

REVUE DE PRESSE

La culpabilité chez les mères qui n'allaitent pas : quel rôle pour le médecin ?

Exploration of guilt among mothers who do not breastfeed : the physician's role. M Labbok. J Hum Lact 2008 ; 24(1) : 80-4. Mots-clés : allaitement, culpabilité, honte, professionnel de santé.

Il est courant d'entendre dire qu'il ne faut pas parler des risques liés à l'alimentation d'un bébé avec un lait industriel pour ne pas culpabiliser les mères qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas allaiter. L'auteure explore les composantes de cette conviction, évalue qui en bénéficie, et précise la terminologie utilisée. Elle passe également en revue les causes des échecs d'allaitement et des sentiments de honte qui peuvent s'y associer, ainsi que les responsabilités des professionnels de santé, des médias, et de la société dans son ensemble. Elle propose un autre point de vue sur la culpabilité, fondée sur le fait que la femme vit le non-allaitement ou l'échec de l'allaitement avant tout comme un deuil, sur le plan conscient ou inconscient, que le choix de ne pas allaiter soit le sien ou qu'il lui soit imposé. Elle propose des approches pour prévenir la culpabilité et la honte, et pour aider la femme à les surmonter.

Les anthropologues définissent la honte comme l'échec à répondre aux attentes de la société dans laquelle nous vivons. D'un point de vue psychologique, la honte est fonction de données religieuses, culturelles, politiques, sociales... qui induisent un sentiment de déshonneur ou de condamnation. La culpabilité est l'ensemble des sentiments que nous éprouvons lorsque nous avons fait quelque chose de contraire à nos valeurs. On se sent coupable de ne pas avoir fait ce que nous aurions dû faire, et on se sent honteux si nous avons « failli ». La honte peut évoluer vers la culpabilité.

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant dit que tous les enfants ont droit à la meilleure santé possible, et que les parents doivent recevoir des informations sur la nutrition infantile en général, et sur les avantages de l'allaitement en particulier. Si on considère qu'un enfant a le droit d'être allaité, on peut en déduire que c'est le devoir de la mère d'allaiter. Mais si l'on souhaite que la mère accepte ce devoir, le devoir de la société est de la soutenir totalement. C'est donc la responsabilité de la société en général, celle des professionnels de santé, des législateurs, des employeurs... de veiller à ce que tout soit fait pour qu'une mère puisse réussir son allaitement. Si ce n'est pas le cas, la société toute entière en est responsable. On ne peut exiger de la mère qu'elle soit la seule à « assurer son devoir » sans être soutenue pour ce faire.

La capacité de choisir ce qui est le mieux pour leur enfant est la responsabilité des parents. Celle des professionnels de santé est de leur fournir des informations qui leur permettront de prendre des décisions informées. Les professionnels de santé utilisent couramment la culpabilité pour amener des parents à adopter certains comportements, mais induire de la culpabilité n'est pas une bonne stratégie. L'expérience personnelle d'un professionnel de santé influe sur son comportement. Combien de professionnels de santé affirment-ils ne pas vouloir culpabiliser les mères qui ne souhaitent pas allaiter uniquement parce qu'ils ne veulent pas se sentir eux-mêmes coupables parce que leur enfant n'a pas été allaité ? Combien de disent parce qu'ils n'ont pas les compétences nécessaires pour sou-

tenir efficacement les mères allaitantes, et qu'ils ne veulent pas le reconnaître ? Ce type d'attitude est bien plus susceptible d'induire de la culpabilité chez les mères que si le professionnel de santé reconnaît son manque de connaissances et envoie la mère chez une autre personne plus compétente. En conséquence, si un professionnel de santé souhaite éviter de culpabiliser les mères de sa clientèle, la meilleure chose qu'il puisse faire, mis à part le fait d'éviter tous les cadeaux des fabricants de lait industriel, est soit de veiller à avoir de bonnes connaissances en matière d'allaitement, soit d'envoyer rapidement les mères dont le problème dépasse ses compétences à un autre professionnel mieux formé.

Les femmes qui reçoivent des informations sur l'allaitement avant la naissance sont plus enclines à allaiter, et à le faire plus longtemps. Pour éprouver de la culpabilité, il est nécessaire d'avoir pris conscience que l'on aurait dû faire quelque chose d'important, et qu'on ne l'a pas fait. Le Dr Jack Newman estime que ce ne sont pas les femmes qui ont décidé en toute connaissance de cause de ne pas allaiter qui se sentent coupables, mais celles qui auraient bien voulu allaiter et qui n'ont pas réussi à le faire. La culpabilité peut être le moteur qui nous pousse à « bien » agir, mais elle peut également s'avérer un puissant outil de manipulation.

Des sentiments de deuil et de colère peuvent survenir lorsque nous n'obtenons pas ce que nous souhaitons, ou que nous n'arrivons pas à faire ce que nous avons planifié. Lorsqu'une mère ne peut pas allaiter ou décide de ne pas allaiter, elle pourra expérimenter un sentiment de deuil, conscient ou subconscient, qui s'ajoutera éventuellement au sentiment de deuil induit par un accouchement qui ne s'est pas passé comme elle l'avait espéré. La culpabilité est probablement le sentiment le plus difficile à vivre du processus de deuil. Comprendre et accepter ses sentiments est une démarche importante du processus de guérison suite à un stress.

Il y a diverses façons de traverser le processus de deuil. Si certaines femmes seront incapables de gérer elles-mêmes leurs sentiments et leurs choix, d'autres arriveront à mettre en place une démarche constructive, en particulier si elles sont soutenues dans leur démarche par leur compagnon, leur famille, leurs amis... Les religions traditionnelles ont généralement un processus de soutien des personnes qui affrontent un deuil. Un soutien psychologique pourra aider la femme à accepter ses sentiments et à les surmonter. Réussir un deuil nécessite un certain rituel. Les professionnels de santé doivent savoir que certains facteurs empêchent la réussite du processus de deuil ; certaines femmes surcompensent, en prenant de l'alcool, des drogues, des médicaments, ou par le biais d'une hyperactivité qui les empêche de réfléchir ; minimiser les sentiments de la femme, ou éviter de lui en parler, ne lui permet pas d'accomplir le processus. La femme doit pouvoir se sentir libre de dire ce qu'elle ressent, et de voir que ses sentiments sont acceptés. Si elle l'accepte, on peut lui recommander de prendre contact avec un groupe de soutien.

Donner aux mères des informations objectives sur l'alimentation infantile et recommander l'allaitement comme étant la norme pour notre espèce fait partie des responsabilités des professionnels de santé, de même que veiller à avoir les connaissances nécessaires pour aider efficacement les mères dans leur allaitement. Si une femme choisit de ne pas allaiter ou si son allaitement est un échec, et qu'elle en éprouve de la culpabilité, les professionnels de santé peuvent l'aider à gérer ses sentiments de culpabilité, de colère, de honte ou de frustration afin de lui permettre d'en guérir sur le plan émotionnel.

La césarienne : prendre en compte les besoins de la mère

The natural caesarean : a woman-centered technique. Smith J, Plaat F, Fisk NM. BJOG 2008 ; 115(8) : 1037-42. Mots-clés : césarienne, accouchement par voie basse, vécu maternel.

Les pratiques d'accouchement par voie basse ont évolué ces dernières années, afin de mieux respecter les souhaits de la mère et les premiers contacts entre la mère et son nouveau-né. Mais elles ont beaucoup moins évolué en ce qui concerne les césariennes, mis à part le fait qu'elles sont beaucoup plus souvent effectuées sous péridurale. Or, la prévalence des césariennes est en forte augmentation dans de nombreux pays. Les mères qui accouchent par césarienne ont un moins bon vécu de leur accouchement, elles ont un taux plus élevé de dépression du post-partum, la création du lien mère-enfant est plus difficile, et le taux d'échec de l'allaitement est plus élevé chez elles. Il serait donc nécessaire de mettre en œuvre des techniques destinées à prendre davantage en compte les besoins de la mère qui doit accoucher par césarienne. Les auteurs décrivent une technique de césarienne « naturelle » sous péridurale chez des mères devant accoucher d'un singleton à terme, en soulignant qu'elle n'est pas adaptée aux césariennes en urgence, aux présentations en siège, ou pour un prématuré. Cette technique a pour objectif de rapprocher autant que faire se peut le vécu de la mère césarienne de celui d'une mère qui a accouché par voie basse.

En période anténatale, et dans toute la mesure du possible, la femme (et son compagnon) devraient pouvoir visiter la salle d'opération et voir l'obstétricien qui pratiquera la césarienne. On lui expliquera qu'elle pourra porter les vêtements de son choix si elle le désire, et apporter la musique de son choix qu'elle pourra écouter pendant l'intervention. L'oxymétrie de pouls sera installée sur un pied de la mère, et on veillera à placer les électrodes de l'ECG de façon à dégager sa poitrine pour que son bébé puisse y être déposé. La péridurale ne doit pas affecter les bras de la mère, ni induire une instabilité hémodynamique.

La césarienne en elle-même est effectuée selon les pratiques habituelles. Au moment où on sort la tête du bébé, le champ opératoire sera rapidement nettoyé, et le père est invité à assister à la sortie du bébé. Ce dernier sera sorti de l'utérus très progressivement : lorsque la tête sera sortie, on laissera le tronc dans l'utérus jusqu'à ce que le bébé commence à respirer. Ce délai de quelques minutes permet à la pression que l'utérus continue d'exercer sur le bébé d'exprimer le liquide amniotique hors des poumons, comme le fait le passage dans la filière génitale en cas d'accouchement par voie basse. Lorsque le bébé a respiré / poussé un premier cri, on sortira son torse. Le bébé écarte habituellement largement les bras, et le torse du bébé minimise le saignement au niveau de l'incision. A ce stade, la mère pourra voir son bébé. Enfin, le reste du corps du bébé sera sorti de l'utérus, en partie grâce aux contractions utérines, en partie avec l'aide de l'obstétricien. Cela permet à la mère d'assister à la naissance, et de découvrir le sexe de son bébé en même temps que l'équipe obstétricale. Certes, la durée de l'intervention est prolongée, mais habituellement de guère plus de 3 minutes. Et le fait que le bébé commence à respirer alors que le reste de son corps est encore dans l'utérus et qu'il est toujours oxygéné par le placenta améliore son oxygénation. Les bébés nés ainsi ont habituellement un meilleur Apgar.

Lorsque le bébé sera sorti et que son état clinique aura été rapidement évalué et estimé bon, le cordon ombilical sera coupé devant les parents, et le bébé sera rapidement séché, puis placé en peau à peau contre la poitrine de sa mère, et recouvert d'une couverture chaude. Les soins tels que l'administration de vitamine K peuvent se faire sur la poitrine de la mère. Le bébé sera pesé et mesuré lorsque la césarienne sera totalement terminée, au moment du transfert

de la mère dans sa chambre. Le bébé sera ensuite remis en peau à peau.

Cette façon d'effectuer la césarienne ne modifie que faiblement les routines obstétricales habituelles. Mais elle permet de faire bénéficier les parents de certaines caractéristiques de l'accouchement par voie basse, elle facilite le premier contact mère-enfant, elle facilite les premiers moments de vie du nouveau-né, limite le risque de complications respiratoires telles que la tachypnée transitoire, et elle permet aux parents de participer davantage à la naissance de leur enfant. A l'heure actuelle, les auteurs ont utilisé cette technique dans plus de 100 césariennes (Queen Charlotte's and Chelsea Hospital, Londres, Grande Bretagne), avec un vécu positif des couples, et sans aucun effet négatif. Les parents craignent souvent de voir l'intérieur de la cavité abdominale, et on peut leur expliquer que ce ne sera pas du tout le cas. Il est important de prévenir un choc thermique chez le bébé (séchage, mise en peau à peau, couverture chaude, placement d'un radiant au-dessus de la mère et de son enfant). Le principal obstacle à cette nouvelle technique est probablement la difficulté des soignants à changer leurs habitudes : le chirurgien doit accepter de rester quelques minutes sans rien faire, l'anesthésiste doit faire en sorte de ne pas gêner les premiers contacts entre la mère et son bébé, et le reste de l'équipe doit accepter que ce qui est souhaitable en cas d'accouchement par voie basse est également souhaitable en cas de césarienne. Mais tout devrait être fait pour atténuer autant que faire se peut l'impact négatif de la césarienne sur le vécu maternel et sur la mise en place du lien mère-enfant.

Impact du mode de stockage et du tube capillaire utilisé sur le crématocrite

Effect of human milk (HM) storage method and capillary tube type on creatocrit (CRT) values in the neonatal intensive care unit (NICU). JL Engstrom et al. Breastfeed Med 2008 ; 3(1) : 79. Mots-clés : lait humain, lipides, crématocrite, stockage du lait.

Le crématocrite est de plus en plus utilisé par les services de néonatalogie pour optimiser les apports caloriques des prématurés. Toutefois, la fiabilité du crématocrite pourrait être affectée par les pratiques des services de néonatalogie, telles que la congélation ou la réfrigération du lait maternel, ou les caractéristiques des tubes capillaires utilisés pour le crématocrite (verre, mylar...). Le but de cette étude était de déterminer l'impact des modalités du stockage et des caractéristiques du tube capillaire sur le crématocrite.

12 mères tirant leur lait pour leur prématuré hospitalisé en néonatalogie ont donné des échantillons de lait, chacune d'entre elles ayant fourni 3 échantillons : lait de début de tétée, de fin de tétée, et lait « total ». Le crématocrite de chacun des 36 échantillons a été mesuré à 4 reprises, sur le lait frais, ainsi que sur du lait ayant été réfrigéré et congelé, en utilisant chacun des types de tubes capillaires disponibles. On a également utilisé une centrifugeuse standard, et le Creamatocrit plus (un appareil électronique permettant une lecture directe). Tant la méthode de stockage que les caractéristiques du capillaire avaient un impact sur le crématocrite : ce dernier était plus élevé dans le lait frais que dans le lait réfrigéré et celui qui avait été congelé, probablement suite à l'action des lipases lactées. Le crématocrite était également plus bas dans les capillaires en plastique. Les équipes soignantes travaillant en néonatalogie doivent donc savoir que certaines conditions de conservation, et certains tubes utilisés pour le crématocrite, peuvent sous-estimer le taux de lipides et de calories dans le lait maternel.

Allaitement et pathologie thyroïdienne

Breastfeeding and maternal thyroid disease. E Boies. Breastfeed Update 2006 ; 6(1) : 6-7. Mots-clés : allaitement, pathologie thyroïdienne.

Les problèmes thyroïdiens sont relativement fréquents chez les femmes en âge de procréer, et leur prévalence est plus élevée en post-partum. Les mères pourront donc se poser des questions sur l'impact d'une pathologie thyroïdienne sur leur allaitement, et sur l'innocuité du traitement qu'elles devront prendre pour leur bébé allaité.

Lorsqu'une mère souffre d'hypothyroïdie, il est important qu'elle reçoive une dose suffisante d'hormones thyroïdiennes pour être en euthyroïdie. La quantité d'hormones thyroïdiennes qui passera dans son lait sera similaire à celle qui passe dans le lait d'une mère qui ne souffre pas d'un problème thyroïdien. L'allaitement est parfaitement compatible avec un tel traitement. Une hypothyroïdie qui survient en post-partum et qui n'est pas diagnostiquée peut être à l'origine d'une production lactée insuffisante. Si l'on a par ailleurs des raisons de suspecter une hypothyroïdie, un bilan thyroïdien permettra de faire le diagnostic.

L'hyperthyroïdie est rare pendant la grossesse, mais elle peut survenir chez jusqu'à 5% des femmes en post-partum ; elle évolue en hypothyroïdie au bout d'environ 6 semaines. Les signes cliniques sont habituellement modérés, et peuvent généralement être contrôlés par la prise de propranolol (compatible avec l'allaitement). Mais en cas de maladie de Basedow, les signes cliniques seront plus sévères et nécessiteront un traitement. Les antithyroïdiens de synthèse sont le prophythiouracile (PTU), le méthimazole, et le carbimazole (un dérivé du méthimazole). L'effet secondaire théoriquement possible de ces produits chez l'enfant allaité est une hypothyroïdie s'il est exposé à des doses importantes. Le méthimazole a un rapport lait/plasma d'environ 1, et les études à son sujet n'ont retrouvé aucun impact sur l'enfant allaité par une mère traitée par méthimazole ou carbimazole à des posologies modérées. Le passage lacté du PTU est très faible, car il est très fortement lié aux protéines plasmatiques. Aucun effet secondaire n'a été constaté suite à son utilisation pendant l'allaitement, et il est considéré comme le meilleur choix pendant l'allaitement. Les enfants des mères traitées par antithyroïdiens seront suivis régulièrement sur le plan clinique et biologique pendant les premiers mois de vie. Lorsque l'enfant a plus de 6 mois, un quelconque problème lié au traitement maternel est hautement improbable.

Certaines mères souffrant de maladie de Basedow sévère devront subir une ablation chirurgicale de la thyroïde, et devront alors suivre un traitement par hormones thyroïdiennes. Mais même dans ce cas, il est important d'expliquer à la mère que le diagnostic d'origine était celui d'une thyroïdite auto-immune, et que des anticorps antithyroïdiens peuvent continuer à circuler dans son sang, passeront la barrière placentaire, et pourront induire une thyrotoxicose transitoire chez le nourrisson (5% des bébés nés d'une mère qui a souffert d'un Basedow). Ce dernier devra être suivi en post-partum sur le plan clinique et biologique.

Les isotopes d'iode sont les plus couramment utilisés pour les bilans thyroïdiens, et ils sont dangereux pour la thyroïde du bébé allaité. L'iode 131 a une durée de vie très longue, et il passe très fortement dans le lait maternel ; son administration impose une suspension de l'allaitement d'au moins 40 jours, mais cela reste mal évalué ; l'idéal serait de pouvoir tester le niveau de radioactivité du lait. En l'occurrence, tout devrait être fait pour éviter cet isotope pendant l'allaitement.

Statut pour le fer pendant les 6 premiers mois chez des enfants exclusivement allaités

A prospective study of iron status in exclusively breastfed term infants up to 6 months of age. S Raj et al. Int Breastfeed J 2008 ; 3 : 3. Mots-clés : allaitement exclusif, fer, statut infantile.

La prévalence de l'anémie est beaucoup plus élevée chez les enfants nourris au lait industriel que chez les enfants allaités. Mais certains estiment que l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois ne permettra pas aux bébés d'avoir un bon statut pour le fer. Cette étude prospective a suivi le statut pour le fer à la naissance, à 14 semaines et à 6 mois chez des enfants nés à terme et exclusivement allaités par une mère ne souffrant pas d'anémie.

Cette étude a été menée à Delhi (Inde) entre 2003 et 2004 sur des enfants nés à terme, ayant un Apgar d'au moins 8 à 1 mn, pesant au moins 2500 g, et en bonne santé. La première mise au sein est survenue dans les 30 à 60 mn suivant la naissance. Toutes les mères ont reçu des informations sur l'importance de l'allaitement exclusif, ainsi qu'aux visites de suivi. Les enfants ont été exclus de l'étude s'ils n'étaient plus totalement allaités (à savoir s'ils recevaient un autre aliment que le lait maternel). 2 groupes de 100 enfants ont été sélectionnés : nés d'une mère ne souffrant pas d'anémie (groupe A, Hb ≥ 11 g/dl), nés d'une mère souffrant d'anémie (groupe B, Hb compris entre 7 et 10,9 g/l). Des échantillons de sang du cordon ont été prélevés. D'autres échantillons ont été prélevés à 14 semaines (68 bébés dans le groupe A et 61 bébés dans le groupe B) et à 6 mois (respectivement 52 et 50 bébés). On y a recherché le taux de fer, le taux d'hémoglobine, la capacité totale de fixation du fer, le pourcentage de saturation de la transferrine, le taux de ferritine, et le taux de protéine C-réactive. Les mères ont donné des échantillons de lait à J1, 14 semaines et 6 mois (mélange à volume égal de lait de début et de fin de tétée provenant du même sein), pour dosage du taux lacté de lactoferrine et de fer.

À la naissance, les caractéristiques anthropométriques des bébés étaient similaires dans les 2 groupes, ainsi que les caractéristiques socioéconomiques, culturelles et anthropométriques des mères. Le statut infantile pour le fer était dans les limites de la normale dans les 2 groupes pendant toute la durée du suivi. Le taux d'hémoglobine à la naissance était de $17,4 \pm 1,6$ g/dl et $16,6$ g/dl dans les groupes A et B. Ces chiffres étaient respectivement de $12,5 \pm 0,6$ et $11,6 \pm 0,9$ g/dl à 14 semaines, et de $11,5 \pm 0,5$ et $11,2 \pm 0,5$ à 6 mois. À 14 semaines, 8 bébés avaient un taux d'Hb $< 10,5$ g/dl : 1 bébé du groupe A et 7 bébés du groupe B ; leur croissance staturo-pondérale était dans les limites de la normale, ainsi que leur taux sérique de ferritine, ce qui montrait que leurs réserves en fer étaient normales. À 6 mois, le taux d'Hb de ces enfants était revenu à la normale ; on peut donc supposer que leur taux bas de fer à 14 semaines était dû non à une carence en fer, mais à un retard du démarrage de l'hématopoïèse. Les taux lactés de fer et de lactoferrine étaient similaires dans les 2 groupes, et baissaient progressivement avec le temps chez toutes les mères ; à aucun moment du suivi ils n'étaient corrélés au statut de l'enfant pour le fer. Le taux de protéine C-réactive était dans les limites de la normale chez tous les bébés.

Les bébés nés d'une mère ayant un bon statut pour le fer ou d'une mère souffrant d'anémie, et qui sont exclusivement allaités pendant 6 mois, ne développent pas de carence en fer ou d'anémie. Leur statut était indépendant des taux lactés de fer et de lactoferrine, même s'il était corrélé au fait que ces taux baissaient avec le temps chez toutes les mères.

Impact du mode d'apprentissage sur la prise de décision en matière d'allaitement

Synthesizing breastfeeding research : a commentary on the use of Women's Ways of Knowing. MR Ordway. J Hum Lact 2008 ; 24(2) : 135-8. Mots-clés : allaitement, éducation, point de vue, expérience, connaissances, recherche, Women's Ways of Knowing.

De plus en plus d'études font état des risques liés au non-allaitement, et il est de plus en plus difficile pour les parents de les ignorer. Pour quelles raisons tant de femmes décident-elles encore de ne pas allaiter ? La décision que prendra une femme en matière d'alimentation de son enfant est influencée par de nombreux facteurs, bon nombre d'entre eux étant connus. D'autres recherches sont nécessaires pour essayer de comprendre pourquoi 2 femmes qui présentent apparemment les mêmes caractéristiques (culture, âge, environnement...) pourront faire des choix différents.

Un moyen pour ce faire est d'utiliser les données décrites dans le livre de Belenky, Clinchy, Goldberger et Tarule (1997) : *Women's Ways of Knowing* (Les méthodes d'apprentissage des femmes). Selon les auteurs, il existe 5 catégories épistémologiques de mode d'apprentissage chez les femmes, qui constituent un continuum :

1. LE SILENCE : les femmes de cette catégorie semblent ne pas avoir de parole ni de pensée personnelle, et ont des difficultés à prendre en compte leur expérience personnelle. Elles voient toute personne détenant l'autorité comme détenant également le pouvoir et la vérité. Elles dépendent totalement des personnes qui ont de l'autorité pour leur dire ce qu'elles doivent faire.
2. LE SAVOIR REÇU : si les personnes détenant l'autorité continuent à jouer un rôle central pour ces femmes, les mots commencent à avoir un rôle important dans leurs connaissances. Ces femmes estimeront qu'elles ont appris quelque chose quand elles sont capables de retenir et de redire le discours qui leur a été tenu par « l'autorité ».
3. LE SAVOIR SUBJECTIF : ces femmes peuvent faire la différence entre le ressenti et les idées ; elles peuvent basculer de la confiance en l'autorité vers la confiance en elles-mêmes, et faire appel à la logique, à l'analyse et à l'abstraction. Cette catégorie représentait plus de la moitié des femmes sur lesquelles les auteurs avaient fait leur étude.
4. LE SAVOIR PROCEDURAL : ces femmes sont capables de pensée critique. Elles ne prennent pas pour acquises les vérités qu'on leur présente, et ont besoin d'analyser systématiquement les données pour trouver leur vérité ; elles pensent qu'il n'y a pas une vérité absolue, mais des vérités en fonction des situations.
5. LE SAVOIR CONSTRUIT : ces femmes sont totalement à l'origine de leurs convictions. Leurs connaissances se fondent sur une discussion dialectique plus que didactique, et leur point de vue se détermine après une évaluation soignée de ce qu'elles ont entendu, vu et vécu.

La plupart des études effectuées sur les facteurs qui influencent le choix de l'alimentation infantile classent les femmes suivant leur âge, leur origine ethnique, leur statut socioéconomique, etc. Mais le mode d'apprentissage peut avoir un impact important ; ne pas prendre en compte ce facteur implique que l'on suppose que toutes les femmes apprennent de la même façon. A partir du moment où on sait quel mode d'apprentissage utilise une femme, il

sera beaucoup plus facile de comprendre comment cette femme perçoit « la vérité », et de l'informer d'une façon adaptée à son mode d'acquisition des connaissances. A la lumière de ces différences individuelles dans le mode d'apprentissage, il est devenu important de revoir les études sur ce qui influence le choix des mères en matière d'alimentation infantile, tout particulièrement à notre époque où les soins à l'enfant sont très médicalisés. Parler à une mère de façon « pédagogique » aura un impact important sur les mères des 2 premières catégories, celles qui respectent ce qu'elles perçoivent comme l'autorité et le savoir. Les femmes des 3 autres catégories auront besoin de réfléchir à ce qui leur a été dit, voire rejeteront ce type de discours. Avec ces femmes, un dialogue qui leur permettra d'exprimer leurs sentiments et leurs points de vue donnera de bien meilleurs résultats. L'absence de prise en compte du mode de fonctionnement d'une mère pourrait également permettre de comprendre pourquoi un soutien actif est très efficace pour certaines mères, et beaucoup moins pour d'autres.

Les connaissances d'une femme en matière d'allaitement sont intrinsèquement liées au fait d'allaiter : les femmes plus expérimentées sont habituellement plus nombreuses à allaiter et à le faire exclusivement. Par ailleurs, le fait qu'une femme allaite exclusivement ou non sera également lié au soutien qu'elle reçoit de son entourage, et à son niveau de confiance en elle, mais ce dernier sera également fonction de ses connaissances, et donc de son mode d'apprentissage. Une étude avait conclu que le principal facteur corrélé à la pratique de l'allaitement exclusif chez les femmes semblait plus psychologique que cognitif. En effet, il n'y avait pas de différence entre les femmes qui allaitaient exclusivement et celles qui allaitaient partiellement sur le plan de leurs connaissances et de leur point de vue sur l'allaitement.

Un domaine où l'impact du mode d'apprentissage pourrait être particulièrement intéressant est l'impression de ne pas avoir assez de lait, raison souvent citée pour sevrer l'enfant. Une femme appartenant aux 3 premiers types aura du mal à gérer cette impression car elle est incapable ou elle a des difficultés à analyser par elle-même la situation, et elle dépend d'autrui pour résoudre les problèmes. En revanche, une femme appartenant aux 2 derniers types aura bien intégré par elle-même les informations sur la physiologie de l'allaitement, et elle sera donc bien mieux armée pour trouver ses propres solutions.

Lorsque Belenky et ses collègues ont demandé aux femmes qu'ils ont interrogées quel avait été l'événement qui, dans leur vie, avait représenté la plus importante occasion d'apprentissage, la plupart d'entre elles ont répondu que c'était la naissance de leur enfant. Devenir parent représente une révolution dans la vie de nombreuses personnes, et les femmes auront besoin d'être soutenues pour leurs premiers pas dans ce rôle. Est-il possible qu'une femme puisse régresser sur le plan de son mode d'apprentissage à l'occasion de cette révolution ? Si oui, cela pourrait expliquer pourquoi certaines femmes prennent des décisions pour des raisons qu'elles ont du mal à expliquer, et qui ne les satisfont pas.

Il existe une importante différence entre le fait que de nombreuses femmes savent intellectuellement que l'allaitement est le meilleur choix pour l'enfant, et la constatation du fait que beaucoup de femmes arrêtent rapidement l'allaitement. Toutes les femmes interrogées par Belenky et ses collègues, y compris celles du type « silence », ont dit souhaiter un modèle d'apprentissage du même mode : le don d'informations et de soutien par une personne non directive, aidant la mère à faire ses propres choix. Pour optimiser l'impact des actions de promotion de l'allaitement, il est nécessaire de mener des études prenant en compte le mode d'apprentissage des femmes.

Partage du lait : don de lait et allaitement croisé

Sharing breastmilk : wet nursing, cross feeding, and milk donations. V Thorley. Breastfeed Rev 2008 ; 16(1) : 25-9. Mots-clés : allaitement, don de lait, lactarium, allaitement croisé, allaitement par une nourrice.

Des données provenant des pays industrialisés permettent de penser que l'allaitement d'un enfant par une autre femme que la mère biologique devient plus populaire. Le partage du lait existe depuis des millénaires, mais dans les pays occidentaux depuis le 20^{ème} siècle, c'est une pratique marginale et cachée, et il n'existe donc aucune donnée pour savoir si sa prévalence est actuellement en hausse. Quelques articles dans les médias ont présenté des cas d'allaitement croisé, en faisant part de l'expérience habituellement positive des mères, et en soulevant les éventuels problèmes liés à l'intrusion d'une autre personne dans la relation mère-enfant.

Le partage du lait maternel recouvre diverses pratiques. L'allaitement par une nourrice est une pratique très ancienne, la nourrice allaitant ou non également son propre enfant ; actuellement elle est rare dans les pays industrialisés, même si l'OMS l'estime préférable à l'alimentation avec un lait industriel. L'allaitement croisé est le partage informel de l'allaitement entre mères proches, comme des sœurs ou des amies, et cette pratique est alors habituellement réciproque. La dernière pratique est le don de lait géré par des lactariums, encadré par des règles précises, l'enfant recevant ce lait généralement au biberon.

Depuis des millénaires, des femmes ou des institutions ont payé les services de nourrices pour allaiter des bébés que la mère n'allaitait pas, ou dont la mère était décédée. Ces nourrices avaient généralement un niveau socioéconomique faible, voire étaient des esclaves. Diverses lois et réglementations ont été édictées pour encadrer l'activité des nourrices, et déterminer les qualités qu'elles devaient présenter et les défauts qui les excluaient. Le sort des enfants des nourrices était variable ; bien souvent, ils étaient sacrifiés. La pratique de la mise en nourrice a progressivement disparu dans les pays industrialisés dans le dernier quart du 19^{ème} siècle, avec l'augmentation de la prévalence de l'alimentation au biberon avec du lait de vache ou divers substituts.

L'allaitement croisé en tant que pratique informelle (chaque femme impliquée allaitant l'enfant de l'autre femme dans certaines circonstances) a probablement toujours existé. Anecdotiquement, cela reste le cas chez les couples de lesbiennes qui ont chacune des enfants. Et même si l'une d'entre elles attend un enfant, il est courant de demander à l'autre si elle souhaite allaiter elle aussi l'enfant de sa compagne. Pour la religion islamique, des enfants qui ont été allaités par la même femme deviennent frères et sœurs, et ne peuvent pas se marier ensemble. Les mères doivent donc se connaître, et cela rend difficile la création de lactariums dans les pays musulmans. Dans la mesure où l'allaitement croisé est une pratique informelle, souvent mal vue dans nos pays, il est difficile d'en évaluer la prévalence. Le consentement des mères est capital, raison pour laquelle l'allaitement croisé se fait entre femmes proches.

Des cas sporadiques d'allaitement par une nourrice rémunérée ont été rapportés en Australie, aux Etats-Unis et en Chine. Il y a eu un débat sur le sujet quand une agence chinoise de placement de personnel de maison a proposé les services de nourrices allaitantes. Une agence de placement américaine propose également de tels services, les femmes étant soigneusement sélectionnées et très bien payées. Ces nourrices sont engagées par des femmes riches qui ont eu une chirurgie mammaire, ou qui souhaitent poursuivre une carrière très valorisante et prenante. Depuis plus de 100 ans, on sait

que le lait humain peut transmettre des maladies, mais ce n'est que récemment qu'on a envisagé la possibilité que la nourrice puisse être contaminée par l'enfant qu'elle allaite. Pendant longtemps, on a donc recommandé la pratique d'un examen médical avant toute embauche d'une nourrice, afin de s'assurer qu'elle était saine.

Depuis des décennies, on a encouragé les mères à tirer leur lait pendant leur séjour en maternité pour qu'il puisse être donné à des bébés prématurés et malades. La plupart des lactariums fonctionnaient dans les mêmes locaux hospitaliers que les maternités. Le VIH a eu un impact négatif sur le fonctionnement des lactariums, et la crainte de la contamination a amené la fermeture de nombreux lactariums.

La possibilité de transmettre des maladies à un bébé en laissant une autre femme l'allaiter, et la conviction croissante que l'allaitement par une autre femme que la mère était un acte dégoûtant, voire pouvait même s'apparenter à un abus sur l'enfant, se sont combinées pour faire condamner l'allaitement croisé : l'allaitement par la mère était recommandé, mais l'allaitement par une autre femme était à proscrire. Des mères ont été horrifiées, en découvrant que, pendant leur séjour en maternité, leur bébé avait été amené par erreur à une autre femme qui l'avait mis au sein. L'allaitement croisé continue toutefois à être pratiqué, en particulier dans certaines communautés. Le savoir pourra permettre de soutenir les mères impliquées sans les juger.

Fréquence normale des tétées pendant l'allaitement exclusif

Normal feeding patterns of exclusively breastfed infants : evidence from time use data. JP Smith et al. Breastfeed Med 2008 ; 3(1) : 89. Mots-clés : allaitement, déroulement normal.

Les nouvelles mères doivent être informées sur ce à quoi on peut s'attendre quand on allaite un enfant. Le but de cette étude était de recueillir des informations sur les caractéristiques d'un allaitement « normal » chez des bébés exclusivement allaités, telles que la fréquence des tétées, leur durée, et la quantité de lait absorbée par 24 heures.

L'étude a inclus 2 groupes de mères australiennes qui allaitaient exclusivement et à la demande. Pour l'une des études, les mères devaient noter l'heure de début et de fin de toutes les tétées pendant toute une semaine, à 3 mois (n = 85), puis à 6 mois (n = 16). Pour l'autre étude, les bébés ont été pesés avant et après toutes les tétées pendant une période de 24 heures, et la durée des tétées a été notée. Les résultats de ces 2 études ont été regroupées en fonction de l'âge de l'enfant : 4 à 9 semaines (12 enfants), 10 à 17 semaines (31 enfants) et 18 à 26 semaines (28 enfants).

La fréquence des tétées était la plus élevée entre 5 et 8 heures (14% des tétées quotidiennes sur cette plage horaire), et elle était la plus basse entre 23 et 5 heures (7% des tétées quotidiennes sur cette plage). Un autre pic de fréquence était constaté entre 17 et 19 heures. La quantité de lait absorbée était la plus abondante entre 5 et 8 heures (123 ml en moyenne), puis entre 23 et 5 heures (117 ml). Elle était la plus basse entre 20 et 23 heures (72 ml). Les plus longues tétées survenaient entre 23 et 5 heures (34 mn en moyenne). Chez les bébés de 3 mois, les tétées les plus courtes (16 mn en moyenne) survenaient entre 8 et 11 heures, tandis qu'elles survenaient entre 7 et 9 heures chez les bébés de 6 mois (14 mn en moyenne). Par rapport aux bébés plus petits, les bébés de 6 mois avaient des tétées moins nombreuses, plus courtes, pendant lesquelles ils recevaient davantage de lait.

Mesure et rôle de la dépression intra-buccale pendant la tétée au sein

The measurement of sucking pressure in breastfed infants – the role of continuous negative pressure. Y Nishida et al. Breastfeed Med 2008 ; 3(1) : 85. Mots-clés : lactation, succion, dépression intra-buccale.

Pendant la tétée au sein, le bébé crée une dépression intra-buccale. Aucune étude n'a été effectuée sur le mécanisme de cette dépression. Le but des auteurs était de mieux cerner les caractéristiques de cette dépression.

L'étude a inclus 56 bébés allaités en bonne santé, âgés de 15 jours à 8 mois, 32 d'entre eux étant exclusivement allaités. La dépression intra-buccale a été mesurée à l'aide d'un cathéter fixé sur le mamelon pendant la tétée. Un épisode de succion a été défini comme au moins 3 mouvements de succion avec des intervalles de moins de 2 secondes entre chaque mouvement de succion. Ces épisodes ont été répartis en 2 groupes : épisodes avec dépression constante (constatés chez 23 enfants), ou avec dépression fluctuante (constatés chez 33 enfants). Pour chaque épisode de succion, on a déterminé la prise du sein, la fréquence des mouvements de succion, et le caractère exclusif de l'allaitement. Une prise « profonde » du sein a été définie suivant les critères suivants : lèvres de l'enfant > 2 cm de l'extrémité du mamelon, angle d'ouverture de la bouche > 130 degrés.

Pendant les épisodes avec dépression constante, la dépression intra-buccale basale était de $-42,7 \pm 26,2$ mm Hg, et elle était de $-169,2 \pm 57,9$ mm Hg pendant les pics de dépression. Pendant les épisodes avec dépression fluctuante, la dépression basale était de $-6,5 \pm 5,9$ mm Hg, et elle était de $-162,3 \pm 71$ mm Hg pendant les pics. La fréquence des mouvements de succion était un peu plus élevée chez les enfants exerçant une dépression intra-buccale constante ($1,7 \pm 0,3$ contre $1,5 \pm 0,3$ mouvements / seconde), et 13 de ces 23 enfants prenaient profondément le sein en bouche, contre seulement 1 des 33 enfants exerçant une dépression intra-buccale fluctuante.

Ces résultats permettent de penser que la façon dont l'enfant prend le sein plus ou moins profondément en bouche a un rôle significatif dans la création d'une dépression intra-buccale constante, permettant une succion plus efficace. Ces données permettront de mieux comprendre comment optimiser le transfert du lait à l'enfant.

Acides gras du lait maternel et phospholipides sériques de nourrissons allaités

Fatty acid composition in breast milk and serum phospholipids of healthy term Chinese infants during the first 6 weeks of life. YM Peng et al. Breastfeed Med 2008 ; 3(1) : 79-80. Mots-clés : lait humain, acides gras, nourrisson, phospholipides sériques.

Le but de cette étude était de comparer les taux des acides gras dans le lait de transition et dans le lait mature, le sang du cordon, et les phospholipides sériques des enfants allaités.

L'étude a inclus 45 mères vivant à Shanghai et leurs enfants. Ces derniers étaient nés à terme avec un poids normal. Des échantillons de sang du cordon et de sang de l'enfant ont été prélevés au moment de la naissance, et des échantillons de lait maternel et de sang chez les enfants ont été prélevés à J5 et J42. Les acides gras ont été analysés par chromatographie capillaire en phase gazeuse et liquide.

Le taux d'acides gras polyinsaturés à longue chaîne (AGPI) était plus élevé dans le sang du cordon, tandis que le taux des acides gras saturés et mono-insaturés y était plus bas que dans le sang de l'enfant. Par la suite, le taux d'acides gras saturés baissait avec l'âge dans le sang des enfants, tandis que celui d'acides gras mono-insaturés et d'acide linoléique augmentait. Les AGPI était plus bas à J5 dans le sang de l'enfant que dans le sang du cordon, mais à J5 le taux d'acide linoléique était 80% plus élevé, celui d'acide alpha-linolénique était 33% plus élevé et le rapport oméga-6 / oméga-3 était 42% plus élevé que dans le sang du cordon. A J42, le taux d'acide linoléique chez l'enfant avait encore augmenté, le taux d'AGPI restait stable (et il était plus bas dans le lait maternel qu'à J5), tandis que le taux d'acide alpha-linolénique était plus élevé. L'activité de la delta-9 désaturase était plus élevée dans le lait maternel, et celle de la delta-5 désaturase était plus élevée dans le sang des enfants.

Cette étude permettait de constater des modifications importantes de la composition des acides gras du lait maternel entre J5 et J52, avec des modifications similaires dans le sang des enfants. Le niveau d'activité des désaturases permet de supposer une capacité élevée de synthèse des AGPI.

Rôle d'une bonne prise du sein sur son drainage

The important role of deep attachment in the uniform drainage of breast milk from mammary lobe. Mizuno K et al. Acta Paediatr 2008 ; 97(9) : 1200-4. Mots-clés : allaitement, prise du sein, drainage mammaire.

Les auteurs ont cherché à déterminer dans quelle mesure la façon dont le bébé prenait le sein avait un impact sur l'uniformité de son drainage.

L'étude a inclus 37 mères et leurs enfants allaités en bonne santé, qui ont tiré leur lait à l'occasion de 48 tétées au total. Du lait de début de tétée a été exprimé au niveau de 3 canaux lactifères différents, ainsi que des échantillons de lait de fin de tétée. Des crématocrites ont été effectués sur tous les échantillons prélevés ; la différence entre le crématocrite sur le lait de début et de fin de tétée a été utilisée pour déterminer le degré de drainage des lobes correspondants au canal concerné, et la différence entre les crématocrites pour le lait provenant de canaux séparés a été utilisée pour évaluer la différence de drainage des différents lobes du sein.

La différence de crématocrite sur le lait de fin de tétée entre les 3 canaux lactifères était de $7 \pm 4,1\%$ en cas de prise superficielle du sein (23 tétées) et de $2,9 \pm 1,2\%$ en cas de prise profonde du sein (25 tétées) au niveau du sein gauche ; au niveau du sein droit, ces chiffres étaient respectivement de $4,5 \pm 2,2\%$ et $3,6 \pm 1,9\%$. Lorsque le bébé prenait profondément le sein en bouche, les différents lobes mammaires étaient drainés significativement plus uniformément, ce qui peut contribuer à la réussite de l'allaitement.