variations.

Réponse des seins à différents types de stimulation par un tire-lait électrique

Response of breasts to different stimulation patterns of an electric breast pump. JC Kent, DT Ramsey, D Doherty, M Larsson, PE Hartmann. *J Hum Lact* 2003 ; 19(2) : 179-86.

Que l'enfant soit au sein de sa mère ou que cette dernière tire son lait, c'est l'existence des réflexes d'éjection qui permet la sortie d'une quantité significative de lait. L'enfant déclenche la sécrétion d'ocytocine par le biais de mouvements de succion rapides (entre 72 et 120 mouvements/mn), ces mouvements se ralentissant lorsque le lait coule. Le but de cette étude était d'évaluer l'impact de diverses séquences de stimulation des seins par un tire-lait électrique sur le réflexe d'éjection, sur le volume de lait obtenu et sur le niveau de confort maternel.

28 mères allaitant exclusivement et à la demande un enfant de 1 à 6 mois ont été enrôlées. 3 d'entre elles n'avaient jamais tiré leur lait auparavant. En début d'étude, on a demandé aux mères de mesurer leur production lactée en pesant leur enfant à chaque tétée après chaque sein sur une période de 24 heures ; les mères ont aussi tiré un échantillon de leur lait immédiatement avant et après chaque tétée à chaque sein pour crématocrite. Puis toutes les mères sont venues au centre d'étude à 3 reprises. Pendant leur première visite, un appareil à ultrasons a été utilisé pour localiser les canaux lactifères, dont le diamètre a ensuite été suivi en continu pendant les sessions d'expression du lait et pendant les mises au sein du bébé, afin d'aider les mères à se familiariser avec le protocole de l'étude et l'équipe des chercheurs.

A l'occasion de la 2^{ème} et de la 3^{ème} visite, 7 protocoles différents d'expression du lait ont été testés dans un ordre déterminé par tirage au sort (4 à la 2^{ème} visite et 3 à la 3^{ème} visite), le tire-lait étant piloté par ordinateur pour produire des cycles d'aspiration de fréquence variable (45 à 125 cycles/mn), avec des degrés variables de dépression (-45 à -273 mm de Hg). Des échantillons de lait ont été prélevés à chaque sein avant chaque séance d'expression. Puis l'appareil à ultrasons était installé, et la mère commençait à tirer son lait, pendant 60 secondes après la survenue du réflexe d'éjection, ou pendant 240 secondes si aucun réflexe d'éjection ne survenait. La quantité de lait obtenue était mesurée, et un crématocrite était effectué. La mère donnait une évaluation qualitative de

l'expression (fréquence des cycles, importance de la dépression, impression par rapport aux sensations éprouvées lorsque son enfant était au sein...). Un échantillon de lait était prélevé par expression manuelle à partir de chaque sein après chaque test pour crématocrite. La mère se reposait pendant 20 mn entre chaque test.

La production lactée quotidienne de ces mères allait de 372 à 1101 g. 16 à 225 mn s'écoulaient entre le test et la précédente tétée ou le test précédent. Le degré moyen de « remplissage » avant les tests était de 0,51 pour le sein gauche et de 0,46 pour le sein droit. A l'occasion des mises au sein, le réflexe d'éjection a toujours été constaté sauf à une reprise. 14 mères ont présenté un réflexe d'éjection avec tous les schémas d'expression testés. Les autres mères ont présenté un réflexe d'éjection avec 1 à 6 de ces schémas. 3 mères n'ont jamais senti les réflexes d'éjection, et 21% des réflexes d'éjection objectivés par ultrasons n'étaient pas perçus par la mère. Lorsqu'ils étaient perçus, cette perception coïncidait avec leur constatation aux ultrasons. Leur survenue était nettement plus rapide pendant la tétée par le bébé que pendant les tests d'expression du lait (56 ± 4 s contre 120 à 149 s) ; le temps nécessaire à leur survenue était similaire avec tous les schémas d'expression.

La quantité de lait exprimée pendant les 50 à 70 secondes suivant le réflexe d'éjection allait de 0,1 à 69,5 g. La quantité de lait obtenue entre 50 et 70 s d'expression était fonction de l'importance de la dépression exercée (d'autant plus importante que la dépression était importante). L'augmentation de diamètre des canaux lactifères observée aux ultrasons était similaire pendant la prise du sein par le bébé et pendant les divers schémas d'expression du lait.

Une étude avait constaté que les canaux lactifères restaient dilatés pendant en moyenne 86 secondes après le commencement d'un réflexe d'éjection, et que la quantité de lait qui sortait du sein pendant chaque réflexe d'éjection était en moyenne de 35 g. La quantité de lait reçue par l'enfant dépendait du nombre des réflexes d'éjection. Cette quantité de lait n'était pas influencée par le pourcentage d'augmentation de diamètre des canaux lactifères. Il semble donc que la dilatation de ces canaux joue un rôle plus permissif que de contrôle. Les données recueillies par diverses études permettent de penser que la force de la succion de l'enfant a un impact plus important sur le transfert de lait à l'enfant que l'importance de la dilatation des canaux lactifères. Tous ces faits, combinés à ce qui a été constaté à l'occasion de cette étude, suggèrent que chaque réflexe d'éjection rend disponible une certaine quantité de lait, et que la rapidité avec laquelle ce lait sort du sein dépend de la force de la succion et de la dépression.

Dans cette étude, une fréquence des cycles allant de 105 à 125 / mn était au moins aussi efficace qu'une fréquence de 45 / mn. L'importance de la dépression n'avait aucun impact sur la rapidité de survenue du réflexe d'éjection, mais permettait en revanche d'exprimer davantage de lait pendant la minute suivant la survenue du réflexe d'éjection.

Choisir un tire-lait

Pour choisir un tire-lait, il convient tout d'abord de se poser certaines questions :

- Tirer son lait, pourquoi ? Pour lancer la lactation, dans le cas d'un bébé qui ne peut pas téter directement au sein, augmenter une production lactée insuffisante, ou dans le cadre d'une lactation bien établie ?
- Tirer son lait, quand ? De manière fréquente et régulière, ou de manière occasionnelle ?
- Tirer son lait, où ? La maman devra-t-elle emporter le tire-lait en déplacement, ou tirera-t-elle toujours son lait au même endroit ?

De la réponse à ces différentes questions dépendra le choix de l'un ou l'autre modèle de tire-lait.

Quelques éléments importants doivent être rappelés :

- On ne devrait pas utiliser un tire-lait pour vérifier si une maman a du lait. Ce genre de « test » est particulièrement propice à la création d'un climat de stress qui bloquera la sécrétion d'ocytocine, et inhibera le réflexe d'éjection. La maman, déjà inquiète et manquant de confiance en elle, risquera d'en conclure qu'elle n'a pas de lait. D'autres éléments permettent de savoir si un bébé ne reçoit pas suffisamment de lait (urines peu abondantes, selles rares pendant les premières semaines, prise de poids insuffisante, peu de déglutitions audibles pendant la tétée).

L'ordonnance et le remboursement

L'ordonnance devrait être renouvelable et elle devrait comporter les informations suivantes :

- le nom de la mère ;
- la marque du tire-lait, formulée de la façon suivante : « tire-lait de type X » ou « Y » avec la précision simple/double, et la mention « non substituable » ;
- la mention « avec kit » ou « avec ses accessoires » ;
- la taille de tételles, lorsqu'il s'agit d'un tire-lait Medela, prescrit par un professionnel très averti.

La prescription (médecin ou sage-femme) permet la location du tire-lait à la semaine et son remboursement, plus ou moins intégral, en fonction des CPAM, et d'une éventuelle mutuelle.

La pharmacie facture en outre l'achat du kit (téterelle + flacon + tuyau + piston), dont le remboursement se fait sur une base que l'on appelle le TIPS. Le prix de vente par le pharmacien du kit du modèle Kittett est en général quasiment le même que le TIPS, donc cet achat est pratiquement totalement remboursé. Le kit d'autres marques de tire-lait est souvent plus cher ; le prix de vente est donc supérieur au TIPS, et la mère finance la différence (quand on achète un kit de double pompage, on ne compte malheureusement pas deux fois le TIPS). Le kit Medela, plus cher à l'achat, est également un tire-lait manuel complet, qui pourra toujours servir indépendamment du moteur.

Certaines mutuelles ont un forfait matériel (par exemple de 30 euros). Il permet de rembourser le kit pour le tire-lait. Il faut donc dire aux mères de demander une facture du dépassement au pharmacien et de l'envoyer à leur mutuelle en demandant s'il y a une prise en charge.

- Un tire-lait ne doit jamais faire mal ; bien vérifier le mode d'emploi avant l'utilisation.
- Pour tirer son lait, la maman doit de préférence être dans un endroit calme, où elle bénéficie d'un minimum de confort et d'intimité. Quelle que soit la méthode d'expression du lait, il y a un « coup de main » à prendre, tant sur le plan pratique que sur le plan émotionnel.

Les différents types de tire-lait

Rappelons tout d'abord que l'on peut parfaitement tirer son lait à la main. Cela peut toujours être utile. Apprendre aux mamans comment tirer leur lait manuellement est d'ailleurs l'une des conditions que doivent remplir les hôpitaux qui désirent obtenir le label Hôpital Ami des Bébés. Penser à se laver les mains avant la séance d'expression.

1. Les tire-lait manuels

Ce type de tire-lait s'achète et n'est pas remboursé. Il existe différents modèles, plus ou moins modernes, plus ou moins simples à monter et à utiliser. Il faut une bonne adéquation entre la téterelle et le mamelon : si les mamelons de la maman sont trop petits par rapport à la téterelle, de l'air passe ; à l'inverse, si les mamelons sont trop gros, l'utilisation du tire-lait peut être douloureuse. Il est utile de rappeler qu'il faut doser l'aspiration : plus fort n'est pas synonyme de mieux ; l'expression du lait ne devrait JAMAIS être douloureuse. Ces tire-lait sont peu encombrants, ne font pas de bruit et, par définition, ne nécessitent pas d'électricité. Ils conviennent pour une utilisation ponctuelle, sur une lactation déjà établie.

Modèles :

- **Tire-lait simple de Medela®** : simple à monter. Vendu uniquement dans le cadre de la location d'un tire-lait électrique automatique.
- **Harmony de Medela®** : simple à monter. Il permet une expression en deux phases. Probablement un des meilleurs modèles de tire-lait manuels. **A noter que Medela est actuellement le seul à commercialiser divers modèles de tételles, et ce en plusieurs tailles, qui s'adaptent sur tous leurs tire-lait, manuels et électriques.**
- **Avent®** : en général, les mamans en sont assez satisfaites, mais il est parfois un peu difficile à remonter, et certaines mamans ont les mamelons irrités par la collerette censée imiter la succion du bébé. En pareil cas, il suffit d'enlever cette collerette.
- **Lansinoh®** : facile à assembler, utilisable d'une seule main, léger, transport discret.
- **Améda®** : ce modèle a le même set que celui utilisé sur un tire-lait électrique, sur lequel on adapte une poignée pour tirer manuellement.
- **Mamivac®** : montage simple, expression à deux phases.
- **Tire-lait atmosphérique Kittett®** (Diffusion Technique Française) : fonctionne avec une poire en caoutchouc.

Il existe également d'autres marques (Sanipharm®, Rémond®, Bébisol®...). Les tire-lait ne sont pas leur spécialité, et leurs tire-lait ne sont pas aussi étudiés. Certains d'entre eux sont vendus dans les magasins de puériculture, les pharmacies, voire les grandes surfaces.

Effets secondaires des tire-lait

Breast pump adverse events : reports to the Food and Drug Administration. SL Brown et al. J Hum Lact 2005 ; 21(2) : 169-74.

Comme tout matériel médical, les tire-lait sont susceptibles d'avoir des effets secondaires. Les auteurs ont recherché ces effets à partir du programme de surveillance médicale passive de la FDA.

Entre 1992 et 2003, il a reçu 30 rapports concernant un tire-lait électrique : 11 cas de dysfonctionnement, 7 cas de blessures, autre problème ou problème non précisé dans 12 cas. Les 7 autres rapports concernaient des tire-lait manuels : 4 cas de dysfonctionnement, 1 cas de blessures, autre problème ou problème non précisé dans 2 cas. Les effets négatifs les plus souvent rapportés étaient la douleur, une dépression trop forte ou inadéquate, la survenue de lésions des mamelons (crevasses, hématomes, saignements).

Les tire-lait sont conçus d'après des principes physiques : ils utilisent la pression négative pour faire sortir le lait des seins. Certains tire-lait ont un système de sécurité qui limite la pression. Si cette dernière est insuffisante, le tire-lait sera inefficace. Si elle est trop importante, le tire-lait pourra léser les seins. La contamination du lait par le tire-lait est un problème particulièrement sérieux lorsque le bébé est un prématuré. Un tel cas a été rapporté à la FDA : des jumeaux prématurés ont été exposés au *Pseudomonas aeruginosa*, et après enquête la source de contamination la plus vraisemblable était le tire-lait utilisé par la mère. Au moins un cas de passage du lait dans le moteur du tire-lait a été rapporté, ce qui pose un sérieux problème. Outre les risques pour l'enfant, la contamination représente un risque pour la mère : une étude a constaté que l'utilisation d'un tire-lait était un facteur de risque de mastite.

Les tire-lait sont utilisés par de plus en plus de femmes. Il serait nécessaire d'obtenir une meilleure déclaration des effets secondaires liés à l'utilisation d'un tire-lait, ainsi que des rapports plus précis et détaillés. La sous-déclaration est probablement considérable, les récits de problèmes avec un tire-lait faits par des mères sur des forums de partage d'expérience sur Internet en sont un signe. En savoir davantage sur les problèmes causés par les tire-lait permettrait à leurs fabricants d'identifier ce qui pourrait être modifié dans les tire-lait pour éviter ces problèmes. De leur côté, les fabricants devraient rapporter tous les problèmes qui sont portés à leur connaissance.

NDLR : Le service de Matériovigilance de l'AFSSAPS édite une fiche permettant de déclarer ce type de problèmes : le formulaire Cerfa n°10246*02. Il est téléchargeable à l'adresse suivante : www.sante.gouv.fr/cerfa/dispo_med/amaterio20.pdf

2. Mini électriques

Ce type de tire-lait s'achète et n'est pas remboursé. Ils peuvent fonctionner sur piles et/ou sur secteur. Les tire-lait électriques sont plus bruyants que les tire-lait manuels. Ils

peuvent être simples ou doubles. Les tire-lait double pompage ne permettent pas seulement de diviser par deux le temps nécessaire pour tirer son lait ; des études ont constaté que le fait de tirer son lait simultanément des deux seins permettait d'obtenir davantage de lait, et induisait un taux sérique plus élevé de prolactine. Ils sont donc plus efficaces que les tire-lait simples. Ils conviennent pour une utilisation répétée, sur une lactation déjà établie.

Modèles :

- **Mini électrique de Medela®**
- **Swing de Medela®** : il utilise la technologie double phase. Il n'existe malheureusement qu'en simple pompage.
- **Isis iQ de Avent®** : commercialisé en version simple ou double pompage (UNO et DUO).

3. Electriques automatiques

Ce type de tire-lait peut être acheté, mais étant donné leur coût ils sont le plus souvent loués en cas d'utilisation par un particulier. Le montant de la location est pris en charge par la Sécurité Sociale et les mutuelles, dans la mesure où il existe une prescription médicale. Seul le set d'expression du lait (téterelle et biberon de recueil du lait) est vendu, et restera la propriété de la mère.

Dans ces catégories, il convient de bien distinguer les anciens modèles et les modèles modernes. Les anciens modèles sont malheureusement encore proposés partout. Le meilleur exemple de cette catégorie est le *Kitetmatic®*. Le modèle proposé à la location par de nombreuses pharmacies est vieux, volumineux et bruyant. C'est un mauvais tire-lait. Son moteur assure d'ailleurs une double fonction : il peut, en inversant son sens de fonctionnement, être utilisé pour les aérosols ; il n'a donc pas été étudié spécifiquement pour tirer le lait. On trouve même encore en circulation des modèles archaïques, sur lesquels la dépression doit être gérée en mettant un doigt sur un orifice. Outre le fait que ces modèles sont obsolètes et bruyants, ils peuvent également provoquer des lésions des mamelons ; par ailleurs, il existe des risques de contamination (le lait peut passer dans le moteur, dans les tuyaux,...).

Les modèles modernes peuvent se trouver en pharmacie et/ou chez les grossistes et les sociétés de location de matériel médical. Ils sont disponibles en double pompage lorsqu'on le précise, mais en général ils sont, par ignorance du pharmacien, du grossiste ou de la mère, loués en simple pompage. Ces modèles, en particulier en double pompage, sont le meilleur choix pour les mères qui doivent tirer leur lait régulièrement sur une longue période. Ils conviennent pour lancer une production lactée et l'entretenir. Des études ont fait état d'un taux plus élevé de prolactine en réponse à l'utilisation d'un tire-lait électrique automatique qu'en réponse à l'expression manuelle, ou à l'utilisation d'un tire-lait manuel ou mini-électrique.

Modèles :

- **Lactina de Medela®** : si on l'utilise en simple pompage, il faut boucher l'autre orifice (là où s'enfoncerait le second tuyau avec un set double pompage), sinon il n'y a pas d'aspiration (ce qui n'est pas le cas du *Symphony*, par exemple).
- **Symphony de Medela®** : ce tire-lait utilise la technologie double phase de Medela. Il est silencieux et n'a pas de

piston en mouvement lors de l'utilisation, ce qui permet une utilisation discrète. Si on l'utilise en simple pompage, il n'est pas nécessaire de boucher l'autre trou. C'est un excellent tire-lait, mais il est coûteux.

- **Lactaline d'Améda®** : ce tire-lait est léger et vraiment très discret. En réalité, il devrait même être mentionné plutôt dans la catégorie précédente, car c'est un petit électrique ; il est cependant disponible en location (c'est le seul de sa catégorie dans ce cas). Il est de plus assez petit, et livré dans une sacoche de transport qui fait également office de glacière. Le moteur étant plus léger, il est probablement moins adapté à un usage intensif (service de néonatalogie par exemple).

- **Mamivac®** : ce tire-lait utilise la technologie double phase (comme les modèles de Medela) et il est équipé d'un diaphragme (comme le modèle d'Améda), mais il offre l'avantage d'être moins coûteux à l'achat. Sa diffusion en France est encore limitée.

- **Simple pompage Kitett box®** : ce tire-lait est à peu de chose près aussi médiocre que l'ancien Kittet® (voir catégorie « anciens modèles »).

- **Double pompage Kitett Fisio®** : la qualité de ce modèle est très supérieure à celle des autres modèles de Kitett®, au point que certaines mamans préfèrent ce modèle au Lactina de Medela® (le Symphony restant toujours le plus apprécié).

4. Modèles particuliers et accessoires

- Les tire-lait **Medela®** sont vendus avec une **téterelle** taille standard 24 mm. Il existe d'autres tailles de téterelle en fonction de la taille des mamelons de la mère (21 mm, 24 mm, 27 mm, 30 mm, 36 mm pour le modèle PersonalFit).

- **Le Whisper Wear®** (disponible aux USA et sur le catalogue de LLLI) est constitué de deux petites « coquilles » tire-lait (reliées à deux sachets de recueil du lait) qui se glissent sous les vêtements, dans le soutien gorge, permettant donc un usage très discret.

- **Le bustier pour tire-lait**, commercialisé par Mamana-na®, permet de tirer son lait aux deux seins en même temps tout en gardant les deux mains libres.

- Pour conserver son lait, tout récipient propre pouvant fermer hermétiquement peut être utilisé : petits pots en verre avec couvercles, biberons (de préférence en polypropylène, sans bisphénol A), mais également des sachets spéciaux pour la conservation du lait maternel, ou plus simplement encore bacs à glaçons souples neufs, sachets à glaçons...

En conclusion

Avec un tire-lait de bonne qualité et un minimum d'habitude, la plupart des mères arriveront à tirer efficacement leur lait. Les études sur les tire-lait ont cependant permis de constater des différences significatives entre les mères, certaines n'arrivant pas à exprimer beaucoup de lait même avec les tire-lait les plus performants, alors que leur bébé obtient au sein tout le lait dont il a besoin. Les recherches se poursuivent afin de comprendre les raisons de ces différences, et d'explorer les diverses possibilités qui permettront à certaines mamans de tirer leur lait plus efficacement, ou qui seront plus adaptées à des conditions particulières.

Références

- Arthur PG et al. *Measuring short-term rates of milk synthesis in breast-feeding mothers. Q J Exp Physiol* 1989 ; 74 : 419-28.
- Courdent M, animatrice LLL, formatrice AM-F, puéricultrice, consultante en lactation IBCLC. *Les tire-lait. Session présentée pendant le congrès de LLL France, Dourdan, 17-18 novembre 2007.*
- Cox D B et al. *Mammary morphological and functional changes during pregnancy in women. Proc Aust Soc Reprod Biol* 1994 ; 26 : 47.
- Cox DB et al. *Blood and milk prolactin and the rate of milk synthesis in women. Exp Physiol* 1996 ; 81 : 1007-20.
- Daly SEJ, Hartmann PE. *Infant demand and milk supply. Part 2 : The short-term control of milk synthesis in lactating women. J Hum Lact* 1995 ; 11(1) ; 27-37.
- Daly SEJ et al. *Degree of breast emptying explains changes in the fat content, but not fatty acid composition, of human milk. Exp Physiol* 1993 ; 78 : 741-55.
- Daly SEJ et al. *The determination of short-term breast volume changes and the rate of synthesis of human milk using computerized breast measurement. Exp Physiol* 1992 ; 77 : 79-87.
- Daly SEJ et al. *The short-term synthesis and infant-regulated removal of milk in lactating women. Exp* 1993 ; 78 : 209-20.
- Daly SEJ et al. *Frequency and degree of milk removal and the short-term control of human milk synthesis. Expr Physiol* 1996 ; 81 : 861-75.
- Daly SEJ et al. *The short-term synthesis and infant-regulated removal of milk in lactating women. Exp Physiol* 1993 ; 78 : 209-20.
- Dulbecco R. *The Design of Life, (Yale University Press; New Haven, 1987) 161.*

Afin que chaque mère puisse choisir celle qui lui assure un maximum de confort et d'efficacité lors de l'expression du lait, Medela propose divers types de téterelles. Ces téterelles sont adaptables sur TOUS les tire-lait commercialisés par Medela.



Téterelle PersonalFit, pour une téterelle exactement adaptée à la taille du mamelon - 5 tailles, de 21 à 36 mm

Téterelle Confort, en silicone souple, pour un confort maximal



Téterelle SoftFit, douce et flexible

- Jones E et al. A randomised controlled trial to compare methods of milk expression after preterm delivery. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2001 ; 85(2) : F91-95.
- Hill PD et al. The effect of sequential and simultaneous breast pumping on milk volume and prolactin levels : a pilot study. J Hum Lact 12(3), 193-99, 1996.
- Huynh DQ et al. The rapid estimation of short term changes in breast volume, Proc 6th Int Conference on Biomedical Engineering, Singapore 1990, 93-96.
- Kent JC et al. Response of breasts to different stimulation patterns of an electric breast pump. J Hum Lact 2003 ; 19(2) : 179-86.
- Mitoulas LR et al. Effect of vacuum profile on breast milk expression using an electric breast pump. J Hum Lact 2002 ; 18(4) : 353-60.
- Mitoulas LR et al. Efficacy of breast milk expression using an electric breast pump. J Hum Lact 2002 ; 18(4) : 344-52.
- Ramsay DT et al. Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging. J Anat 2005 ; 206(6) : 525-34.
- Ramsay DT et al. Ultrasound imaging of milk ejection in the breast of lactating women. Pediatrics 2004 ; 113 : 361-67.
- Ramsay DT et al. The use of ultrasound to characterise milk ejection using an electric breast pump. J Hum Lact 2005 ; 21(4) : 421-8.
- Zinaman MJ et al. Acute prolactin and oxytocin responses and milk yield to infant suckling and artificial methods of expression in lactating women. Pediatrics 1992 ; 89(3) : 437-40.

Coordonnées

- Medela France, 14 rue de la Butte Cordière - 91154 Etampes cedex. Tél : 33 (0)1 69 16 10 30 - Fax +33 (0)1 69 16 10 32 medela@wanadoo.fr - www.medela.fr
- Ameda est distribué France par Almafil, 31, rue de Verdun, 68100 MULHOUSE. Tél : 33 (0)3 89 44 13 59 almafil@evhr.net - www.alfamil.com
- Diffusion Technique Française (tire-lait Kitett). dtf@dtf.fr - www.dtf.fr
- Avent : www.avent.com
- Les tire-lait Mamivac sont commercialisés en France par Natal services, 143, Avenue Félix Faure 75015 Paris Tél : 33 (0)1 58 09 89 00 - Fax : 33 (0)1 45 54 89 90 fr.kaweco.de/produits
- Tigex : www.tigex.fr/produit-tigex-tire-lait-manuel-16.html
- Marvel commercialise le tire-lait Sanipharm. 34 av Denis Papin, BP 24, 46801 St Jean de Braye Tel 33 (0)2 38 86 04 64 - Fax : 33 (0)2 38 86 41 67,
- Rémond commercialise ses tire-lait dans les magasins de puériculture et les pharmacies. www.remond.fr/catalogue-remond.php
- Nataluna : www.nataluna.com/acheter/selection-jeune-maman-33/index.html
- Medialactée commercialise une vidéo (Tirer le lait) sur les diverses méthodes d'expression du lait. 3 rue Caudron, 80000 Amiens - 33 (0)3 22 71 00 71 - contact@medialactee.com www.medialactee.com/page/accueil.asp



LA TRIBUNE DES LECTEURS



Allaitement, caries et couple

Depuis plusieurs années, je reste perplexe devant plusieurs cas de bébés maternés à 100%, qui dorment tout près de leur maman, et que je dois envoyer chez la dentiste pour enfants, pour des caries qui étaient décrites auparavant chez les enfants qui allaient au lit avec un biberon de Coca-Cola sucré. Or, je ne rencontre pas de telles caries chez les bébés sevrés à douze mois, ni chez ceux qui ont reçu une alimentation artificielle.

Les parents dont je suis les enfants appartiennent à la classe sociale moyenne. La plupart ont un niveau de scolarité d'au moins Bac plus deux, ne fument pas, ne font pas manger trop de sucreries à leur progéniture, leur font se brosser les dents, plutôt sans dentifrice, ont eux-mêmes peu de caries, et, le plus qu'ils le peuvent, favorisent l'allaitement.

Chez tous ces bébés, je ne retrouve qu'une constante : les tétées nocturnes « en continu »... C'est donc avec perplexité que je lis les publications qui affirment que le lait maternel n'est pas cariogène. D'autant plus que la dentiste n'est pas ravie du tout lorsqu'elle apprend que ces bambins têtent toujours pendant la nuit... si bien qu'il me faut éduquer les mamans dans le non avoué, le

non-dit, vis-à-vis de la « chirurgie dentaire ».

J'essaie donc de conseiller de ne pas trop, si possible, laisser bébé s'endormir avec le sein dans la bouche à partir de l'âge de six mois, tout en maintenant la proximité des parents avec leur enfant, pour que celui-ci puisse téter pendant la nuit. Mais en le « débranchant » lorsque ses yeux s'alourdissent. Vous avez connu des bébés, j'en suis certain, qui deviennent de vrais tyrans vers l'âge de quinze mois, parce qu'ils ne savent pas trouver le sommeil autrement qu'en tétant cette maman qui le vit mal, et qui donc subit cela. « Docteur, ne nous abandonnez pas, aidez-nous, faites quelque chose, ça ne peut plus durer, je ne supporte plus cette relation avec lui, d'autant que Belle-Maman, elle, dit à mon mari que... ». Voilà la deuxième « sensation » qui me rend enclin à favoriser le plus possible les tétées câlines diurnes, mais seulement alimentaires nocturnes après l'âge de six ou neuf mois.

Une autre observation encore plus délicate à évoquer est, me semble-t-il, la plus grande fréquence de séparation des parents ou de divorces, si l'enfant accapare trop la maman. Là encore, je n'ai aucune certitude, que des sensations. Est-ce que les papas sont devenus moins matures ou plus égoïstes ? Est-ce qu'ils n'ont pas compris ou ressenti tous ces changements profonds qui s'opéraient chez leur compagne qui, à présent, est maman ? Est-ce qu'ils ne supportent pas de partager leur femme avec le

nouveau-né ? Est-ce qu'à trop sécréter de prolactine, les mamans ne ressentent plus que leur compagnon a besoin d'elles ? À présent, ils se pensent un peu seuls... Tout comme trop de mamans.

Mais sécréter si peu d'œstrogènes n'est-il pas fait exprès pour qu'un autre enfant n'arrive que lorsque le précédent aura un peu grandi et pris de l'autonomie ? Est-ce que ces mamans se centrent sur cet enfant parce que leur relation avec le papa est insatisfaisante, ou inexistante, ou inappropriée à leurs yeux ? J'essaie de dire aux mamans que les papas méritent, eux aussi, un peu de maternage, un peu d'attention. Je tente d'expliquer que, souvent, on offre à l'autre ce que soi-même on aimerait recevoir, qu'on tente d'interpréter l'autre à travers notre propre regard. Un papa est un homme plein de testostérone, fait pour être papa. Une maman est une femme pleine de prolactine, faite pour être maman... Est-ce qu'on insiste suffisamment, lors des cours d'éducation sexuelle, dans les classes de l'enseignement secondaire, sur les changements de comportement qu'induisent grossesse et accouchement chez les deux genres de l'espèce humaine ?

Beaucoup de parents sont surpris de vivre ce qui leur arrive, ce qui arrive à leur enfant, d'où le grand intérêt des groupes de contact, comme LLL à su les organiser, où il est plus facile de s'apercevoir qu'on n'est pas si seul à vivre de telles situations. Est-ce que les parents actuels, qui ont grandi au sein de familles réduites, n'ont pas été suffi-

samment sollicités pour participer aux tâches que la vie réclame au quotidien, donc n'ont pas eu le loisir d'apprendre, au moment propice, ce qu'est la vie ordinaire? Est-ce que nous, de la génération précédente, n'avons pas trop voulu protéger nos propres enfants, parents d'aujourd'hui, dans le faux espoir de leur ôter toutes les difficultés de l'existence? Est-ce que les familles ne se sont pas trop nucléarisées, trop éloignées de leurs racines culturelles et de leurs proches? C'est peut-être lors de l'arrivée du premier enfant et pendant sa petite enfance que cette solitude, cet isolement, seront les plus criants.

Est-ce que le travail, qui éloigne les petits des parents, toute la journée, ne donne pas à tous la sensation que l'autre n'est pas aussi nécessaire qu'on pourrait nous le laisser croire? Est-ce que l'enfant élevé par d'autres ne va pas s'approprier la culture de cette autre famille, ce qui va le différencier un peu plus de ses géniteurs, l'isoler un peu plus de ses parents, qui auront, avec lui, un peu la sorte de relations qu'on peut, par exemple, entretenir avec sa belle-famille? Ou bien gagnera-t-il une autre culture, un vrai enrichissement?

Il m'arrive souvent d'expliquer, en riant, qu'un jour, maman verra son fils s'en aller,

heureux, avec une autre. Malgré tout, elle restera sa maman, avec autant d'affection et d'attentions qu'aujourd'hui. Papa a, lui aussi, été un bébé choyé par sa mère. La vie n'est qu'un perpétuel recommencement. Et d'ajouter que le plus souvent, les grand-mères sont là pour aider, pas pour kidnapper bébé. Qu'elles sont là pour s'occuper encore de leurs propres enfants même s'ils ont grandi un peu. Qu'il faut les apprivoiser dans leur nouveau rôle, et leur expliquer bien précisément comment elles doivent aider.

Mais, sur la maîtrise de la suite des événements, mes succès restent plutôt faibles. Il y a trop de variables difficiles à cerner, donc difficiles à étudier et gérer. Et j'ai le sentiment frustrant que beaucoup plus de mamans qui maternent longtemps vivent des séparations de couples. Est-ce qu'il existe des études sur la durée des couples en relation avec le maternage intensif? Hélas, je n'ai que des questions, pas de réponses.

Voilà quelques sujets de réflexions que j'aimerais voir évoquer dans vos revues. Tout cela touche à la vie, à la philosophie que chacun se construit de cette vie. À l'air du temps aussi, peut-être? Ne sommes-nous que des transmetteurs d'ADN, malgré nous et à n'importe quel prix? Programmés dans

ce but? Ceci est encore un autre vaste sujet qui dépasse les problèmes de certains bébés longtemps allaités en continu la nuit, qui parfois ont des caries, les problèmes de certains bébés tyranniques avec leurs trop gentilles mamans, ou les problèmes de couples qui se séparent avant que l'enfant ait pu grandir.

Il m'est difficile d'aborder ces questions sans avoir la sensation de ne pas être assez enthousiaste pour aider les mamans qui veulent allaiter. Mais faut-il se cacher les questions délicates? Ne doit-on jamais se remettre en cause? L'opinion d'autres professionnels, d'autres accompagnants, de parents, de grands-parents, de futurs parents nous aiderait peut-être?

Dr Yves FAYOLLE
Pédiatre – Annecy (74)

Tirer le lait naturellement

Voici le témoignage d'une maman concernant l'expression de son lait.

À la reprise de son travail, elle a souhaité stimuler et entretenir sa lactation de la manière la plus économique et écologique qui soit : elle tirait son lait au travail, dans un lieu isolé, à la main (elle s'était entraînée à l'avance tranquillement chez elle) pendant 10 min environ 2 à 3 fois sur une journée de 8 heures en alternant plusieurs fois le sein gauche puis le droit.

Elle utilisait comme récipients de recueil des pots à confitures passés au lave-vaisselle qu'elle rapportait le soir chez l'assistante maternelle tout en récupérant les pots à confiture vides de la veille, et effectuait ainsi un roulement.

Frédérique VEAUX, ICBLC
Lactarium de Tours (37)

Infor-Allaitement organise sous le haut patronage de l'UNICEF :

Les premiers moments de l'allaitement : éthique et pratiques le vendredi 21 novembre 2008 - La Marlagne

Renée Van de Weerd : Importance de l'allaitement maternel pour la survie des enfants

Marc Pilliot : Du premier regard à la première tétée

Gisèle Gremmo-Feger : Accueil du nouveau-né en salle de naissance : les dogmes revisités

Jean-Paul Langhendries : Le lait maternel, l'aliment fonctionnel par excellence. Son importance sur le plan de l'induction immunitaire

Christilla Coussement : Impact des pratiques en pré- et péripartum sur le démarrage de l'allaitement

Ingrid Bayot : S'apprivoiser, se regarder, se nourrir,...mutuellement

Coût (repas de midi et pauses café compris) :

Professionnels : 60€ - Etudiants : 30€

Renseignements et inscription :

Infor-Allaitement - Centre Culturel Marcel Hicter - La Marlagne
Chemin des Marronniers, 26 – 5100 Wépion (Namur), Belgique
colloque@infor-allaitement.be - inscription@infor-allaitement.be

0472 / 70 20 26

Inscription en ligne sur le site : www.infor-allaitement.be

**Cette journée donne droit à 4 points d'accréditation éthique,
et à des points CERP's**

Consultation d'allaitement en Ille-et-Vilaine

Le Dr CATIER-GUENNEC
Généraliste, DU de lactation humaine

ouvre une consultation de soutien
à l'allaitement, dans le cadre de la
consultation de pédiatrie du

CHP St Grégoire :
CHP SAINT GREGOIRE
6 bd de la Boutière
35760 SAINT GREGOIRE
02 23 25 31 95