

100 QUESTIONS/RÉPONSES



L'ALLAITEMENT

2^e édition

Julie Hamdan
Cécile Boscher
Sandrine Boudault



Les humains appartiennent au règne des mammifères, comme beaucoup d'autres espèces animales (chat, singe, vache, dauphin, etc.). Tous les mammifères ont en commun un mode de reproduction particulier, dit vivipare, au cours duquel l'embryon se développe à l'intérieur du corps de sa mère.

Si l'allaitement est naturel et instinctif chez les mammifères « à petit cerveau », on ne peut pas en dire autant des mammifères « à gros cerveau ». Chez les grands singes par exemple, des femelles élevées en captivité, qui n'avaient jamais observé d'allaitement chez leurs congénères, n'ont pas proposé instinctivement à leurs petits de téter. De même chez l'être humain, l'allaitement n'est pas inné. Les seins produisent naturellement du lait au moment de la naissance. En revanche, l'acte de donner le sein s'apprend, et l'accompagnement de cet apprentissage est crucial dans une société où la prévalence de l'allaitement est assez faible et où l'entourage n'apporte pas toujours de repère en la matière.

Chaque femelle produit un lait spécifique à son espèce, spécialement adapté à son petit. Le lait de phoque est par exemple beaucoup plus riche en graisses que le lait humain, pour protéger le petit du froid. Le lait de vache est, quant à lui, beaucoup plus riche en protéines que le lait humain (un veau nouveau-né s'alourdit d'environ 900 g par jour les premiers mois!), et donc inadapté en l'absence de modifications pour le nouveau-né humain.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'allaitement maternel est l'action de donner du lait maternel au bébé humain, et ce, quel que soit le mode d'administration: directement au sein ou via un autre contenant, biberon par exemple.

L'allaitement maternel est dit exclusif quand le bébé ne reçoit que du lait maternel et aucun autre aliment, ni solide, ni liquide (eau, tisane, etc.) à l'exception des médicaments et vitamines. À l'inverse, l'allaitement maternel est dit partiel quand le bébé reçoit également d'autres aliments (diversification alimentaire) ou des substituts du lait maternel, c'est-à-dire une Préparation Pour Nourrissons.

Le sevrage est le temps qui achève l'allaitement maternel, quand le bébé cesse de recevoir du lait maternel, que celui-ci soit remplacé par des substituts du lait maternel ou non.

Tout le monde, ou presque, peut allaiter. Les contre-indications médicales à l'allaitement concernent moins de 1 % des cas.

Côté bébé, il s'agit essentiellement de maladies enzymatiques rares qui l'empêchent de digérer les sucres du lait maternel. La plus fréquente est la galactosémie congénitale (1 naissance sur 50 000 environ).

Côté maman, il peut s'agir d'une maladie transmissible à l'enfant :

- l'infection par le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine, virus responsable du SIDA) a longtemps formellement contre-indiqué l'allaitement, sauf dans les pays où l'accès aux Préparations Pour Nourrissons et à l'eau potable était difficile. Les recommandations sont amenées à évoluer dans les prochains mois en France, permettant aux mères infectées par le VIH d'allaiter sous certaines conditions : infection connue et traitée plusieurs mois avant la naissance, charge virale indétectable, traitement antirétroviral pour la mère et le bébé.
- la tuberculose contre-indique l'allaitement tant que la mère n'est pas efficacement traitée ; la tuberculose non traitée contre-indique de toute façon le contact de la mère avec son bébé.
- l'infection de la mère par le virus de l'hépatite B n'est pas une contre-indication à l'allaitement, sous condition que l'enfant soit correctement vacciné dès la naissance.
- l'infection de la mère par le virus de l'hépatite C n'est pas une contre-indication à l'allaitement.

L'exposition de la mère à certains produits toxiques ou certains médicaments contre-indique rarement l'allaitement.

Certaines situations, si elles ne contre-indiquent pas l'allaitement, sont plus à risque d'insuffisance de lactation chez la mère et donc de mise en route difficile de l'allaitement. Les mamans concernées n'auront une idée de leur capacité à produire du lait qu'après leur accouchement. Si elles projettent d'allaiter, elles devraient être soutenues dans ce projet et bénéficier d'un accompagnement spécialisé.

Sur le plan anatomique, on retrouve, rarement, une insuffisance de développement du tissu glandulaire: hypoplasie mammaire connue également sous le nom de seins « tubéreux ». La méfiance est de mise, car l'aspect visuel est trompeur et ne préjuge pas à lui seul de la capacité de production de la maman. Cela n'a rien à voir avec des seins simplement « petits », qui évidemment ne posent aucun problème. Les mamelons invaginés ou « ombiliqués », quant à eux, sont rarement un problème.

Sur le plan hormonal, il peut s'agir de pathologies qui interfèrent avec la bonne mise en place de la lactation: troubles hypophysaires, hypothyroïdie non traitée, syndrome des ovaires polykystiques, rétention placentaire... Les situations à risque de retard à la montée de lait, diabète notamment, sont aussi à prendre en compte.

Beaucoup de mamans concernées par ces situations allaitent exclusivement leur bébé. Elles ne devraient pas être découragées en amont, car ce n'est qu'en favorisant une mise en route la plus optimale possible de leur lactation, avec du soutien si elles le souhaitent, que ces mamans pourront avoir une idée de leur capacité de production.

En France, en 2023, persistent encore des croyances très ancrées selon lesquelles une femme pourrait n'avoir « pas de lait », ou alors un « lait pas nourrissant », ou ne pourrait pas allaiter car « sa mère n'a pas eu de lait », ou même dont « le lait s'est coupé du jour au lendemain ».

Toutes ces situations relèvent d'une mauvaise information et d'un accompagnement inadapté. L'incapacité physique à produire du lait (ou insuffisance de lait primaire) est très rare, il s'agit des cas évoqués en question 2.

Par contre, l'insuffisance de lait secondaire, c'est-à-dire la production de lait en quantité insuffisante résultant d'une stimulation insuffisante des seins, est fréquente. Elle survient lorsque la mise en œuvre pratique de l'allaitement n'est pas optimale, et/ou que les conseils prodigués à la jeune mère sont inadaptés. Par exemple, un temps arbitraire à respecter entre deux tétées, ou la mise systématique du bébé en « nurserie » à la maternité, ou le recours injustifié à des compléments de Préparation Pour Nourrissons, vont limiter l'accès au sein du bébé. Le sein, insuffisamment stimulé, croit qu'il n'est plus nécessaire de produire du lait, et la lactation diminue. Cette situation est réversible dans les premières semaines, sous réserve d'un accès à des informations correctes et un soutien approprié, et en gardant à l'esprit que le corps a parfois besoin de plusieurs jours pour que la production augmente grâce aux efforts fournis.

La différence d'une femme à l'autre ne réside pas dans sa capacité à produire du lait, mais dans sa capacité à le stocker. Le volume de lait que le sein est capable de stocker est extrêmement variable d'une femme à l'autre, voire d'un sein à l'autre (80 à 600 ml par sein, ce volume pouvant être très asymétrique). Pour les femmes ayant une petite capacité de stockage, un nombre de tétées plus important sera peut-être nécessaire pour que le bébé ait accès à une quantité de lait journalière optimale. Ceci étant dit, il a été prouvé que les bébés dont les mères ont des plus petites capacités de stockage ont la capacité d'extraire une plus grande proportion du lait disponible. Un bébé dont la mère a une grande capacité de stockage de lait peut aussi décider de ne faire que des petites tétées... La capacité de stockage ne fait donc pas tout !

En résumé, toutes les femmes sont en capacité de produire du lait, quand elles ont accès à des informations valides et sont soutenues dans leur projet.

Le lait maternel est spécifiquement calibré pour convenir à l'espèce humaine.

Il contient en moyenne 87 % d'eau et suffit à couvrir les besoins en eau du bébé allaité.

La teneur en protéines est faible (8 à 12 g/L) par rapport aux autres mammifères, spécialement adaptée à l'immaturation des reins des nouveau-nés humains; le type de protéines est aussi différent, avec moins de caséines et une plus haute teneur en protéines solubles, qui explique une digestion plus rapide du lait maternel par rapport aux Préparations Pour Nourrissons.

La teneur en sucres est de 75 g/L en moyenne, dont 65 g/L de lactose (sucre commun à tous les laits animaux) et 10 à 12 g/L d'oligosaccharides (absents du lait de vache). Ces oligosaccharides agissent comme des prébiotiques, c'est-à-dire qu'ils sont consommés par les bactéries présentes dans l'intestin et favorisent ainsi l'établissement de la flore intestinale.

La teneur en graisses est assez similaire à celle du lait de vache en quantité (35 g/L), mais pas en qualité, les lipides du lait de femme étant mieux absorbés par l'intestin du bébé. La teneur en acide gras polyinsaturés, dits « essentiels », varie grandement selon l'alimentation maternelle et favorise la croissance cérébrale et le développement neurosensoriel du nourrisson.

La teneur en lactose et en graisses varie selon le degré de remplissage des seins : plus le sein est rempli, plus le lait qui en sort est riche en lactose et pauvre en graisses, et inversement. En pratique, cela n'a aucune implication puisque le bébé grossit en fonction de la quantité globale de lait qu'il reçoit, pas en fonction de sa teneur en graisse. Il n'est donc pas pertinent de priver le bébé de têter d'un côté pour accéder « au gras de fin de tétée » de l'autre côté.

On trouve dans le lait maternel des sels minéraux, des oligo-éléments, des vitamines.

Le lait maternel contient de nombreux composants immunologiques d'origine maternelle, parmi lesquels des anticorps de type immunoglobulines, et notamment les immunoglobulines dites

« sécrétoires ». Ces anticorps s'adaptent au contexte infectieux et tapissent la muqueuse digestive (et respiratoire) du nourrisson afin de diminuer la pénétration des microbes. Le lait maternel contient aussi des cellules immunocompétentes (globules blancs), d'autres protéines (lysozyme, lactoferrine...) qui agissent directement ou indirectement contre les pathogènes.

Plus de 200 espèces bactériennes ont été mises en évidence dans le lait maternel, parmi lesquelles des lactobacilles et bifidobactéries. On regroupe ces bactéries sous le nom de « flore lactée ». La flore lactée participe directement à l'établissement de la flore intestinale du nourrisson, très différente de celle d'un bébé non allaité, et qui influe sur son état de santé ultérieur.

La composition du lait maternel varie beaucoup d'une mère à l'autre. C'est un produit biologique vivant, difficile à résumer en une liste de composants, et qui est loin d'avoir révélé tous ses secrets! Souvent copié, jamais égalé...

Il n'y a jamais à douter de la qualité du lait maternel, il n'y a ni « mauvais lait », ni « lait pas assez nourrissant ». La composition est toujours parfaitement adaptée au bébé humain. Elle varie beaucoup d'une femme à l'autre. Chez une même femme, elle est différente selon le degré de remplissage du sein. En effet, si le sein est peu drainé, le lait sera plus riche en eau et en lactose, et pauvre en graisses. Inversement, s'il a été bien vidé précédemment, le lait sera plus riche en graisses, plus pauvre en eau (lait de « fin de sein »). En conséquence, la composition est différente selon le moment de la journée : le lait est souvent plus gras le soir, quand les tétées ont été fréquentes et que le sein est bien drainé. Le lait s'adapte aussi à l'âge du bébé, il est par exemple plus riche en protéines quand le bébé est né prématurément. Pour toutes ces raisons, une analyse de la composition du lait en laboratoire pour estimer si le lait maternel est « nourrissant » est complètement inutile, puisqu'elle ne prend en compte qu'un instant T et ne reflète pas la composition moyenne du lait qui se régule à la journée.

Le lait maternel n'a en revanche jamais le même goût ! Certains fragments (antigènes) des aliments consommés par la mère passent en effet dans le lait. Même non diversifié, le bébé commence donc déjà à apprécier des goûts divers en fonction des repas de sa maman. Les antigènes alimentaires reçus par le bébé, par l'intermédiaire du lait maternel, ne sont pas aussi immunogènes que s'il les recevait directement dans son alimentation.

Chaque couple mère/bébé est différent et chaque bébé adapte sa demande au lait qu'il reçoit, celui-ci étant dans tous les cas plus adapté pour lui que du lait produit par un autre mammifère. Quand le bébé ne prend pas suffisamment de poids, il s'agit en général d'une insuffisance d'apports (quantité insuffisante de lait reçue) souvent liée à des tétées trop peu nombreuses, inefficaces, ou d'autres facteurs venant interférer avec un rythme d'allaitement optimal. Si la conduite de l'allaitement est optimale, que les tétées sont efficaces, et que le bébé ne prend toujours pas de poids, alors l'allaitement n'est pas en cause et une autre cause, médicale notamment, est à rechercher. Ce n'est pas toujours « à cause de l'allaitement ».

Tous les laits maternels sont donc bons !

Il est facilement transmis, y compris par certains professionnels de santé, que l'enfant grossit moins bien au sein qu'au biberon. C'est faux, sous réserve que l'allaitement soit bien mis en place : le lait de femme répond aux besoins du petit d'homme, caractérisés notamment par une croissance rapide du cerveau les premiers mois de vie.

La teneur du lait de femme est faible en protéines (pour un nouveau-né à terme) mais suffisante pour couvrir les besoins de l'enfant. Les scientifiques s'accordent d'ailleurs à dire qu'une plus faible teneur en protéines dans l'alimentation de l'enfant durant les 2 premières années de vie contribue à diminuer le risque d'obésité ultérieure.

Les lipides apportent la moitié des calories du lait maternel : l'apport en graisses est fondamental et notamment sa fraction en acides gras polyinsaturés qui a également un rôle important dans le développement neurosensoriel de l'enfant. Contrairement aux autres principaux constituants du lait maternel, le type de graisses varie en fonction du régime alimentaire de la mère, notamment pour les acides gras polyinsaturés.

Cependant, la croissance dépend surtout du volume de lait total bu par le nouveau-né. Celui-ci s'ajuste en fonction de la composition du lait qui peut varier d'une femme à l'autre.

La difficulté à interpréter la croissance de l'enfant allaité tient en grande partie au fait qu'en France, les courbes de croissance couramment utilisées par les professionnels ont été réalisées avec une majorité d'enfants non allaités. Les courbes actuelles du carnet de santé, établies après un travail coordonné par l'INSERM et l'AFPA (Association Française de Pédiatrie Ambulatoire), ont en effet été établies en 2018 à partir des données de poids, de taille et de périmètre crânien de tous les enfants suivis par des pédiatres et des médecins généralistes ayant donné leur accord sur les vingt années précédentes. Ces courbes ne débutent qu'à partir du premier mois de l'enfant. Compte tenu de la durée moyenne d'allaitement exclusif, très faible en France, la majorité des enfants suivis étaient alimentés avec une Préparation Pour Nourrissons (PPN), ces courbes ne reflètent donc pas la croissance des enfants nourris exclusivement au lait maternel.