

WHO/CHS/CAH/98.14
DISTR. : GENERALE
ORIGINAL : ANGLAIS

LA RELACTATION

Connaissances acquises et recommandations relatives à cette pratique



SYSTEMES DE SANTE ET SANTE COMMUNAUTAIRE

DEPARTEMENT SANTE ET DEVELOPPEMENT
DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

WHO/CHS/CAH/98.14
DISTR. : GENERALE
ORIGINAL : ANGLAIS

LA RELACTATION

Connaissances acquises et recommandations relatives à cette pratique

**DEPARTEMENT SANTE ET DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT
ET DE L'ADOLESCENT**



Organisation mondiale de la Santé

**Genève
1998**

© Organisation mondiale de la Santé 2000

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

L'illustration figurant en couverture a été adaptée à partir d'une affiche, avec la permission du Ministère de la Santé du Pérou.

Sommaire

1.	Introduction	1
2.	Prévenir la nécessité de relacter.....	1
3.	Circonstances engendrant la nécessité de relacter	2
4.	Principes physiologiques de la lactation essentiels à la relactation	4
5.	Données relatives à la pratique de la relactation et de la lactation provoquée	7
6.	Composition du lait durant la relactation.....	8
7.	Influence de certains éléments sur le bon déroulement de la relactation.....	8
8.	Facteurs inhérents à l'enfant.....	9
9.	Facteurs inhérents à la mère biologique ou adoptive.....	11
10.	Temps nécessaire à la production du lait maternel.....	13
11.	Recommandations d'ordre pratique à l'égard de la relactation	16
12.	Mesures essentielles	17
13.	Mesures pharmacologiques	26
14.	Recommandations destinées aux mères biologiques ou adoptives.....	30
15.	Contrôler les quantités de lait absorbées par l'enfant.....	31
16.	Moindre consommation de suppléments	33
17.	Conclusion.....	34
	Références	37

Remerciements

Mme Elizabeth Hormann et le Dr Felicity Savage sont les auteurs du présent rapport.

De nombreux remerciements doivent être adressés aux experts en lactation dont les noms suivent, pour leur travail de révision sur une version préliminaire du document et pour les commentaires précieux et constructifs qu'ils ont pu prodiguer : Mme Helen Armstrong ainsi que le Dr Dora Gutiérrez de l'UNICEF ; Dr Audrey Naylor, Dr Margaret Meyer ainsi que Mme Elizabeth Creer de Wellstart International, Etats-Unis d'Amérique ; Dr Kathleen Auerbach (Etats-Unis d'Amérique) ; Mme Jimmie Lynne Avery (Etats-Unis d'Amérique) ; Drs CR et SC Banapurmath (Inde) ; Mme Sandra L Gardner (Etats-Unis d'Amérique) ; Mme Marta Guoth-Gumberger (Allemagne) ; Dr Rukhsana Haider (Bangladesh) ; Dr Elizabeth Helsing (Norvège) ; Dr Kuria Nemba (Papouasie-Nouvelle-Guinée) ; Ms Gay Palmer (Royaume-Uni) ; Mme Virginia Thorley Phillips (Australie) ; Mme Nancy Rubbico (Etats-Unis d'Amérique) ; Dr Luis Ruiz (Espagne) ; Dr Wendy Slusser (Etats-Unis d'Amérique) ; Dr Kola Torimiro (Nigeria) ; Dr Veronica Valdes (Chili).

Sont aussi remerciés les membres du Groupe de Travail technique de l'OMS sur l'Allaitement, pour l'appréciable travail de révision effectué : Ms Randa Saadeh, Dr Jelka Zupan, Dr Constanza Vallenias.

RELACTATION

Connaissances acquises et recommandations relatives à cette pratique

1. Introduction

L'OMS recommande de recourir à l'allaitement exclusif pendant au moins les 4 et si possible les 6 premiers mois de vie de l'enfant, prolongé jusqu'à l'âge de 2 ans, voire plus, en association avec une alimentation complémentaire adéquate. On constate toutefois que de nombreux enfants cessent d'être allaités dans les quelques semaines ou mois qui suivent leur naissance, les risques de maladie, de malnutrition et de décès étant dès lors plus importants.

Remettre en route l'allaitement est cependant chose possible. Toute femme ayant cessé d'allaiter, récemment ou par le passé, est en mesure de rétablir sa production lactée, qu'il s'agisse d'allaiter son propre enfant ou à la suite d'une adoption, et sans nécessité d'une nouvelle grossesse. Garante de la survie de l'enfant, cette démarche porte le nom de *relactation*. Allaiter un enfant exclusivement est envisageable pour de nombreuses femmes qui font le choix de relacter. Quant à établir la pratique de l'allaitement dans le cas d'une femme n'ayant jamais vécu de grossesse, il n'y a rien là de réhibitoire, même si la quantité de lait produite dans de telles circonstances peut s'avérer insuffisante pour envisager un allaitement exclusif. Dans ce cas particulier, on parle de *lactation provoquée*¹ (1).

Relacter ou provoquer la lactation possédait par le passé un caractère exceptionnel et ces pratiques étaient peu documentées. A l'heure actuelle, le nombre de travaux réalisés dans ce domaine est suffisant pour établir sans réserve que la plupart des femmes sont en mesure de relacter, dès lors qu'elles éprouvent une réelle motivation et que des informations et un soutien adaptés leur sont prodigués. Des techniques jugées efficaces ont été abordées de manière empirique et les connaissances acquises à ce jour sont suffisantes pour établir des directives pratiques destinées aux mères désirant relacter. Le présent rapport vise à fournir des informations fiables aux agents de santé placés en présence de mères et d'enfants pour lesquels un tel soutien peut s'avérer nécessaire.

2. Prévenir la nécessité de relacter

Dès lors que services de santé et communauté prodiguent aux mères un réel soutien afin d'allaiter dans les meilleures conditions dès la naissance de leur enfant, la perspective d'avoir à relacter est quasiment écartée. Au contraire, si cette nécessité se présente fréquemment, on en conclura que l'assistance liée à l'allaitement prodiguée communément doit subir des améliorations. Il importe avant tout de faire en sorte que les services de

¹ Les termes *relactation* et *lactation provoquée* sont fréquemment employés abusivement. Certains auteurs recourent au terme *lactation « provoquée »* lorsqu'ils font allusion à une femme ayant allaité son propre enfant par le passé et recourant ultérieurement à cette pratique à la suite d'une adoption, ou dans le cas d'une grand-mère allaitant son petit-fils ou sa petite-fille. On notera que dans le présent rapport, le terme *relactation* est utilisé lorsqu'est évoqué le cas d'une femme ayant déjà vécu une grossesse, qu'elle ait ou non donné naissance à l'enfant allaité actuellement et indépendamment de la date de sa dernière grossesse.

maternité et de pédiatrie, au sein d'établissements de santé ou communautaires, soient à même de fournir aux mères toute l'aide dont elles ont besoin au moment d'engager, d'établir et de poursuivre l'allaitement.

Avec l'Initiative pour des Hôpitaux Amis des Bébé - préambule aux Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement dans les services de maternité (86), au travers de la formation destinée aux agents de santé dans le Conseil en Allaitement (11) et de l'Initiative pour une Prise en charge intégrée des Maladies de l'Enfant (87), l'OMS et l'UNICEF manifestent leur encouragement à l'égard des pratiques visant à soutenir l'allaitement. Chaque visite effectuée par la mère auprès d'un agent de santé durant au moins la première année de vie de son enfant (lors d'une vaccination, d'un contrôle de croissance, pour traiter une affection ou dans le cadre de la planification familiale), devrait donner lieu à l'évaluation de l'allaitement. Un allaitement satisfaisant devrait générer des encouragements, mais en présence de pratiques s'éloignant diamétralement des recommandations établies par l'OMS, d'un développement irrégulier de l'enfant, ou de toute autre difficulté, il serait souhaitable que l'agent de santé propose son aide. Procéder systématiquement de la sorte permettrait d'éviter de nombreuses situations délicates et la nécessité de recourir à des méthodes plus astreignantes, impliquant notamment un soutien intensif et soutenu afin de rétablir l'allaitement après qu'il ait été interrompu.

3. Circonstances engendrant la nécessité de relacter

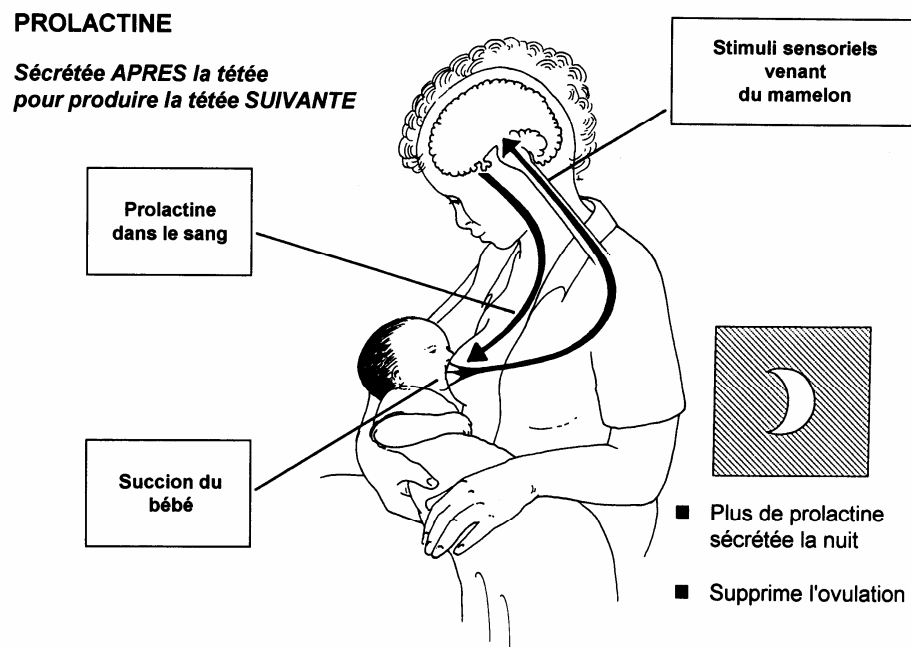
Certaines situations subsistent où, les pratiques de soins courantes n'obtenant pas de résultats, on constate un abandon ou une mauvaise conduite de l'allaitement. Parfois encore, la mère, souffrante ou trop occupée, n'est pas en mesure d'allaiter et opte pour une alimentation artificielle qui risque de nuire à la santé de son enfant. Il importe alors de pouvoir envisager une relactation ou une lactation provoquée. Outre sa capacité à soutenir la pratique de l'allaitement, tout agent de santé doit maîtriser les techniques de relactation afin que la mère puisse y recourir si nécessaire.

Diverses circonstances peuvent aboutir à la nécessité d'envisager une relactation ou une lactation provoquée :

- dans le cadre de la *prise en charge d'enfants malades*, notamment d'enfants âgés de moins de 6 mois atteints de diarrhée aiguë ou persistante, de ceux qui ont cessé de téter avant de tomber malade ou durant leur maladie, et enfin de ceux pour lesquels on a été contraint d'envisager une alimentation artificielle que leur organisme ne tolère pas.
- dans le cas d'*enfants de faible poids de naissance* qui ne sont pas en mesure de téter efficacement durant leurs premières semaines de vie et pour lesquels on recourt au gavage ou bien que l'on nourrit à la tasse.
- dans le cas d'*enfants refusant de s'alimenter*, en particulier ceux âgés de moins de 6 mois dont les mères ont rencontré des difficultés au moment d'établir l'allaitement ou dont la production de lait a diminué consécutivement à une mauvaise pratique de l'allaitement ou à l'usage de techniques inadaptées.
- Lors d'une *séparation entre une mère et son enfant*, à la suite de l'hospitalisation de l'un ou de l'autre.

- Lorsqu'il faut faire face à une *situation d'urgence*, en présence d'enfants dont la mère n'est plus présente, d'enfants qui étaient nourris artificiellement auparavant, ou encore d'enfants ayant cessé d'être allaités. Afin d'éloigner tout risque de diarrhée, d'infection ou de malnutrition, la reprise ou la poursuite de l'allaitement devrait être envisageable pour le plus grand nombre possible d'enfants, sachant qu'une femme est en mesure de relacter et de nourrir un enfant ou plus.
- *Dans des situations particulières*, notamment lorsqu'une mère, après avoir opté pour une alimentation artificielle, change d'avis et décide d'allaiter son enfant, ou à la suite d'une adoption, afin que puisse se développer une relation affective entre la mère et l'enfant et que tous deux puissent profiter des autres avantages de l'allaitement.
- Lorsqu'une *mère se trouve dans l'impossibilité d'allaiter son enfant*, parce qu'elle est gravement souffrante, qu'elle est atteinte de l'infection à VIH et, qu'ayant sollicité un conseil elle choisit de ne pas allaiter (85), ou encore après son décès. En de telles circonstances et afin de nourrir l'enfant, une solution consiste, pour une autre personne au sein de la communauté, par exemple l'une ou l'autre des grands-mères, à relacter.

Figure 1. Le mécanisme de la prolactine



4. Principes physiologiques de la lactation essentiels à la relactation

Peu de recherches ont été spécifiquement consacrées à l'aspect physiologique de la relactation chez les êtres humains. On constate cependant des similitudes entre les méthodes empiriques de relactation jugées efficaces et les principes physiologiques de la lactation (2, 3, 4, 5, 6, 7, 55, 56).

Afin de satisfaire aux besoins nutritionnels d'un enfant, la production de lait maternel suppose :

- le développement des alvéoles sécrétoires dans le tissu glandulaire du sein
- une excrétion lactée des cellules des alvéoles sécrétoires
- que le lait soit extrait du sein, par succion de l'enfant ou par expression

A ces processus, on associe le rôle majeur des hormones.

L'hormone *prolactine*, sécrétée par le lobe antérieur de l'hypophyse - située à la base du cerveau - possède une importance primordiale dans le processus de développement des alvéoles sécrétoires et d'excrétion lactée par les cellules alvéolaires. L'action de la prolactine s'associe en général à celle des œstrogènes, de la progestérone ainsi que d'autres hormones produites dans le placenta ou les ovaires. Démonstration a cependant été faite sur des animaux que la prolactine pouvait stimuler le développement des alvéoles sécrétoires, en présence ou non des autres hormones citées (2, 3, 4).

Ainsi que le montre la Figure 1 (5, 11), à la stimulation du mamelon répond la sécrétion de prolactine. Les impulsions nerveuses sensibles émises au niveau du mamelon sont conduites jusqu'à la base du cerveau, provoquant ainsi la sécrétion de prolactine par le lobe antérieur de l'hypophyse. Dans le cas du sein qui ne produit pas encore de lait, la prolactine stimule le développement des alvéoles sécrétoires et déclenche simultanément au niveau cellulaire de ces alvéoles la production de protéines lactées et de lactose ainsi que la lactation.

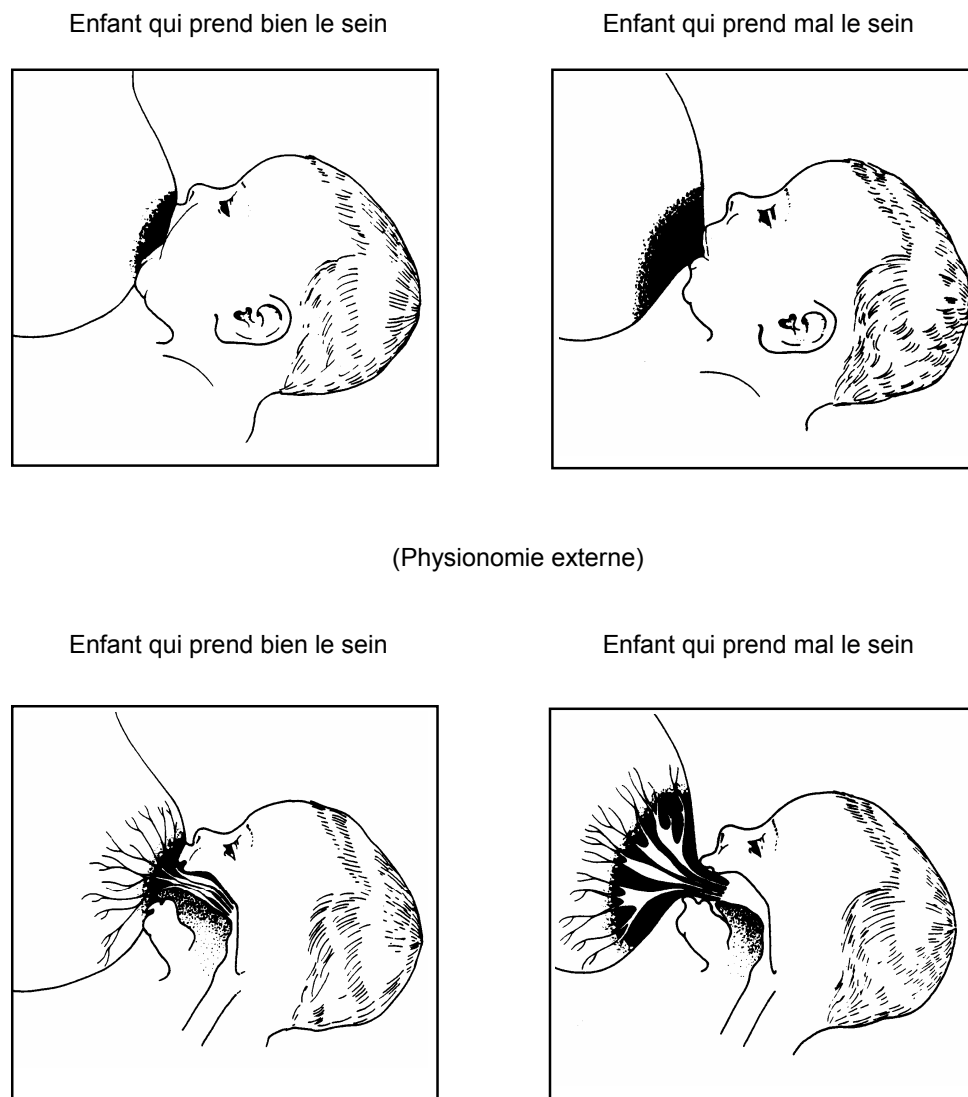
Divers modes de stimulation du mamelon, dont le plus efficace réside dans la succion exercée par l'enfant, peuvent provoquer une réaction prolactinique, plus accentuée la nuit que durant la journée (8). L'expression manuelle ou mécanique du lait maternel offre cependant une certaine efficacité (9).

Extraire le lait maternel sécrété, en quelque quantité que ce soit, contribue à en augmenter et à en stabiliser la production. « Garder » son lait jusqu'à ressentir un sein tendu et lourd entraîne un blocage de la lactation (3,10). La succion exercée par l'enfant sur le sein de sa mère ou l'expression manuelle ou mécanique, toutes trois ayant pour conséquence une augmentation du taux de prolactine et de la quantité de lait maternel extraite, sont essentielles à la stimulation de la production lactée tant pour la relactation que pour la lactation provoquée.

Une seconde hormone, l'*ocytocine*, sécrétée par le lobe postérieur de l'hypophyse sous l'action de la succion, contribue au processus d'éjection du lait maternel. L'ocytocine provoque la contraction de cellules musculaires entourant les alvéoles sécrétoires, laquelle entraîne l'écoulement de lait. Quoiqu'inopérante en l'absence de lactation, l'ocytocine participe à l'éjection du lait dès lors que celui-ci est présent dans le sein de la mère, et donc indirectement à la production lactée après développement des cellules glandulaires. L'état psychologique de la mère influençant la sécrétion d'ocytocine, il importe de soutenir et de renforcer la confiance de cette dernière afin de faciliter le processus d'éjection du lait (5).

La succion exercée par l'enfant sur le sein constitue la technique la plus efficace de stimulation des mamelons et d'éjection de lait. Plus fréquente et plus longue est la tétée, plus conséquente en est la quantité de lait produite. Pour être efficace, la tétée suppose une prise du sein correcte par l'enfant (6). La partie périphérique de l'aréole où s'accumule le lait dans les sinus lactifères doit être à l'intérieur de sa bouche (Figure 2). Les agents de santé doivent maîtriser l'évaluation d'une tétée afin de décider s'il convient d'assister la mère, et si besoin est s'assurer que l'enfant prend correctement le sein et que la tétée est efficace. Afin qu'ils assimilent comment prendre correctement le sein et téter efficacement, une assistance supplémentaire est fréquemment nécessaire aux enfants qui n'ont pas d'expérience de la tétée ou qui sont accoutumés à l'utilisation du biberon ou de la sucette (15, 16). De nombreux manuels, y compris les matériels de formation OMS/UNICEF (11, 87), font état de détails pratiques, résumés dans l'encadré 1 qui suit.

Figure 2. Illustration d'une bonne et d'une mauvaise prise du sein par l'enfant



Encadré 1. EVALUATION COURANTE ET AISEE D'UNE TETEE ET ASSISTANCE PRODIGUEE

[Récapitulatif établi à partir des matériels de Prise en charge intégrée des Maladies de l'Enfant (86)]

1. Demander à la mère :

- Rencontrez-vous des difficultés à nourrir votre enfant ?
- Allaitiez-vous votre enfant ? Si tel est le cas, combien de fois en 24 heures ?
- D'ordinaire, votre enfant consomme-t-il d'autres aliments ou liquides ? Si tel est le cas, combien de fois par jour ?
- De quelle manière alimentez-vous votre enfant ?

2. Peser l'enfant, et déterminer le poids pour l'âge.

3. Si l'enfant :

- Rencontre des difficultés pour s'alimenter
- Tête moins de 8 fois en 24 heures
- Consomme d'autres aliments ou liquides ou
- Possède un poids faible pour son âge

Se livrer à l'évaluation d'une tétée durant 4 minutes (le cas échéant, patienter jusqu'à ce que l'enfant paraisse disposé à téter).

Contrôler les signes de bonne prise du sein et de tétée efficace.

4. Signes indiquant que l'enfant prend bien le sein :

- Son menton touche le sein
- Sa bouche est grande ouverte
- Sa lèvre inférieure est éversée vers l'extérieur
- L'aréole est plus visible au-dessus de sa bouche qu'en dessous

5. Signes indiquant que l'enfant tète efficacement :

- Il tète lentement et profondément, s'interrompt parfois puis recommence à téter

6. En l'absence d'un des signes indiquant que l'enfant prend correctement le sein dans sa bouche, montrer à la mère comment le positionner et lui enseigner une bonne prise du sein.

- Montrer à la mère comment tenir son enfant :
 - La tête et le corps de l'enfant sont dans le même axe
 - L'enfant est contre le sein et lui fait face, son nez se trouvant dans une position opposée au mamelon
 - Le corps de son enfant est contre le sien
 - Elle soutient tout le corps de son enfant, pas uniquement sa tête et son cou
- Lui expliquer de quelle manière aider son enfant à prendre correctement le sein. Elle devrait :
 - Effleurer ses lèvres de son mamelon
 - Patienter jusqu'au moment où la bouche de son enfant est grande ouverte
 - Approcher rapidement son enfant du sein, en veillant à ce que la lèvre inférieure de ce dernier soit bien en dessous du mamelon
- Rechercher les signes indiquant que l'enfant prend correctement le sein dans sa bouche et tète efficacement.
- Si la prise du sein est incorrecte, essayer à nouveau.

7. En présence d'une prise du sein correcte :

Conseiller à la mère d'allaiter son enfant aussi fréquemment et longtemps qu'il en manifeste le désir, de jour comme de nuit, au moins 8 fois en 24 heures.

8. Dans le cas d'un enfant dont l'âge approche des 6 mois et qui consomme d'autres aliments et liquides :

Conseiller à la mère d'augmenter les tétées, de réduire la consommation d'aliments et liquides autres, et d'offrir ceux-ci dans une tasse jusqu'à pouvoir les écarter de l'alimentation de son enfant.

9. Si l'enfant n'est pas allaité du tout, les adresser lui et sa mère à une conseillère en allaitement dans la perspective d'une relactation éventuelle.

5. Données relatives à la pratique de la relactation et de la lactation provoquée

Chez les animaux, il est établi de longue date qu'une stimulation fréquente des tétines est susceptible d'entraîner le processus de lactation, sans pour autant que ne survienne le développement des glandes mammaires que génère la grossesse (3,17). En 1967, une étude menée sur des chèvres a démontré que « stimuler la traite de manière prolongée pouvait provoquer un développement mammaire et l'écoulement de lait » (18).

Chez les êtres humains, la plupart des informations recensées évoque le cas de femmes ayant soit relacté soit opté pour une lactation provoquée afin de nourrir leur enfant. La presse populaire s'est fréquemment fait l'écho de ces expériences individuelles, mais des organismes de soutien à l'allaitement ont eux aussi abordé ce sujet, au travers de publications destinées principalement aux parents (19, 20, 21).

Concernant la relactation, et malgré l'existence de nombreux témoignages, les premières observations effectuées dans des articles médicaux évoquent des faits curieux et anormaux (23). Slome, dans un article rédigé en 1956 et faisant autorité (26), cite le cas de 10 grands-mères du Natal ayant relacté afin de nourrir leurs petits-enfants. En 1967, Newton (32) fait état de nombreuses expériences individuelles dans ce domaine, de même que Cohen en 1971 (33) puis Marieskind dans un rapport rédigé en 1973 (22). L'intérêt et l'utilité d'une telle pratique ne sont reconnus que depuis peu par les professionnels de la santé (1, 24, 25) tout comme la valeur d'enseignement des témoignages de femmes y ayant recouru.

Dans les années 70, Jelliffe (29,30), évoquant le cas de mères ougandaises qui nourrissaient leur enfant au biberon, décrit la nature d'un régime destiné à remettre en route la lactation. En 1977 (27) puis en 1978 (28), Brown se livre à l'analyse d'expériences menées en Inde et au Viet Nam soulignant l'intérêt de la relactation dans les pays en développement et dans des situations d'urgence, en particulier dans le cas d'enfants de faible poids de naissance. En 1981, aux Etats-Unis d'Amérique, Bose et al (31) font état d'une relactation menée à bien par des mères d'enfants malades et nés précocement. Plus récemment, Thullen (34) et Thompson (35) soulignent la présence de la pratique de la relactation dans divers traitements médicaux. En 1998, Marquis et al (88), se livrant à des observations au sein d'une communauté péruvienne, ont constaté que la relactation y était une pratique courante, les mères revenant sur leur décision d'interrompre l'allaitement - motivée en général par le refus de téter de leur enfant - et recommençant à allaiter après quelques jours voire quelques semaines, certaines relactant plus d'une fois pour le même enfant.

L'étude de plus grande ampleur menée à ce jour réside dans une série de rapports rétrospectifs effectués par Auerbach et Avery (36,37) et Auerbach (38) aux Etats-Unis d'Amérique, où le cas de quatre groupes de femmes a été étudié selon l'usage de la méthode de rappel :

1. 174 femmes qui avaient cessé d'allaiter prématurément ;
2. 117 femmes qui relactaient pour nourrir un enfant de faible poids de naissance ;
3. 75 qui avaient interrompu l'allaitement après qu'elles ou leur enfant ait été hospitalisé(es) ;
4. 240 femmes qui allaitaient un enfant adopté, parmi lesquelles 83 n'avaient jamais vécu de grossesse, 55 avaient une expérience de la grossesse mais n'avaient jamais allaité et 102 avaient allaité un enfant auparavant.

De nombreuses études ont en outre été menées dans des pays en développement (en Papouasie-Nouvelle-Guinée (39), au Nigeria (40) et en Inde (41-46)), lesquelles, bien que de plus faible envergure que celles d'Auerbach et Avery, possèdent l'avantage d'être prospectives. La plus importante, effectuée par Seema et al (43) se penche sur le cas de 50 mères qui, après hospitalisation de leur enfant âgé de moins de 4 mois et consécutivement à une interruption de la lactation pour 86 % d'entre elles et poursuite de l'allaitement de manière partielle pour 14 %, sont parvenues à relacter, à l'exception de l'une d'entre elles.

6. Composition du lait durant la relactation

Malgré la faible quantité d'études abordant cette question (47, 48), aucune différence significative n'a été constatée entre la nature du lait maternel produit durant une période de relactation ou de lactation provoquée et celle du lait maternel produit durant la période puerpérale. Kleinman et al (47) ont constaté une absence de production de colostrum chez les femmes qui n'avaient jamais vécu de grossesse auparavant et une similitude dans la nature du lait produit durant les cinq premiers jours de lactation avec le lait de transition et le lait mature, tant au niveau de l'ensemble des protéines contenues, de l'alpha-lactalbumine, que de l'IgA (immunoglobuline sécrétoire de type A).

7. Influence de certains éléments sur le bon déroulement de la relactation

Marieskind (22) évoque deux éléments majeurs liés à la réussite de la relactation : un désir affirmé de la mère biologique ou adoptive d'allaiter son enfant et l'action de stimulation sur les mamelons. Brown (27, 28) et Jelliffe (30) ajoutent un troisième élément particulièrement important lorsque la relactation est encouragée pour son caractère salutaire : une structure de soutien destinée à la mère afin de renforcer et de maintenir sa confiance en elle-même. Il convient en outre de souligner et d'explicitier des facteurs supplémentaires inhérents soit à l'enfant soit à la mère.

7.1 Facteurs inhérents à l'enfant

Relactation et lactation provoquée supposent que l'enfant exerce une succion sur le sein de sa mère. Possèdent une influence à cet égard :

- le désir éprouvé par l'enfant de téter
- son âge
- l'intervalle sans allaitement (c.-à-d., la durée de l'interruption de l'allaitement)
- le mode d'alimentation de l'enfant durant cet intervalle
- les causes d'un rejet subit du sein propres à l'enfant

On compte parmi les autres facteurs susceptibles d'exercer une influence difficilement mesurable :

- l'âge gestationnel (dans le cas des bébés de faible poids de naissance)
- la prise d'aliments de complément (dans le cas d'enfants plus âgés)

7.2 Facteurs inhérents à la mère biologique ou adoptive

Ceux dont l'importance prime sont les suivants :

- la motivation de la mère
- l'intervalle sans allaitement (la durée pendant laquelle elle n'a pas allaité)
- l'état de ses seins

- sa capacité à réagir avec lucidité aux besoins de son enfant
- le soutien de sa famille, de sa communauté et d'agents de santé

Autres facteurs dont l'influence est incertaine :

- expérience préalable de la lactation
- son état de santé et son alimentation (voir le chapitre 14).

Les chapitres qui suivent abordent individuellement chacun de ces facteurs.

8. Facteurs inhérents à l'enfant

8.1 Désir éprouvé par l'enfant de téter

La relactation possède toutes les chances d'être menée à bien dès lors que l'enfant commence à téter peu de temps après avoir été placé au sein. Le processus est relativement aisé dans le cas des enfants qui manifestent leur désir de téter dès que placés au sein pour la première fois.

Auerbach et Avery (36), évoquant le cas d'enfants ayant cessé d'être allaités précocement, rendent compte d'un allaitement réussi pour environ 39 % d'entre eux dès que placés à nouveau au sein (63 % parmi des enfants adoptés et 61 % parmi des enfants dont les mères avaient choisi de relacter après hospitalisation). Plus âgé, l'enfant est susceptible de choisir et de s'obstiner dans ce choix, auquel cas les conditions dans lesquelles la relactation est envisagée sont moins favorables (26, 49), les autres facteurs en présence, y compris la motivation que peut éprouver la mère, possédant une moindre importance.

Quoiqu'il en soit, de nombreux enfants doivent être aidés au moment de prendre le sein. Dans le cas d'une interruption totale de l'allaitement, Seema et al (43) ont constaté que 74 % des enfants refusaient de téter dans un premier temps, principalement parce qu'éprouvant des difficultés à prendre le sein. Grâce à l'aide, nécessaire, d'un agent de santé qualifié, tous sauf un furent toutefois capables de recommencer puis de continuer à téter.

8.2 Age de l'enfant

En règle générale, les enfants les plus jeunes sont les plus disposés à prendre le sein. Plus âgés, ils auront tendance à se montrer plus récalcitrants, en particulier lorsqu'ayant pris l'habitude d'être nourris au biberon.

Auerbach et Avery (36, 37) ont constaté que les enfants âgés de moins de 3 mois étaient plus enclins à prendre le sein que ceux dont l'âge était supérieur à 3 mois. Dans le cas d'enfants adoptés, une ligne de partage était constatée à l'âge de 8 semaines. La première tétée se révélait efficace pour 90 % des enfants âgés de moins d'une semaine, 75 % de ceux dont l'âge se situait entre 1 et 8 semaines, mais seulement pour 51 % de ceux âgés de plus de 8 semaines. Il est vraisemblable qu'excepté durant leurs 2-3 premières semaines de vie, les enfants sont moins disposés à prendre le sein lorsque celui-ci produit peu de lait (50).

Banapurmath et al (41) évoquant le cas de mères adoptives, rendent compte d'une relactation menée à bien pour 4 mères sur 5 lorsque l'allaitement avait été repris avant que l'enfant ait atteint l'âge de 3 semaines, au contraire de celles n'étant pas parvenues à relacter (dans un rapport de 4 pour 5) qui avaient placé leur enfant au sein uniquement après que celui-ci ait atteint 3 semaines de vie.

La relactation est toutefois envisageable pour des enfants plus âgés, en particulier lorsque ceux-ci manifestent le désir de téter et prennent l'initiative (49, 51). Au Pérou, il est rapporté que des mères sont parvenues à relacter pour des enfants âgés de plus de 12 mois. Le seul âge de l'enfant ne peut constituer une raison suffisante à ce que l'on déconseille à une mère de relacter ou d'envisager une lactation provoquée. Si des raisons majeures existent qui motivent une relactation dans le cas d'un enfant plus âgé mais récalcitrant, des méthodes existent, auxquelles il sera peut-être nécessaire de recourir et sur lesquelles s'attarde le présent rapport (52). Le soutien d'une conseillère en allaitement, familière du processus de relactation, est crucial ; toute tentative entreprise par une personne inexpérimentée risquant de générer un sentiment de frustration et de nuire à la relation mère-enfant.

8.3 *Intervalle sans allaitement*

L'intervalle sans allaitement constitue le laps de temps écoulé depuis la dernière tétée. L'analyse de cas individuels suggère une relactation globalement plus favorable lorsque cet intervalle est court, ceci dépendant vraisemblablement en partie de l'âge de l'enfant. Des enfants que l'on aura cessé d'allaiter lorsque plus âgés, et dans le cas desquels l'intervalle aura été plus long, ne souhaiteront peut-être pas être allaités à nouveau (36, 37, 38, 49, 51).

8.4 *Mode d'alimentation de l'enfant durant l'intervalle sans allaitement*

Des enfants nourris au biberon risquent de développer une préférence pour la tétine artificielle au détriment du sein. Banapurmath et al (41, 42) et Seema et al (43) rapportent que la difficulté est plus grande d'apprendre à un enfant à téter au sein lorsque celui-ci a pris l'habitude d'être nourri au biberon, quand bien même la lactation est établie. Ces auteurs insistent sur le fait qu'il est nécessaire d'interrompre l'usage de biberons et de sucettes afin de surmonter le réflexe de rejet que peut éprouver l'enfant à l'égard de la succion du sein. Nombre d'autres experts en lactation se livrent aux mêmes constatations (7, 15, 46, 53). Des mères relactant pour des enfants âgés de 1 à 6 mois, observent que leur enfant, accoutumé au biberon, a tout d'abord manifesté une certaine perplexité à l'égard du sein. Lang, dans une étude menée récemment (54), suggère que les enfants de faible poids de naissance nourris à la tasse durant la période transitionnelle entre gavage et allaitement auront vraisemblablement plus de facilité à téter que ceux pour qui il a été recouru à l'usage du biberon. On notera cependant que l'apprentissage de la tétée est chose envisageable pour les enfants accoutumés à une tétine artificielle aussi, à condition que leur mère puisse bénéficier des conseils d'une personne suffisamment qualifiée (16). Ceci exige une expérience suffisante, du temps et de la patience qui font parfois défaut aux agents de santé. Afin de prévenir tout problème et lorsque nécessaire, mieux vaut utiliser une tasse plutôt qu'une tétine artificielle pour nourrir l'enfant.

8.5 *Causes d'un rejet subit du sein propres à l'enfant*

L'interruption précoce de l'allaitement est parfois liée à l'enfant, qu'il s'agisse d'un problème anatomique ou de son comportement.

On citera pour exemple :

- un frein de langue trop court, une voûte palatine fendue
- des difficultés à prendre le sein, dont une utilisation maladroite de la langue peut en être la cause
- le refus du sein

- des pleurs trop abondants (parce que provoqués soit par des coliques ou par un reflux gastro-œsophagien)

Il importe de déterminer si de telles causes, propres à l'enfant, sont présentes et dès lors d'en assurer la prise en charge afin de pouvoir envisager une relactation réussie.

8.6 *Age gestationnel*

L'incidence de l'âge gestationnel de l'enfant ou de son poids au commencement de la relactation ou de la lactation provoquée est rarement analysée dans les études disponibles à ce jour. L'évaluation de ces facteurs s'avère difficile, connaissant d'une part la corrélation existant entre poids et âge, et sachant d'autre part que de nombreux facteurs de confusion existent dans la prise en charge globale des enfants de faible poids de naissance et des prématurés. Par le passé, il convenait en général de les nourrir au biberon et d'éviter de trop fréquents contacts physiques avec leurs parents. Grâce aux méthodes actuelles qui préconisent un contact parents-enfant soutenu (notamment en recourant à la méthode kangourou), les enfants de faible poids de naissance peuvent être allaités totalement ou partiellement, parfois dès 32 semaines d'âge gestationnel et dans le cas de nourrissons dont le poids peut être aussi peu élevé que 1 300 g (13, 57, 58, 59).

8.7 *Prise d'aliments de complément*

Les aliments de complément (solides ou semi-solides) introduits dans l'alimentation de l'enfant peu avant l'âge de 6 mois sont susceptibles de se substituer au lait maternel. Dans l'étude menée par Auerbach et Avery (36, 37), 46 % des mères constataient que l'introduction d'aliments de complément leur avait permis de réduire voire de supprimer l'utilisation de laits artificiels en complément, 50 autres pour cent continuant à les utiliser dans les mêmes proportions, au détriment de leur production, apparemment en diminution. L'introduction d'aliments de complément n'est pas souhaitable avant l'âge d'environ 6 mois et ne devrait être envisagée qu'au bout de quatre à cinq mois de vie dans le cas d'enfants ne possédant pas une courbe de poids satisfaisante (chapitre 15) ou manifestant des signes évidents de faim, en dépit d'une stimulation optimale des seins.

9. Facteurs inhérents à la mère biologique ou adoptive

9.1 *Motivation de la mère*

Il est peu probable qu'une femme parvienne à relacter ou à pratiquer une lactation provoquée à moins d'éprouver une réelle motivation à cet égard. Les raisons qui justifient le plus souvent un désir de relacter sont les suivantes :

- Relacter est bénéfique, tant au niveau de la santé que de la nutrition de l'enfant
- Relacter favorise une relation mère-enfant plus étroite

Les mères biologiques ou adoptives trouvent parfois en elles-mêmes cette motivation. Ce peut être notamment le cas dans les communautés où revenir sur sa décision quant à interrompre l'allaitement est fréquent (88), dans les communautés où recueillir et allaiter un enfant ayant perdu sa mère biologique est une pratique courante pour les membres de la famille, et dans les pays industrialisés où certaines mères adoptent des enfants parce que dans l'incapacité d'en avoir ou par désir d'élargir ainsi le cercle de leur famille.

Dans la plupart des cas néanmoins, les conseils, les informations, les encouragements et le soutien dispensés aux mères biologiques et futures mères adoptives par des agents de santé sont nécessaires avant que celles-ci ne trouvent suffisamment de motivation pour

relacter. Ceci nécessite du temps, des compétences et de la patience de la part des conseillères².

Lors d'études menées au Nigeria par Abejide et al (40) et en Inde par Banapurmath (41) et Seema (43), il a été constaté que la santé de l'enfant prévalait auprès des mères biologiques ou adoptives en tant que facteur de motivation. Dans ce cas précis, les enfants considérés étaient déjà souffrants au moment où la relactation avait été conseillée par un agent de santé. En Papouasie-Nouvelle-Guinée (39), ce sont des informations dispensées auprès de mères adoptives au sujet des dangers liés à l'usage du biberon au moment où celles-ci en demandaient la prescription qui les ont incitées à relacter. Dans ces situations, le fait de produire du lait et de pouvoir allaiter totalement était considéré comme un résultat majeur.

Des études menées dans des pays industrialisés ont montré de leur côté que la relation mère-enfant constituait un facteur de motivation majeur tant chez les mères adoptives (37) que chez les mères d'enfants prématurés (31). Dans de telles situations, l'expérience possède vraisemblablement une grande importance, indépendamment de la quantité de lait produite. Les rapports émanant de pays en développement font rarement cas de la relation mère-enfant, non pas que celle-ci soit mésestimée, mais plutôt parce que là où l'allaitement prévaut, on considère qu'une relation étroite établie entre la mère et son enfant est chose naturelle et qu'en conséquence il ne paraît pas nécessaire de discourir à ce sujet.

La production de lait maternel est possible, quand bien même la femme ne ressent pas une motivation particulière en la matière, mais dès lors que l'enfant manifeste le désir affirmé de téter (21, 49). En témoigne le cas de grands-mères en Afrique (26) qui, ayant placé un enfant au sein afin de le calmer en l'absence de sa mère, ont produit du lait alors même qu'elles n'avaient aucune intention de relacter.

9.2 *Intervalle sans allaitement*

Le laps de temps écoulé depuis la dernière tétée donnée par une mère à son enfant constitue l'*intervalle sans allaitement*. On considère souvent que plus cet intervalle est court, plus la probabilité de relacter est importante. Des rapports émanant de pays industrialisés tendent à corroborer ceci ; d'autres, nombreux, provenant de pays en développement soulignent que la relactation survient parfois quinze à vingt ans après qu'une mère ait allaité son dernier enfant (22, 26, 39, 40, 41), y compris après que la ménopause se soit produite.

9.3 *Etat de ses seins*

La forme ou l'état des seins de la mère participent parfois à une interruption de l'allaitement ; par exemple lorsque ses mamelons sont rétractés ou présentent des crevasses, lorsqu'une infection se déclare au niveau des seins ou en présence de cicatrices consécutives à une intervention chirurgicale pratiquée au niveau des seins. Dans une telle situation, l'enfant peut éprouver certaines difficultés à prendre le sein, à téter efficacement et le succès de la relactation s'en trouver compromis. L'étude menée par Seema et al (43) établit que dans le cas de 12 % des mères considérées, il s'agissait-là de facteurs influents ; les auteurs soulignent toutefois qu'à la faveur d'une réelle motivation, d'un soutien apporté aux mères ainsi que de l'aide d'une personne qualifiée au moment de positionner l'enfant au sein, la plupart des difficultés ont finalement été surmontées.

² Il s'agit en général d'une femme dispensant des conseils en allaitement.

9.4 *Capacité à réagir avec lucidité aux besoins de son enfant*

Pour parvenir à relacter, une mère doit être disponible et allaiter son enfant à la demande, dès que celui-ci en manifeste le désir. Il serait souhaitable qu'elle puisse s'occuper personnellement de son enfant et qu'elle multiplie avec lui les contacts peau à peau. Elle devrait pouvoir se sentir déchargée de toute autre tâche durant quelques semaines et bénéficier dans la mesure du possible d'un congé maternité. Si de tels éléments ne sont pas réunis, le succès de la relactation s'en trouvera compromis.

9.5 *Soutien de sa famille, de sa communauté et d'agents de santé*

Les femmes évoquent fréquemment l'importance du soutien psychologique reçu et soulignent que celui-ci est plus le fait de la famille, des amis ou des conseillères en allaitement que des médecins et autres agents de santé. Citant le cas des Etats-Unis d'Amérique (36, 37), il est constaté que le père y possède fréquemment un rôle clé, en particulier au moment d'une adoption ou lorsque membres d'une même famille et amis manifestent quant à eux une attitude réprobatrice à l'égard de la lactation provoquée ou de la relactation. Dans ce cas précis, les médecins se sont avérés les moins enclins à apporter leur soutien et ont parfois fait preuve d'une attitude ouvertement hostile.

Dans les pays où allaiter est une règle, les femmes bénéficient d'un soutien plus affirmé de la part de leur famille et de leurs amis, la relactation en étant ainsi facilitée. Dans un tel contexte, l'assistance des agents de santé est elle aussi plus importante, ces derniers initiant le processus de relactation et aidant la mère à la mener à bien (39, 40, 41, 43, 46).

9.6 *Expérience préalable de la lactation*

Une expérience préalable de la lactation ne possède sans doute qu'une influence relative sur la capacité de la femme à relacter. Auerbach et Avery (35) ont établi que n'ayant jamais vécu de grossesse ou l'ayant vécu sans avoir jamais allaité, les chances pour une femme de relacter totalement étaient vraisemblablement moindres que dans le cas d'une autre personne possédant une expérience de l'allaitement ; pour autant, les auteurs ont souligné que les écarts constatés n'étaient statistiquement pas significatifs. La probabilité, dans le cas des femmes considérées, de produire du lait au moyen d'une stimulation mécanique avant que l'enfant adoptif ne soit capable de téter efficacement, possédait elle aussi un caractère plus incertain. Dans le cas d'une mère adoptive qui avait préalablement allaité, la vraisemblance pour l'enfant de pouvoir commencer à téter au cours des dix premiers jours était plus importante.

Etudiant le cas de 12 femmes, Nemba (39) a constaté qu'à la faveur d'un protocole dont le but était de provoquer la lactation, 11 d'entre elles, qui n'avaient jusque-là jamais produit de lait, étaient parvenues à une lactation suffisante dans les 5 à 13 jours qui avaient suivi le début du protocole. Seema et al, se penchant sur le cas de 50 mères, ont quant à eux établi que 46 d'entre elles avaient été capables de relacter pour leur propre enfant durant la période puerpérale, aucune différence n'étant constatée entre les mères primipares et multipares.

10. Temps nécessaire à la production du lait maternel

Le temps nécessaire au déclenchement de la production lactée varie de quelques jours à quelques semaines, toute estimation étant délicate. Là où un certain nombre de mères ne produiront jamais suffisamment de lait afin d'établir ou de remettre en route un allaitement

exclusif, d'autres au contraire parviennent à une lactation optimale en quelques jours (39, 40, 41, 42). Certains auteurs estiment que la relactation est plus rapide dans le cas de mères ayant cessé d'allaiter peu de temps auparavant ou allaitant encore parfois, mais tel n'est pas toujours le cas. Les mères pour lesquelles l'intervalle sans allaitement a été plus long doivent parfois attendre quatre à six semaines avant de produire des quantités de lait significatives, mais quelques jours suffisent parfois dans leur cas aussi pour que survienne la montée de lait (40).

Seema et al (43) ont pu constater que la montée de lait survenait dans les 2 à 6 jours, une relactation partielle étant atteinte au bout de 4 à 28 jours et une relactation optimale au bout de 7 à 60 jours. Abejide et al (40), étudiant le cas de 6 mères adoptives allaitantes, rapportent une montée de lait survenue entre le 4ème et le 7ème jour, une relactation partielle étant atteinte au bout de 11 à 18 jours et un allaitement exclusif étant rendu possible au bout de 21 à 25 jours. Il conviendrait d'inciter les mères à la patience et à ne pas avoir d'attentes précises sur le moment auquel une quantité de lait déterminée devrait être produite.

Encadré 2. COMMENT ALIMENTER UN ENFANT A LA TASSE

- Tenir l'enfant sur ses cuisses, en position verticale ou semi-verticale.
- Tenir la petite tasse contre les lèvres de l'enfant.
Les bords de la tasse doivent toucher la lèvre supérieure et la tasse reposer légèrement sur la lèvre inférieure.
- Incliner la tasse jusqu'à ce que le lait atteigne les lèvres de l'enfant.
L'enfant s'éveille et ouvre la bouche et les yeux.
 - L'enfant de faible poids de naissance commence à laper le lait.
 - L'enfant né à terme ou l'enfant plus âgé tète le lait en en répandant un peu.
- **NE PAS VERSER** le lait dans la bouche de l'enfant. Se contenter d'approcher la tasse près de ses lèvres et de le laisser se servir.
- Lorsque l'enfant est rassasié, il ferme la bouche et refuse de boire davantage. S'il n'a pas pris la quantité prévue, il se rattrapera au repas suivant, ou réclamera plus souvent à boire.
- Mesurer la prise d'aliments sur 24 heures, et pas seulement à chaque repas.

Figure 3. Alimenter un enfant à la tasse



11. Recommandations d'ordre pratique à l'égard de la relactation

Les informations pratiques existantes relatives à la manière de relacter ou de provoquer la lactation se basent sur l'expérience des mères, des associations de soutien à l'allaitement, des conseillères en allaitement (19, 60) et sur la pratique clinique de professionnels de santé, qu'abordent les études précédemment évoquées.

11.1 *Déterminer quels sont les enfants et les mères qu'il importe d'aider au moment de la relactation*

Les services de santé et les services communautaires qui prennent en charge mères et enfants se doivent de recourir à des procédures systématiques d'évaluation de l'allaitement, ainsi que décrit aux chapitres 3 et 4 du présent document. Les agents de santé, y compris ceux travaillant au sein de la communauté devraient être en mesure d'assister une mère qui rencontre des difficultés courantes et savoir où l'adresser en présence de besoins plus particuliers. Une telle démarche permettrait de déterminer qui, des mères et enfants observés, peut avoir besoin d'aide et de conseils avisés en matière d'allaitement. En conséquence, la nécessité d'envisager une relactation serait moindre et pour ceux que celle-ci concernerait malgré tout, il est vraisemblable que l'aide dispensée serait dès lors plus appropriée.

En présence d'une femme souffrante ou dont l'état nutritionnel trahit une malnutrition sévère, il serait souhaitable de prodiguer un traitement approprié, la relactation n'étant envisagée qu'ultérieurement, après recouvrement d'un meilleur état de santé. Dans le cas d'un enfant de faible poids de naissance ou prématuré, tous les efforts devraient être entrepris afin que soit engagé et poursuivi l'allaitement dès le jour de la naissance. Si un enfant est malade ou incapable de téter, il serait souhaitable d'enseigner à sa mère de quelle manière exprimer manuellement son lait, de telle sorte que celui-ci s'écoule immédiatement dès qu'une alimentation orale sera rendue possible. Une mère qui exprime son lait dès le premier jour puis continue de manière régulière (au moins 8 fois en 24 heures) éprouvera plus de facilité à mettre en route l'allaitement et à produire suffisamment de lait pour satisfaire à une croissance harmonieuse de son enfant. S'il survenait toutefois que la mère ne reçoive pas toute l'aide nécessaire au moment d'engager l'allaitement immédiatement après la naissance, une assistance devra lui être prodiguée ultérieurement pour relacter.

11.2 *Recommandations majeures*

A. Mesures essentielles

- Conseiller la mère biologique ou adoptive et
 - déterminer la cause de la difficulté en présence
 - lui fournir des informations de même qu'aux membres de sa famille
 - l'inciter à plus de motivation
 - écarter tout facteur susceptible de nuire à la tétée ou à la production lactée
 - fournir une aide au long cours
- Exercer une stimulation sur le mamelon et sur le sein par
 - la succion de l'enfant
 - une expression mécanique ou manuelle du lait maternel
 - un contact peau à peau

- Donner temporairement du lait en supplément à l'enfant sans recourir à l'usage du biberon
 - pour favoriser sa nutrition
 - pour l'inciter à téter

B. Mesures diverses

- Introduction de préparations galactogogues dans l'alimentation, si indiqué
- Introduction d'aliments, de boissons
- Repos

Ces mesures sont explicitées dans les chapitres qui suivent.

12. Mesures essentielles

12.1 *Conseiller la mère biologique ou adoptive*

La conseillère en allaitement est soit une professionnelle de santé qui aura suivi une formation en allaitement soit un membre de la communauté qui aura choisi de prodiguer des conseils liés à l'allaitement.

La conseillère en allaitement passera beaucoup de temps en compagnie de la mère biologique ou adoptive. Elle doit savoir écouter afin de pouvoir appréhender les sentiments de la mère - peut-être un sentiment d'échec à l'égard de son enfant ou de trahison de la part de son propre corps. Elle ne doit pas formuler de jugements et ne pas tenter de forcer la mère à quoi que ce soit. Elle doit contribuer à renforcer la confiance de la mère en elle-même afin que celle-ci se sente capable de relacter. De plus amples informations relatives aux techniques de conseil sont disponibles dans *Le Conseil en Allaitement : Cours de formation* (11).

Préalablement à la mise en route de la relactation et afin de l'encourager, la conseillère en allaitement devra faire en sorte d'établir un dialogue soutenu avec la mère. Elle lui prodiguera ensuite un soutien constant tout au long du processus de relactation. Il s'avérera peut-être plus aisé d'obtenir un tel soutien au quotidien auprès d'agents de santé communautaires, d'associations de soutien entre mères ou d'accoucheuses traditionnelles. Il est cependant essentiel que les professionnels de santé adoptent une attitude encourageante et soient disponibles lorsque nécessaire.

- *PREALABLEMENT A LA MISE EN ROUTE DE LA RELACTATION*

La conseillère en allaitement doit faire en sorte d'établir un dialogue avec la mère biologique ou adoptive afin de déterminer les causes de l'interruption de l'allaitement ou les raisons qui motivent la perspective de relacter. Elle doit s'enquérir de l'existence de tout facteur qui pourrait, soit entraîner une diminution de la production lactée (notamment l'utilisation de contraceptifs estroprogestatifs, de diurétiques thiazides, ou l'absorption de nicotine), soit nuire à la succion (dont l'utilisation de biberons ou de sucettes et des périodes de séparation entre mère et enfant sont des exemples).

Dans le cas d'un rejet du sein par l'enfant (dont certaines des causes sont décrites au chapitre 8.5 du présent document), il importe d'agir de manière spécifique afin que la relactation puisse être menée à bien. Le présent chapitre 12 offre une description

de méthodes d'alimentation et d'approches comportementales, et les matériels de formation OMS/UNICEF (11) ainsi que des guides adaptés (12, 13) fournissent par ailleurs de plus amples informations sur les difficultés particulières rencontrées dans ce domaine. Lorsqu'un traitement médical s'avère nécessaire, notamment en présence d'une voûte palatine fendue ou d'un reflux gastro-œsophagien, il serait souhaitable de solliciter les conseils d'une personne spécialisée ou de recourir à des ouvrages de référence (19, 55, 56).

Si l'existence d'un facteur nuisible à la succion ou participant à une diminution de la production lactée est établie, tous les efforts devront être entrepris afin de l'écarter (notamment en ce qui concerne les sucettes ou la nicotine), de lui trouver un substitut (choix d'un autre mode de contraception, par exemple), voire encore de déterminer la manière de réduire les périodes de séparation.

Il serait souhaitable que la conseillère en allaitement :

1. S'assure que la mère biologique ou adoptive possède toutes les informations nécessaires sur :
 - les bienfaits de l'allaitement, tant sur la santé de son enfant que sur son état nutritionnel, mais aussi sur le développement entre eux d'une relation affective étroite, de même que sur les éléments motivant son désir de relacter ;
 - le fonctionnement de la relactation, sur le temps nécessaire à une augmentation de la production lactée, ainsi que sur l'engagement, la patience et de la persévérance que celle-ci suppose ;
 - les détails pratiques inhérents au fonctionnement de la relactation ;
 - la manière de surmonter des difficultés spécifiques et de s'assurer une assistance ou un traitement particulier ;
 - les facteurs nuisibles à la succion ou à la production lactée et sur la nécessité de les écarter ou de trouver une alternative.
2. S'assure que la mère biologique ou adoptive possède toute la motivation nécessaire. La conseillère en allaitement devrait dispenser des informations pertinentes auprès de la mère, l'encourager et faire en sorte de renforcer sa confiance, mais ne pas tenter de la contraindre à relacter si cette dernière n'y est pas disposée. Peut-être s'avèrera-t-il utile de la placer en présence d'autres femmes ayant une expérience de la relactation et susceptibles de la lui faire partager.
3. S'enquière de l'éventualité pour la mère d'un soutien de la part de ses proches. Dans la mesure du possible, la conseillère en allaitement devrait renseigner les autres membres de la famille sur l'importance et le déroulement de la relactation et rectifier toute information perçue erronée. Il importe en outre qu'elle souligne le rôle majeur de leur soutien constant pour la mère et la nécessité pour cette dernière de prendre suffisamment de repos et d'être soulagée de ses diverses tâches durant la période de remise en route de sa production lactée. Etablir un dialogue avec d'autres femmes possédant une expérience de la relactation peut dans ce cas aussi s'avérer utile.

● *UNE FOIS LA RELACTATION MISE EN ROUTE*

Il serait souhaitable que la conseillère en allaitement assure un suivi régulier auprès de la mère biologique ou adoptive et lui prodigue encouragement et soutien constant. Ceci est particulièrement important si la mère décide de continuer à allaiter au-delà des premières semaines. Au départ, le suivi en question devrait pouvoir être assuré quotidiennement.

12.2 *Exercer une stimulation sur le mamelon et sur le sein*

Il importe que la conseillère en allaitement montre à la mère biologique ou adoptive comment exercer une stimulation optimale sur ses seins et ses mamelons.

Si l'enfant manifeste le désir de téter :

Encourager la mère à :

- placer fréquemment son enfant au sein, aussi souvent qu'il en manifeste le désir. Elle devrait être à même de le faire toutes les 1 à 2 heures et au moins 8 à 12 fois en 24 heures ;
- s'allonger et à dormir aux côtés de son enfant afin de l'allaiter durant la nuit et de faciliter la prise du sein par celui-ci sans que son propre sommeil en soit perturbé. Allaiter la nuit contribue à une augmentation de la production de prolactine et le contact tactile occasionné peut favoriser le désir de téter ;
- laisser son enfant téter l'un et l'autre de ses deux seins, et aussi longtemps que possible lors de chaque tétée - 10 à 15 minutes au moins pour chaque sein. Si l'enfant manifeste le désir de continuer de téter, la mère peut lui offrir à nouveau chacun de ses deux seins ;
- s'assurer que son enfant prend correctement le sein, afin de prévenir tout traumatisme du mamelon, et qu'il extrait efficacement le lait maternel produit (6) ;
- s'abstenir d'utiliser sucette, biberon et tétine, lesquels entraînent une moindre stimulation du mamelon et risquent de compromettre le désir de téter de son enfant (7) ;
- donner des suppléments à son enfant séparément, en utilisant une tasse (Section 12.7, Encadré 2, Fig. 3).

Si l'enfant rejette le sein ou ne parvient pas à téter :

- S'assurer qu'il n'est pas souffrant, et qu'il ne présente pas un problème anatomique, lequel nécessiterait dès lors les conseils d'un spécialiste ;
- suggérer à la mère de multiplier avec lui les contacts peau à peau et de continuer à lui offrir le sein dès qu'il manifeste de l'intérêt à cet égard ;
- il est possible de stimuler à nouveau son réflexe de succion en utilisant une sonde d'allaitement (11, 13) (Figure 4) ou en utilisant la technique de l'« écoulement de lait goutte à goutte » (61) (Figure 5) ;
- la mère exercera une stimulation sur ses seins en exprimant son lait de manière mécanique ou manuelle ;
- s'abstenir d'utiliser biberons et sucettes, et l'alimenter à la tasse, si nécessaire.

Ces techniques sont décrites dans le détail ci-dessous.

12.3 *Sondes d'allaitement*

Les sondes d'allaitement sont destinées à procurer à l'enfant un écoulement régulier de lait sous forme de supplément, simultanément à une succion et à une stimulation que ce dernier exerce sur le sein et le mamelon de sa mère. Elles s'avèrent particulièrement utiles lorsque les quantités de lait maternel produites ne sont pas suffisantes, et favorisent le maintien de l'enfant au sein, lequel exerce en outre un mouvement de succion correct.

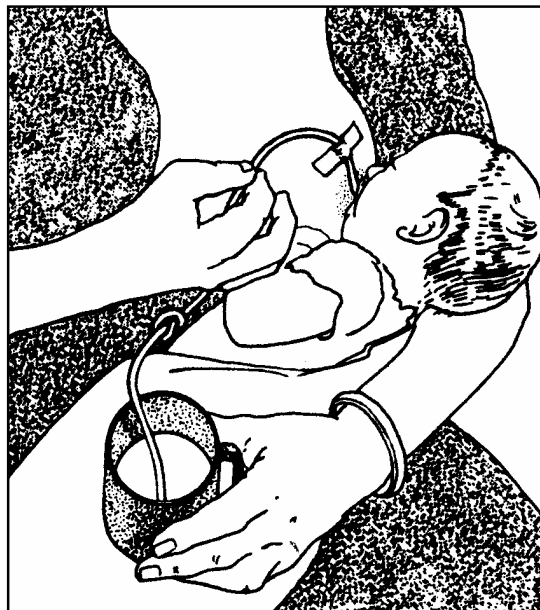
La sonde est constituée d'un récipient (poche de plastique, bouteille ou tasse) destiné à contenir la quantité de lait équivalente à un repas, et d'un tube de faible diamètre au travers duquel le lait s'écoulera, lequel est fixé le long du sein afin d'être placé dans la bouche de l'enfant. Il existe de nombreux modèles déposés dont l'utilisation - dans un contexte

particulier, à savoir lorsque ceux-ci sont disponibles et abordables (13) et aisés de nettoyage et d'entretien - est adéquate. On notera qu'une forme plus rudimentaire de sonde d'allaitement existe, qui a fait ses preuves dans des situations où les modèles déposés étaient soit inexistantes soit difficiles d'entretien (11, 12, 46), constituée d'une tasse et d'un tube de plastique de faible diamètre (Figure 4, Encadré 3).

Il importe de réguler l'écoulement de lait afin que soit exercée sur le sein une stimulation suffisante avant que l'enfant ne soit rassasié.

Nettoyer le fin tube de plastique décrit ci-dessus n'est pas chose aisée. Immédiatement après usage, il doit être passé minutieusement sous l'eau chaude, d'une extrémité à l'autre et à l'aide de savon. Ceci peut être effectué en vidant une seringue remplie d'eau à l'intérieur ou en aspirant sur celui-ci, comme on le ferait avec une paille. Puis il devrait être stérilisé à l'aide d'eau de Javel et passé de nouveau à l'eau claire au moment de l'utiliser. On remplacera ce tube régulièrement, après quelques jours d'utilisation.

Figure 4. Emploi d'une sonde d'allaitement



Encadré 3. COMMENT AIDER LA MERE A UTILISER UNE SONDE D'ALLAITEMENT

Montrer à la mère comment :

- Utiliser une sonde gastrique ou une autre sonde fine en plastique et un bol pour contenir le lait. Faut de pouvoir se procurer une sonde de très faible diamètre, on utilisera ce qu'on aura trouvé.
- Ménager un petit orifice sur le côté, près de l'extrémité de la sonde, que l'on introduira dans la bouche de l'enfant (outre le trou existant à l'extrémité de la sonde). Ceci facilitera l'écoulement de lait.
- Préparer une tasse de lait (lait maternel exprimé ou lait artificiel) contenant la quantité de lait correspondant à un repas.
- Placer une extrémité de la sonde le long du sein, de sorte que l'enfant tète le sein et la sonde à la fois. Coller le tube sur le sein à l'aide de ruban adhésif.
- Placer l'autre extrémité de la sonde dans la tasse de lait.
- Faire un nœud sur la sonde si son diamètre est trop important, placer un trombone ou encore pincer la sonde pour contrôler le débit de lait et éviter ainsi que l'enfant ne l'absorbe trop rapidement.
- Contrôler l'écoulement de lait de façon que l'enfant tète pendant environ 30 minutes à chaque tétée, si possible. (Lever la tasse accélère le débit, l'abaisser le ralentit.)
- Laisser l'enfant téter quand il en a envie et pas seulement quand la mère utilise la sonde.
- Laver et stériliser la sonde et la tasse après chaque usage.

Figure 5. Technique de l'écoulement de lait goutte à goutte



12.4 *La technique de l'« écoulement de lait goutte à goutte »*

Dans la technique de l'« écoulement de lait goutte à goutte » (Figure 5), la mère utilise un compte-gouttes ou une tasse afin de faire couler le lait le long de son sein pendant que l'enfant tête (61). On pourra recourir à cette technique dans le cas d'un enfant récalcitrant, afin de l'inciter à prendre le sein et à téter. En présence d'un enfant dont la prise du sein est correcte, cette technique est moins efficace, le lait qui s'écoule ne parvenant que difficilement dans sa bouche. En l'absence d'une personne pour l'aider, la mère pourra en outre éprouver certaines difficultés à appliquer cette technique qui suppose, pour plus de facilité, l'action de trois mains différentes.

Seema et al (43) expliquent de quelle façon ils sont parvenus à encourager l'enfant à se mettre à téter en recourant à la méthode du goutte à goutte puis ont continué en utilisant une sonde d'allaitement.

12.5 *Expression mécanique et manuelle du lait maternel*

S'il arrive que l'enfant rejette totalement le sein ou soit incapable de téter, la mère devra dès lors trouver un autre moyen d'exercer une stimulation sur ces seins. Exprimer son lait manuellement (Figure 6, Encadré 4) ou mécaniquement - à l'aide d'un tire-lait manuel ou électrique (13) - est la solution couramment utilisée.

Exprimer son lait est particulièrement important pour la mère dont l'enfant est malade, possède un faible poids de naissance ou est né prématurément, ceci lui permettant de mettre en route sa production lactée avant que son enfant ne soit en mesure de prendre le sein. Les mères adoptives et parfois celles qui relactent pour leur enfant biologique jugent bon de masser légèrement leurs seins ou de les effleurer à l'aide d'un peigne avant que ne débute la tétée. Il conviendrait d'exprimer son lait 8 à 12 fois par jour, afin d'approcher la fréquence moyenne souhaitable des tétées dans les premiers jours de la lactation. Si cette technique a rencontré des échecs par le passé, la raison partielle en était vraisemblablement de n'avoir conseillé à l'époque qu'une stimulation espacée des seins. La stimulation à elle seule contribue à une montée de lait au bout de une à six semaines. L'expérience clinique suggère que plus la stimulation est fréquente, plus la montée de lait se produit rapidement.

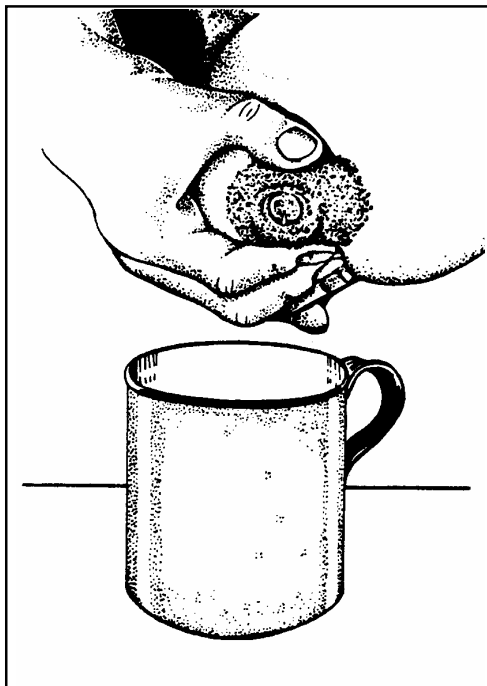
Si physiologiquement, il s'agit-là d'une chose implicite, l'étude scientifique n'en a pas été encore réalisée.

Le choix des mères diffère quant à privilégier une expression manuelle ou mécanique de leur lait (38). Là où il n'est pas possible de se procurer un tire-lait et dans des situations où le nettoyage de l'appareil n'est pas aisé, les mères optent généralement avec succès pour une expression manuelle, et peut-être n'est-il donc pas nécessaire de recommander l'utilisation de tire-lait. Quoiqu'il en soit, aucune de ces méthodes ne devrait se substituer à la succion exercée par l'enfant, lorsque les circonstances la rendent possible.

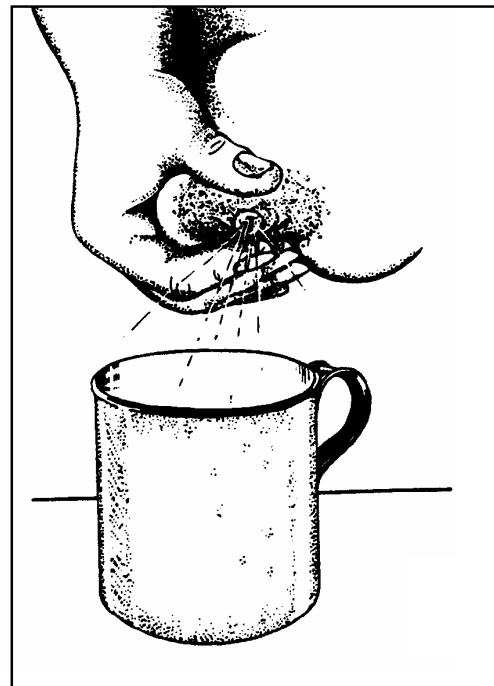
Certains auteurs suggèrent de prolonger la stimulation manuelle ou mécanique des seins, quand bien même l'enfant a lui commencé à téter. Toutefois, les mères qui relactent estiment que le temps nécessaire à la tétée est suffisamment long et peu nombreuses sont celles qui poursuivent toute forme complémentaire de stimulation de leurs seins.

Figure 6. Expression manuelle du lait

a. Placer l'aréole entre le pouce et l'index et presser vers la cage thoracique.



b. Tenir le sein entre le pouce et l'index et appuyer derrière l'aréole.



Encadré 4. EXPRESSION MANUELLE DU LAIT

La technique est similaire, qu'il s'agisse de stimuler la production de lait avant de relacter ou d'exprimer son lait afin de nourrir son enfant ou d'entretenir la lactation.

Apprendre à la mère à exprimer elle-même le lait. Ne pas le faire à sa place. Ne la toucher que pour lui montrer la marche à suivre et être délicat. Lui apprendre à :

- Se laver soigneusement les mains.
- S'asseoir ou se tenir debout confortablement et, si le lait s'écoule, tenir un récipient propre près du sein afin de le recueillir.
- Placer le pouce et l'index de part et d'autre de l'aréole, au-dessus du mamelon (Fig. 6a).
- Presser le sein entre le pouce et l'index, légèrement vers la cage thoracique.
- Comprimer puis relâcher le sein entre le pouce et l'index (Fig. 6b).
- Continuer de comprimer et de relâcher le sein sur toute sa périphérie, afin d'être sûr d'en avoir stimulé toutes les régions.
- Éviter de frotter ou de faire glisser les doigts sur la peau, tout autant que de pincer les mamelons - ceci risquant d'entraîner des douleurs au niveau du sein et du mamelon.
- Continuer à exprimer le lait durant au moins 4 minutes, puis passer à l'autre sein.
- Répéter l'opération à plusieurs reprises durant au moins 20 à 30 minutes.
- Renouveler le processus plusieurs fois par jour, jusqu'à 8 fois et plus en 24 heures, quand bien même la montée de lait tarderait à se produire.

Cette technique entraîne en général l'apparition du lait au bout d'une semaine, mais parfois plus tard.

12.6 Contact peau à peau

S'adressant à la mère, la conseillère en allaitement devrait mettre l'accent sur l'importance pour elle et son enfant de rester aux côtés l'un de l'autre, de dormir ensemble, et de multiplier les contacts peau à peau. Les groupes de soutien entre mères soulignent l'incidence favorable du contact tactile sur de nombreuses difficultés rencontrées au moment d'allaiter ainsi que sur la production lactée qu'il contribue vraisemblablement à augmenter (59). Il arrive fréquemment que des enfants n'ayant jamais tété, ou ayant rejeté le sein en un premier temps, têtent spontanément après qu'un contact peau à peau a été établi avec leur mère, sans que ne soit précipitée la prise du sein. On attribue une incidence identique à d'autres formes de contacts étroits que la mère pratique à l'égard de son enfant, notamment le baigner en sa compagnie (65), le promener et le bercer en même temps qu'elle lui offre le sein. Certaines mères considèrent opportun d'utiliser un porte-bébé muni de sangles.

Tenu au contact de la peau de sa mère immédiatement après la naissance, le nouveau-né trouvera plus facilement le sein et sa première tétée se produira spontanément (62). L'explication à cela tient peut-être au sens de l'odorat et à son importance dans la recherche du mamelon (63). Lorsqu'un contact tactile se produit avec ce dernier, c'est le comportement de la mère qui peut en être modifié, la réponse neuro-endocrinienne (64) stimulée, et la sécrétion de prolactine accrue. Lorsque des nourrissons de faible poids de

naissance sont placés au contact tactile de leur mère, la production lactée augmente (59), favorisant ainsi la poursuite de l'allaitement sur une plus longue période (58).

12.7 *Suppléments nutritionnels donnés à l'enfant*

Tout au long de la période durant laquelle la mère rétablit sa production lactée, il est primordial de s'assurer que son enfant reçoit une alimentation adéquate. Lorsque l'on dispose de lait maternel exprimé, celui-ci constitue généralement la meilleure alternative. S'il s'avère nécessaire de recourir à un substitut du lait maternel, il devra répondre aux besoins nutritionnels de l'enfant et l'on choisira par exemple un lait artificiel proposé dans le commerce ou une préparation confectionnée au domicile à base de lait animal frais ou pasteurisé. Il convient de respecter des conditions d'hygiène strictes durant la préparation, d'effectuer un dosage correct et d'offrir une quantité qui convienne. Les laits artificiels proposés dans le commerce seront préparés ainsi que mentionné sur leur contenant. Le lait de vache, si utilisé, sera lui additionné de 50 ml d'eau pour 100 ml de lait, et d'une cuillerée à thé (5 g) de sucre afin d'obtenir une quantité de 150 ml prévue pour le repas. Les boissons telles que les jus de fruit et les infusions ou les bouillies à base de céréales ne sont pas appropriées.

Si l'enfant refuse de téter le sein qui ne produit pas encore de lait, on pourra utiliser une sonde d'allaitement (chapitre 12.3) afin de lui donner le supplément nutritionnel ; mais s'il manifeste au contraire son désir de téter, le supplément sera alors offert séparément. Dans de telles circonstances, utiliser une tasse pour le nourrir (54) est progressivement considéré comme la solution à privilégier, à condition que cela soit fait correctement (se reporter à la Figure 3 et à l'Encadré 2). Utiliser une tasse est commode tant pour nourrir des enfants de faible poids de naissance que pour ceux dont le poids est plus élevé. Si la mère le souhaite, elle pourra faire usage d'une cuillère mais contrôlera dès lors que les quantités données sont suffisantes. On évitera d'utiliser biberons et sucettes (7) et la mère offrira son sein dès que son enfant manifestera une volonté déterminée de téter. Au départ, la quantité de supplément nutritionnel à donner à l'enfant est proportionnelle à son poids, soit 150 ml par kg de poids corporel par jour, le total étant divisé en huit repas ou plus. En présence d'une production lactée allant croissante, la consommation de suppléments nutritionnels sera révisée à la baisse (chapitre 16). Le poids de l'enfant sera contrôlé régulièrement afin de déterminer si son alimentation est appropriée et s'il se développe correctement (chapitre 15).

12.8 *Récapitulatif des mesures essentielles inhérentes à la pratique de l'allaitement et favorisant la relactation*

S'appuyant sur l'expérience pratique des professionnels de soins de santé et des associations non professionnelles de soutien à l'allaitement, qu'étaye notre compréhension des principes physiologiques, on recommande actuellement d'agir comme suit :

- Conseiller la mère : appréhender la situation, informer, motiver, fournir un soutien au long cours
- Expliquer aux proches (parents et amis) de quelle manière ils peuvent aider la mère
- Proposer son aide en présence de problèmes d'ordre physique chez la mère ou l'enfant (traiter une affection, donner des conseils avisés lorsque des problèmes anatomiques sont constatés)
- Aider la mère à écarter tout facteur nuisible à la production lactée ou à la succion

- Encourager un contact étroit entre la mère et son enfant, notamment par la multiplication des contacts peau à peau
- S'assurer que seins et mamelons sont suffisamment stimulés
- S'assurer que l'enfant prend correctement le sein de sa mère, exerçant ainsi une succion efficace et ne risquant pas de provoquer un traumatisme du mamelon
- Faire en sorte que l'enfant tète fréquemment chacun des deux seins, de jour comme de nuit : toutes les 1 à deux 2 heures dans la mesure du possible et 8 à 12 fois au moins en 24 heures, en tétant 15 minutes minimum chacun des deux seins
- En présence d'un enfant qui rejette le sein, recourir à la technique de l'écoulement de lait goutte à goutte et/ou à une sonde d'allaitement afin de l'inciter à téter
- Stimuler les seins par une expression manuelle ou mécanique jusqu'à ce que l'enfant manifeste son désir de téter et en soit capable
- Utiliser une tasse pour donner des suppléments nutritionnels à l'enfant, en évitant de recourir au biberon et à la sucette
- Contrôler le poids de l'enfant.

Dans de nombreuses situations, la mise en route de la production lactée se suffit des techniques énumérées ci-dessus.

13. Mesures pharmacologiques

13.1 *Lactogogues*

Si tous les moyens physiologiques décrits plus haut sont restés sans résultat et que la montée de lait ne se produit pas ou que l'enfant ne prend pas de poids, on pourra dès lors envisager de recourir à une méthode pharmacologique. On appelle *lactogogues* (ou *galactogogues*) les médicaments qui stimulent la sécrétion lactée. Il arrive que le terme lactogogue soit en outre usité pour faire référence à des préparations élaborées à base de plantes censées accroître la production lactée ; qu'un effet pharmacologique leur soit attribué ou non. On soulignera que si certains médicaments contribuent à accroître l'effet de la stimulation exercée sur le sein, ceux-ci n'agissent pas néanmoins de manière indépendante. En conséquence et quand bien même des médicaments seraient utilisés, une stimulation complète des seins s'avère nécessaire.

Les médicaments utilisés sont les suivants :

- *Préparations hormonales* qui ont pour effet de simuler la grossesse et contribuent à déclencher la lactation provoquée.
- *Médicaments qui accentuent l'éjection de prolactine* :
 - chlorpromazine
 - métoclopramide

Certaines publications font état de l'utilisation d'autres médicaments sur lesquels ne s'attarde pas le présent document :

- *Sulpiride*, apparenté à la métoclopramide, est utilisé dans un certain nombre de pays mais n'est ni disponible ni recommandé dans d'autres. Des quantités significatives de ce médicament passent dans le lait maternel, accompagnées de possibles effets nocifs sur l'enfant.
- Il a été démontré que l'*Hormone thyroïdienne accélétratrice du métabolisme* accentuait elle aussi l'éjection de prolactine et certaines études menées dans des hôpitaux en ont évalué l'utilisation (66), y compris comme test du mécanisme de la

prolactine (31) ; il est cependant vraisemblable qu'une utilisation répétée n'est pas appropriée.

- Par le passé, on recourait parfois à l'*ocytocine administrée sous forme de pulvérisations nasales* afin d'augmenter sa production lactée, mais une telle utilisation n'est plus répandue actuellement. Une étude a montré que l'administration d'ocytocine à quatre mères d'enfants prématurés, avant que celles-ci n'expriment manuellement leur lait, avait eu pour effet de multiplier par 3 à 5 le volume de lait exprimé, en comparaison de quatre autres mères à qui l'on avait administré un placebo (79). L'effet escompté de l'ocytocine est de favoriser le processus durant lequel le lait est extrait, non pas d'agir sur la sécrétion de lait elle-même. Il est vraisemblable qu'extraire son lait avec plus d'efficacité contribue indirectement à une augmentation du volume sécrété, dès lors que l'éjection de lait est déjà déclenchée ; il est par contre peu probable qu'une incidence existe sur la mise en route ou le rétablissement de la production lactée.

13.2 Préparations hormonales

Des préparations d'œstrogènes de synthèse, de progestérone ou de contraceptifs hormonaux, tant orales qu'injectables, sont parfois prescrites - dans la plupart des cas auprès de mères adoptives n'ayant jamais vécu de grossesse - afin de provoquer la lactation (39, 67, 68). Ces préparations visent à imiter les changements hormonaux qui surviennent durant la grossesse et à stimuler le développement des seins et la croissance des alvéoles sécrétoires. La production de lait est supposée se mettre en route quelques jours après interruption de la prise d'hormones, afin que ce moment précis coïncide avec l'arrivée de l'enfant adoptif. Aucune enquête de contrôle n'a encore été répertoriée, et à ce jour, il n'est pas de méthode spécifique qui puisse être recommandée en la matière.

Un traitement hormonal est parfois prescrit en association avec la prise de médicaments stimulant la sécrétion de prolactine. Les préparations hormonales sont administrées avant que ne commencent les tétées. Leur prise est ensuite interrompue, tout comme la stimulation mécanique des seins, peu de temps avant l'arrivée de l'enfant adoptif. Chlorpromazine ou métoclopramide sont elles administrées lorsque les tétées ont débuté. Une étude décrivant le cas de 12 femmes qui n'avaient jamais produit de lait auparavant rend compte d'une lactation réussie au bout de 5 à 13 jours chez 11 d'entre elles (39). Il n'est pas fait état d'études témoin.

13.3 Chlorpromazine

La galactorrhée (écoulement spontané de lait) constitue un effet secondaire connu de prises répétées de chlorpromazine (1 000 mg ou plus quotidiennement) prescrite dans le traitement de patientes atteintes de troubles mentaux (27). Dans une étude menée en Ouganda auprès de cliniques pratiquant la relactation, Jelliffe a utilisé des doses modérées de chlorpromazine (50 mg, trois fois par jour pendant sept jours) en complément de la tétée (30). Au début des années 70, Brown (27, 28) a prescrit de la chlorpromazine en complément de la tétée afin de faciliter une lactation provoquée chez des femmes qui allaitaient des orphelins dans des camps de réfugiés en Inde et au Viet Nam.. La chlorpromazine était administrée à raison de 25 à 100 mg trois fois par jour pendant sept à dix jours afin de faciliter le processus de lactation chez des femmes qui n'avaient jamais produit de lait auparavant et qui allaitaient un enfant ou plus. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, on a prescrit de la chlorpromazine (à raison de 25 mg quatre fois par jour) à des femmes qui venaient d'accoucher et à d'autres pour qui ce n'était pas le cas afin de leur permettre d'allaiter des enfants adoptés ou placés en nourrice (39). Ces études n'ont pas été soumises à contrôle et les résultats obtenus sont variables. On note cependant que la plupart

des femmes concernées ont réussi à produire du lait au bout de 5 à 10 jours, plus de la moitié d'entre elles parvenant à pratiquer un allaitement total.

13.4 *Métoclopramide*

Utilisé chez l'adulte, la métoclopramide possède une action antiémétique. Chez l'enfant, elle est utilisée dans le traitement du reflux gastro-œsophagien. Il a été démontré que son utilisation entraînait une augmentation de la sécrétion de prolactine (69, 78) et des études menées en 1975 ont établi qu'elle contribuait à accroître l'écoulement de lait (70, 71). De petites quantités sont sécrétées dans le lait maternel mais dans des proportions largement inférieures aux doses utilisées dans le traitement des enfants présentant un reflux gastro-œsophagien. Il n'a été observé aucun effet indésirable chez les enfants dont les mères étaient traitées à l'aide de métoclopramide aux doses recommandées (à savoir 10 mg, trois fois par jour, pendant 7 à 14 jours) et l'on considère en conséquence que son utilisation ne présente pas de danger, à cette condition préalable.

Trois enquêtes de contrôle ont évalué les effets qu'entraînait la prise de métoclopramide sur l'augmentation de la production lactée. Dans une étude menée en 1981 (72) et contrôlée par placebo, Kauppila et al se sont penchés sur le cas de 37 femmes dont la production lactée était restée insuffisante dans les 13 à 110 jours qui avaient suivi leur accouchement. Ils ont constaté que l'administration quotidienne de 30 à 45 mg de métoclopramide entraînait une augmentation d'environ 200 à 300 ml par jour de la production de lait maternel. Plus faiblement dosée, à raison de 5 mg, trois fois par jour, elle n'entraînait aucun résultat. En 1980, étudiant le cas de 20 femmes qui avaient subi une césarienne lors de leur accouchement et utilisant de la métoclopramide dans le traitement de 10 d'entre elles durant sept jours, Lewis et al (75) n'ont toutefois pas pu établir de différence entre les deux groupes considérés ; la réussite de la relactation, dans un cas comme dans l'autre reposant vraisemblablement plus sur une conduite correcte de l'allaitement et sur un soutien approprié. Plus récemment, en 1991, Ertl et al (74) se sont livrés à une comparaison entre deux groupes de femmes, les 11 premières utilisant de la métoclopramide à raison de 10 mg, trois fois par jour immédiatement après leur accouchement, un placebo étant administré au groupe témoin des 11 autres. Au jour 5, la production de lait maternel était significativement plus élevée dans le premier groupe que dans le second.

D'autres rapports, nombreux, rendent compte d'une augmentation de la production de lait maternel à la suite de la prise de métoclopramide (45, 46) mais les études en question n'ont pas été soumises à un contrôle et les mères concernées avaient par ailleurs bénéficié de conseils liés à l'allaitement. En 1985, Gupta et Gupta (44), se penchant sur le cas de 32 femmes dont la production de lait était insuffisante, ont constaté que la prise de métoclopramide avait entraîné des résultats au bout de 2 à 5 jours chez 28 d'entre elles. En 1986, Ehrenkranz et Ackerman (73) ont observé une augmentation du volume de lait exprimé après sept jours de traitement chez 23 mères d'enfants prématurés dont la production lactée tendait auparavant à diminuer. En 1993, Budd et al (76) décrivent le cas d'un enfant ne se développant pas correctement quoiqu'allaité. Après traitement à base de métoclopramide, constatation était faite d'une augmentation de la prolactine sérique et de la production lactée de la mère, l'enfant prenant lui du poids et un allaitement exclusif étant rendu possible.

Il est des cas où la prise de métoclopramide est prescrite au moment de relacter ou lorsqu'une lactation provoquée est envisagée (27, 39, 44, 45, 46). Son utilisation ne garantit toutefois pas une réussite systématique. Banapurmath (41), ayant prescrit de la métoclopramide à raison de 10 mg, trois fois par jour durant 10 à 15 jours auprès de 10

mères adoptives qui avaient toutes allaité par le passé, a constaté que 5 d'entre elles seulement étaient parvenues à produire du lait. Les mêmes auteurs, se livrant à une autre étude (42) auprès de 15 mères (13 mères biologiques et 2 adoptives) ont montré que toutes étaient parvenues à déclencher une lactation à l'aide de méthodes physiologiques, sans association de médicaments. Abejide et al ont pu aider 6 mères à relacter avec succès sans recourir à aucun traitement médicamenteux. Seema et al, choisissant au hasard parmi 50 mères relactantes 25 d'entre elles, leur ont prescrit de la métoclopramide à raison de 10 mg trois fois par jour durant 10 jours. Soutien, encouragement et assistance de personnes qualifiées étaient prodigués dans le même temps auprès des 50 mères concernées et de leur enfant afin d'assurer une prise correcte du sein. L'ensemble des mères parvint à relacter, sans que des différences significatives ne soient relevées entre les deux groupes dans les résultats obtenus. Seema et al en ont conclu qu'à condition de pouvoir bénéficier d'une aide adaptée de la part d'un agent de santé, le recours à un lactogogue ne s'avérait pas nécessaire.

En conclusion et s'il paraît vraisemblable que la métoclopramide ainsi que d'autres médicaments contribuent à accroître une production lactée qui tendait à régresser, leur utilité après interruption complète de l'allaitement est elle incertaine. Pour autant que l'on dispose de l'aide d'un agent de santé qualifié, il est vraisemblable que la relactation peut se passer de l'utilisation de préparations pharmacologiques, dont la prise répétée est par ailleurs déconseillée (77, 78) pour les raisons qui suivent :

- Faute d'un nombre suffisant d'essais cliniques contrôlés par l'usage de placebos et d'études comparatives avec des méthodes physiologiques satisfaisantes, leur efficacité n'a pu être fermement démontrée.
- Elles peuvent entraîner des effets secondaires chez la mère, notamment des troubles gastro-intestinaux et neurologiques.
- Un phénomène de dépendance les concernant est susceptible de s'opérer chez les mères et les agents de santé ; ceux-ci étant dès lors incapables d'envisager une lactation réussie sans recours à des médicaments.
- Les conseils liés à l'allaitement et le soutien prodigués à la mère risquent d'être négligés.
- Lorsque la prise du médicament est interrompue et si la mère ne reçoit pas alors un soutien adapté, la production de lait risque de décroître.

Seul un échec dans la mise en route de la relactation, après recours à des méthodes physiologiques adaptées durant deux semaines au moins, peut justifier la prise d'un médicament. Si une médication est conseillée, on privilégiera l'utilisation de métoclopramide, à raison de 10 mg trois fois par jour durant une à deux semaines (77, 78). La prise du médicament sera interrompue au bout de deux semaines maximum, voire plus tôt si la lactation est établie et l'on s'assurera que la poursuite de l'allaitement se déroule correctement, afin que soit maintenue la production lactée.

13.5 *Galactogogues naturels*

Il arrive que les mères relactantes utilisent des galactogogues naturels, tels que levure de bière, infusions et boissons chaudes à base de céréales. Certains ont l'aspect de préparations lactées. Malgré l'existence de nombreux témoignages attestant de leur efficacité, peu nombreux sont ceux dont les effets ont été évalués scientifiquement. Cependant et si des vertus sont attribuées aux boissons traditionnelles par la mère ou son entourage, en consommer pourra avoir une incidence psychologique bénéfique sur celle-ci.

On conseille parfois de consommer de l'alcool, en particulier de la bière, afin d'augmenter sa production lactée. Il a toutefois été établi dans une récente étude de contrôle (80) que la consommation d'alcool entraînait une diminution de la quantité de lait absorbée par l'enfant lors de la tétée suivante. Démonstration a été faite d'un accroissement des taux de prolactine lorsque de la bière était consommée, mais selon toute vraisemblance, des substances étrangères à l'alcool contenu dans cette boisson en seraient responsables (81). On cite aussi parfois l'ail pour ses vertus. Contrôlée par la prise d'un placebo afin d'établir une comparaison, l'ingestion d'une gélule alliagée par une mère a eu pour effet de prolonger la durée des tétées (82). Une consommation répétée d'ail n'a par contre plus entraîné de différence.

14. Recommandations destinées aux mères biologiques ou adoptives

14.1 Les aliments

On estime qu'il est nécessaire à la mère de s'alimenter correctement afin de pouvoir allaiter dans les meilleures conditions. Les recherches effectuées n'ont toutefois pas été en mesure d'établir qu'une consommation supplémentaire d'aliments chez des mères dont l'équilibre nutritionnel était satisfaisant possédait une influence sur les quantités de lait produites. Il est néanmoins probable que ce phénomène se vérifie chez les mères malnutries (83, 89). Quoiqu'il en soit, tant les professionnels de santé (28, 40, 46) que les mères possédant une expérience de la relactation ou de la lactation provoquée recommandent une alimentation équilibrée. Ceci revêt une importance toute particulière dans le cas des mères adoptives à qui l'absence de grossesse n'a pas permis de développer une couche adipeuse supplémentaire, dont le corps d'une femme enceinte se recouvre lorsque celle-ci s'alimente correctement (28).

Il conviendrait de fournir aux femmes qui ne s'alimentent pas suffisamment des conseils d'ordre nutritionnel visant à préserver leur santé et à favoriser la lactation. Collations et boissons nourrissantes possèdent un intérêt tant diététique que psychologique et augmentent par ailleurs les ressources énergétiques de la mère, qui éprouve dès lors plus de facilité à allaiter et à s'occuper de son enfant. Il importe toutefois d'éviter toute suggestion, selon laquelle la relactation, plus que la lactation courante, devrait être associée à une alimentation particulière. Un apport nutritionnel journalier de 500 kcal durant la lactation est recommandé aux mères à qui l'on donne des suppléments d'aliments.

14.2 Les liquides

Par le passé, on conseillait aux mères d'absorber de plus grandes quantités de liquides afin de produire davantage de lait, mais il n'a pas été démontré que boire, plus que le corps ne le réclame, possédait un quelconque effet. Absorber des quantités excessives de liquides, beaucoup plus qu'il n'est nécessaire pour étancher sa soif serait même susceptible d'entraver la sécrétion lactée (84). Il a été remarqué qu'allaiter donne soif, et pour autant qu'elles soient en mesure d'étancher cette soif, les mères absorberont suffisamment de liquide pour remplacer les quantités sécrétées dans le lait maternel. Auerbach et Avery ont constaté que les quantités de liquide absorbées durant la relactation variaient d'une femme à l'autre, mais ont écarté toute association entre l'absorption de liquides et la production lactée.

14.3 Le repos

On recommande souvent du repos aux mères qui souhaitent accroître leur production lactée (30, 46). Peu nombreuses sont les preuves qui attestent d'une incidence particulière, quoique la sécrétion de prolactine soit plus élevée au moment des tétées données la nuit. Les plus grands bienfaits du repos résident probablement dans la disponibilité qu'éprouve la mère à l'égard de son enfant, et dans la possibilité d'allaiter fréquemment. Lui conseiller de se reposer trouve en cela de l'intérêt, mais considérer que s'allonger en permanence présente un caractère essentiel pour relacter est une erreur. Informer parents et amis de la nécessité pour la mère de prendre du repos peut être utile afin de les encourager à l'aider et à la soulager des diverses tâches qui lui incombent d'ordinaire et lui permettre ainsi d'allaiter son enfant aussi souvent que possible. Ils doivent comprendre qu'il ne s'agit pas là de paresse.

14.4 *Les congés*

Les femmes qui travaillent à l'extérieur sont plus que d'autres concernées par le risque de voir leur production lactée diminuer lorsqu'allaiter aussi souvent que nécessaire ne leur est pas possible. Il arrive que leurs enfants développent une intolérance aux aliments artificiels et tombent malades, ou qu'ils refusent de téter lorsque leur mère est à la maison. Il leur est en outre plus difficile de répondre aux besoins de leur enfant lorsqu'il est question de relactation.

Dans la mesure du possible, elles devraient pouvoir obtenir un congé maladie d'une durée de 1 à 2 semaines afin de rétablir leur production lactée. Si cela n'est pas envisageable, elles pourront recourir aux méthodes décrites plus haut, s'y astreindre de manière intensive durant un week-end ainsi que la nuit tout au long de la semaine. L'enfant sera nourri à la tasse en l'absence de sa mère, et sur son lieu de travail, celle-ci exprimera son lait aussi souvent que possible afin de continuer à stimuler la sécrétion lactée.

14.5 *Une protection contre tout acte de brutalité*

Les mères que menacent des actes de brutalité peuvent avoir besoin d'assistance afin d'être disponibles pour répondre aux besoins de leur enfant. Face à des situations extrêmes et lorsqu'il est conseillé à ces mères de relacter pour leur enfant biologique ou adoptif, mettre à leur disposition un espace d'accueil pourra s'avérer nécessaire, leur permettant ainsi de côtoyer d'autres mères allaitantes, de s'entraider et de se soutenir mutuellement.

15. Contrôler les quantités de lait absorbées par l'enfant

15.1 *Contrôle du gain de poids de l'enfant*

Peser régulièrement l'enfant constitue la manière la plus fiable de s'assurer que les quantités de lait absorbées sont suffisantes. Il importe de s'assurer qu'il se développe de manière satisfaisante durant une semaine, voire plus longtemps. Certains enfants sont capables de se priver volontairement de nourriture, sans paraître contrariés de ne pas prendre de poids.

Peser son enfant une fois par semaine constitue dans la plupart des cas une fréquence convenable. Le « test du poids » avant et après la tétée ou le contrôle du poids plus d'une fois par semaine ne sont pas utiles dans le cas d'enfants nés à terme ; ils contribuent en outre à amplifier l'anxiété de la mère. On a toutefois constaté qu'en présence d'enfants prématurés, un contrôle de poids plus fréquent avait pour effet de rassurer les mères et de renforcer leur confiance en elles.

Le contrôle du poids d'un enfant de moins de 9 mois devrait donner confirmation d'un gain pondéral d'au moins 125 g par semaine ou 500 g par mois, au delà des dix jours qui suivent la naissance. Lorsqu'un enfant est allaité exclusivement, ces signes suffisent à indiquer que la mère produit assez de lait.

Les parents attentifs constateront par ailleurs que leur enfant « forcé » ou que ses vêtements sont trop petits, ceci constituant un signe supplémentaire de gain de poids.

15.2 *Sensations de modifications lorsqu'est établie la lactation*

La mère est susceptible de constater des modifications au niveau de ses seins, lesquels donnent l'impression d'être plus volumineux, plus tendus, du lait s'écoule ou il est possible de l'exprimer. Le signe majeur d'une production lactée en augmentation réside dans une moindre consommation de suppléments par l'enfant qui continue tout de même à prendre du poids. Si la mère utilise un système de supplémentation au moment des tétées, ou si elle allaite et donne ensuite des suppléments à son enfant, il lui sera aisé de déterminer les quantités consommées. Sachant cependant qu'un enfant consomme rarement les mêmes quantités de suppléments d'un jour à l'autre, cette technique ne s'avère pas totalement fiable sur une courte période de temps. On citera par exemple le cas d'un enfant qui, au cours d'une soudaine crise de croissance, réclame des quantités accrues de suppléments durant quelques jours. Il reste néanmoins qu'une évaluation précise peut être envisagée sur une plus longue période de temps.

15.3 *Urines et selles*

Au quotidien, celles-ci peuvent donner des indications utiles sur les quantités de lait absorbées. Des urines fréquentes (6 couches mouillées ou plus par jour, avec une urine claire et limpide) indiquent l'absorption d'une quantité de liquide suffisante. Durant les quelques quatre premières semaines de vie, la plupart des enfants émettent des selles de couleur brun-jaune, plusieurs fois par jour (56). Au delà de ce premier mois, la fréquence des selles diminue jusqu'à une fois par jour, voire plus espacée encore, à savoir une fois tous les 7 à 10 jours. Les selles en seront proportionnellement plus abondantes. Leur consistance et leur couleur évoluent dès lors que d'autres aliments sont donnés à l'enfant, environ au milieu de sa première année de vie. Les enfants à qui l'on donne des aliments de supplément artificiels émettent des selles plus dures et plus volumineuses. Au fur et à mesure que sa production lactée augmente, la mère peut constater des changements, les selles de son enfant devenant plus molles, semblables à celles d'un enfant allaité.

15.4 *Vitalité*

La vitalité que manifeste un enfant est parfois aussi le signe d'une absorption de lait suffisante. Un enfant qui se réveille spontanément toutes les 2 à 3 heures et demande à téter, qui tète vigoureusement et conserve suffisamment d'entrain pour multiplier les échanges avec son entourage, est selon toute vraisemblance suffisamment nourri. Dans le cas contraire, il donnera l'impression d'être très calme et ne réclamera pas à téter, faute d'une vitalité suffisante pour manifester sa faim.

15.5 *Evaluation de la production lactée*

Dès lors que la production lactée est mise en route, déterminer la proportion de lait maternel consommée par l'enfant est nécessaire. Une méthode d'évaluation approximative consiste à effectuer une soustraction, ainsi que décrit ci-dessous :

1. Apprécier les besoins nutritionnels globaux de l'enfant en fonction de son poids
2. Déduire la quantité de suppléments consommés.

La différence obtenue correspond approximativement à la quantité de lait maternel absorbée, et en conséquence à celle que produit la mère.

16. **Moindre consommation de suppléments**

16.1 *Les besoins en suppléments*

La priorité commune à tous les enfants consiste à leur assurer une consommation suffisante des nutriments nécessaires à un bon développement de leur cerveau et de leur corps. Les mères qui relactent ou qui sont concernées par une lactation provoquée doivent avoir l'assurance que leur enfant continue à se développer correctement durant tout le processus de mise en route de l'allaitement. Continuer à donner des suppléments dans des quantités plus importantes ou pour une période de temps plus longue que ce que l'on considère généralement nécessaire semble préférable à une diminution trop conséquente ou trop brusque.

Dans un premier temps, la mère devrait donner à son enfant la ration totale de suppléments correspondant au poids de celui-ci (150 ml d'un substitut complet du lait maternel par kg de poids corporel, quotidiennement), soit à l'aide d'une sonde d'allaitement, d'une tasse, ou d'une cuillère. Dès que la sécrétion lactée augmente, la ration de suppléments peut être réduite, en général approximativement de 50 ml par jour, à quelques jours d'intervalle.

16.2 *Manière de réduire la consommation de suppléments*

Il arrive que des enfants manifestent un moindre besoin de suppléments en les rejetant ou en refusant de téter le second sein de leur mère. Cette observation est aisée lorsque l'on utilise une sonde d'allaitement.

Dans d'autres cas, la mère devra prendre l'initiative d'en réduire la consommation, et déterminer dans quelle quantité : suffisamment - de telle sorte que son enfant manifeste davantage d'empressement à l'égard de la tétée, et/ou tète plus longtemps et plus fréquemment - mais sans exagération, au risque de le priver ou de le rendre apathique et incapable de se nourrir correctement.

Une manière opportune de réduire la consommation de suppléments consiste à :

- Réduire la ration totale de suppléments données en 24 heures de 50 ml.
- Répartir éventuellement cette diminution de 50 ml au cours de plusieurs repas : on diminuera par exemple 5 rations de suppléments de 10 ml chacune, ou bien encore on prélèvera 25 ml de suppléments lors de 2 repas.
- Continuer à prélever la même quantité de suppléments durant quelques jours.
- Si l'enfant manifeste par son comportement qu'il est suffisamment nourri et si son poids a augmenté de 125 g ou plus au terme d'une semaine, la ration de suppléments sera à nouveau diminuée, dans les mêmes proportions.

- En présence d'un enfant qui manifeste sa faim ou qui n'a pas pris de poids au terme d'une semaine, ne pas réduire la ration de suppléments - la lui donner en quantité équivalente une semaine encore.
- Si l'enfant persiste à manifester sa faim ou que son poids est resté identique au terme d'une seconde semaine, augmenter la ration de suppléments pour revenir à la quantité donnée au départ.

Il est possible de procéder de diverses manières lorsqu'il s'agit de donner des suppléments à son enfant, et des conseils devraient être dispensés aux mères afin que chacune choisisse celle lui paraissant la plus opportune. Nombre d'entre elles choisiront de n'en donner qu'au moment de certains repas. Une méthode courante consiste à allaiter tôt dans la matinée et durant la nuit, lorsque les seins produisent le plus de lait, et à adjoindre des suppléments uniquement lors des repas de fin de journée. Une autre méthode fréquemment utilisée consiste à donner des suppléments en alternance, un repas sur deux. Il arrive que la consommation de suppléments dure jusqu'à introduction d'aliments solides.

17. Conclusion

Les études effectuées au sujet de la relactation se distinguent les unes des autres par leur ampleur, les méthodes employées, et le contexte culturel dans lequel elles ont été menées. Les chercheurs se sont principalement focalisés sur les résultats de la relactation à court terme et sur les facteurs déterminants dans le succès de ce processus. Lorsqu'un suivi a pu être assuré auprès des enfants dont les mères avaient relacté, constatation a été faite à leur sujet d'une croissance normale. On note cependant que le suivi en question n'a généralement pu être poursuivi au delà de 4 mois environ. Une fois atteint l'âge de 4 mois, une alimentation complémentaire était censée être introduite en complément de l'allaitement. Continuer à allaiter, ainsi que recommandé, paraît néanmoins particulièrement important dans le cas de ces enfants qui durant l'intervalle sans allaitement auront pu souffrir de certaines affections et connaître une croissance ralentie.

Il est possible de tirer quelques conclusions précises et importantes :

- Allaiter est réalisable pour la quasi-totalité des femmes dès lors que celles-ci sont suffisamment motivée et soutenues. L'âge, le nombre d'enfants, une expérience préalable de l'allaitement, ainsi que l'intervalle sans allaitement sont des facteurs de moindre importance.
- Quelle que soit leur approche, les études menées dans ce domaine montrent que les mères, dans leur majorité, sont capables de produire du lait, la sécrétion lactée survenant généralement au bout d'une semaine. La moitié environ des mères qui relactent sont en mesure d'allaiter leur enfant exclusivement au bout de un mois. Les mères qui relactent pour leur propre enfant parviennent en général à allaiter exclusivement plus fréquemment que les mères adoptives.

Facteurs essentiels au succès de la relactation :

- Motivation suffisante de la mère biologique ou adoptive, éducation et soutien à son intention. Protéger la santé de son enfant et lui assurer une alimentation équilibrée sont deux éléments susceptibles de sensibiliser la mère, tout autant que la possibilité de développer une relation affective étroite à son égard.

- Tétées fréquentes, de jour comme de nuit. De nombreux enfants manifestent de l'intérêt pour la tétée lorsque placés pour la première fois au sein. D'autres auront besoin d'être aidés afin de prendre le sein et de commencer à téter.
- Assistance de personnes qualifiées auprès de la mère, en particulier si l'enfant rejette le sein et doit être aidé pour parvenir à téter. Une formation devrait être dispensée à des agents de santé préalablement désignés, afin que ceux-ci soient en mesure de conseiller les mères de manière avisée.
- Encouragements et assistance auprès de la mère biologique ou adoptive de la part des agents de santé, en recourant à des techniques de conseil appropriées afin de renforcer et entretenir la confiance de la mère en elle-même. Il s'agit peut-être là d'un aspect majeur de l'intervention des agents de santé auprès de ces mères.
- Soutien de la part de la famille et des proches. L'attitude du père biologique ou adoptif de l'enfant est susceptible d'être prépondérante.
- Recours à des médicaments (lactogogues) si tous les moyens physiologiques appropriés sont restés sans résultat et que la montée de lait ne se produit pas au bout de deux semaines. Les preuves d'une efficacité totale des médicaments considérés n'ont pas été établies et leur utilisation répétée n'est pas nécessaire. Les médicaments ne devraient pas se substituer aux techniques physiologiques et à un soutien psychologique continu.

Les programmes de promotion de l'allaitement devraient avoir pour priorité de dispenser une aide et un soutien adaptés à la mère tout au long de sa grossesse et durant la période post-partum, et lui permettre ainsi d'envisager l'allaitement dans les meilleures conditions, dès la naissance de son enfant. Il reste cependant que pour des raisons inhérentes à la maladie, à un accouchement prématuré, à l'introduction précoce d'aliments de supplément ou à une mauvaise conduite de l'allaitement, certaines mères se trouvent confrontées à des difficultés et doivent dès lors être aidées pour parvenir à relacter. Lorsqu'un enfant est adopté, soit à la faveur de démarches habituelles ou dans l'urgence, la relactation ou la lactation provoquée constituent, selon toute vraisemblance, les meilleures méthodes d'alimentation, et procéder de la sorte devrait devenir une intervention de santé systématique. Il conviendrait que des agents de santé soient désignés afin de suivre une formation de conseillers en allaitement et en outre encouragés à adopter des techniques adaptées qui facilitent pour la mère le processus de relactation.

Encadré 5. AIDER UNE FEMME A REMETTRE EN ROUTE L'ALLAITEMENT

- Lui expliquer les bienfaits de l'allaitement exclusif pour son enfant, et de quelle manière augmenter sa production lactée. Souligner qu'il importe pour elle d'être patiente et persévérante.
- Renforcer sa confiance. La persuader qu'elle est en mesure de produire suffisamment de lait pour nourrir son enfant. Essayer de la voir et de lui parler fréquemment - chaque jour dans la mesure du possible.
- Veiller à ce qu'elle ait suffisamment à manger et à boire.
- Lui conseiller de se reposer davantage et d'essayer de se détendre lorsqu'elle allaite.
- Lui expliquer qu'elle devrait garder son enfant près d'elle, le tenir le plus souvent possible contre elle, et s'en occuper personnellement le plus possible. Les grands-mères ainsi que d'autres membres de la famille peuvent être utiles lorsqu'il s'agit de prendre en charge d'autres travaux, mais ils ne doivent pas se charger de l'enfant à ce stade. Plus tard, ils pourront s'en occuper à nouveau.
- Lui expliquer que ce qui importe avant tout consiste à faire téter son enfant le plus souvent possible - au moins 8-10 fois en 24 heures, et davantage s'il le souhaite. Parfois, il est plus facile de faire téter un enfant lorsqu'il a sommeil.
 - Elle peut offrir le sein toutes les deux heures.
 - Elle devrait lui permettre de téter dès qu'il en manifeste l'envie.
 - Elle devrait lui permettre de téter chaque sein plus longtemps qu'elle ne le faisait jusque-là.
 - Elle devrait le garder auprès d'elle et l'allaiter la nuit.
- Lui indiquer comment donner du lait artificiel en attendant la montée de lait, et comment diminuer leur apport à mesure qu'augmente sa production lactée.
- Lui montrer comment donner le lait artificiel à la tasse, et non au biberon. Elle ne devrait pas utiliser de tétine.
- Si son enfant refuse de téter un sein qui ne produit que peu de lait, l'aider à trouver un moyen pour donner du lait à l'enfant pendant qu'il tète. Par exemple, à l'aide d'une sonde d'allaitement, d'un compte-gouttes ou d'une seringue.
- Durant les tout premiers jours, elle doit donner la ration complète de lait artificiel correspondant au poids de l'enfant (150 ml par kg par jour) ou la même quantité qu'il a toujours eue. Dès que le lait maternel monte, elle peut commencer à réduire la ration de lait artificiel de 50 ml environ, régulièrement, au bout de quelques jours.
- Contrôler la prise de poids de l'enfant et l'émission d'urines, pour s'assurer qu'il obtient assez de lait.
 - S'il n'en obtient pas assez, ne pas réduire la ration de lait artificiel durant quelques jours.
 - Au besoin, augmenter la ration de lait artificiel pendant un jour ou deux.

Si l'enfant continue de téter par moments, la production lactée augmente en quelques jours. Si l'enfant a cessé de téter, il faut parfois 1-2 semaines, voire plus, avant que la montée de lait ne se fasse.

REFERENCES

1. Waletsky LR, Herman EC. Relactation. *Am Fam Phys* 1976; 14: 69-74.
2. Mepham TB. *Physiology of Lactation* 1987; Open University Press.
3. Mepham TB. Suckling-induced stimulation of breastmilk. *New Generation* September 1991, 31/32 (National Childbirth Trust, Alexandra House, Oldham Terrace, Acton, London W3 6NH, UK)
4. Hartmann PE. The breast and breastfeeding, Chapter 33 of *Scientific Foundations of Obstetrics and Gynaecology*, 4th Edition. Philip E, Setchell M, Ginsburg J, Butterworth&Heinemann 1991.
5. Howie PW. Breast Feeding - a New Understanding. *Midwives Chronicle and Nursing Notes* July 1985; 1-12.
6. Woolridge MW. a) The 'anatomy' of infant suckling. *Midwifery* 1986; 2: 164-171. b) Aetiology of sore nipples. *Midwifery* 1986; 2:172-176.
7. Woolridge MW. Problems of establishing lactation. *Food and Nutrition Bulletin* 1996;17(4): 316-323.
8. Glasier AS, McNeilly AS, Howie PW. The prolactin response to suckling. *Clinical Endocrinology* 1984; 21:109-116.
9. Zinaman MJ, Hughes V, Queenan JT, Labbok MH, Albertson B. Acute Prolactin and oxytocin responses and milk yield to infant suckling and artificial methods of expressing in lactating women. *Paediatrics* 1992; 89:437-440.
10. Wilde CJ, Prentice A, Peaker M. Breast-feeding: Matching supply with demand in human lactation. *Proc Nut Soc* 1995; 54: 401-6.
11. OMS et UNICEF. *Le Conseil en Allaitement : Cours de formation*. WHO/CDR/93.3-6, UNICEF/NUT/93.1-4.
12. Savage King F. *Aider les mères à Allaiter* Deuxième édition, 1996, WHO/CHD/96.8, WHO/AFRO/NUT/96.1.
13. Lang S. *Breastfeeding Special Care Babies*. Bailliere Tindail 1997.
14. *Royal College of Midwives: Successful Breastfeeding* 1991, 2nd Edition, Churchill Livingstone.
15. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: Towards a formal definition. *J Pediatr* 1995; 126 S125-9.
16. Fisher C, Inch S. Nipple confusion - who is confused? *J Pediatr* 1996; 127:174.
17. Field LE. Lactation in a Virgin Heifer, *The Cornell Veterinarian* 1958; Vol. XLVII, No. 4.
18. Cowie AT. The Milking Stimulus and Mammary Growth in the Goat. *J. Endocr.* 1968; 40: 243-252.
19. *La Ligue internationale La Leche: The Womanly Art of Breastfeeding*. 6th Edition, 1998. La Ligue internationale La Leche (LLL), P.O. Box 4079, Schaumburg, IL 60168-4079 Etats-Unis d'Amérique.
20. Hernandez MS. Breastfeeding my adopted baby. *Association of Breastfeeding Mothers newsletter* 1992; 13(9): 7-8, reprinted in *MIDIRS Midwifery Digest* 1993; 3(1):75.
21. Phillips V. (Thorley Phillips V) Non-Puerperal Lactation Among Australian Aboriginal Women, Part 1. *Nursing Mothers Association of Australia (NMA) Newsletter* 1969; 5(4), Reproduced as *NMA Research Bulletin* N° 1 1969, Part II *NMA Newsletter* 1969; 5(6) Reproduced as *NMA Research Bulletin* N° 2 1969.
22. Marieskind H. Abnormal lactation. *J Trop Paediatr* 1973; 19(2): 123-8.
23. Foss UL, Short D. Abnormal Lactation. *J Obst Gynaec Brit Empire* 1951; 58: 35
24. Ryba KA, Ryba AE. Induced lactation in nulliparous adoptive mothers. *New Zealand Medical Journal* 1984; (28 Nov. 1984)
25. Thearle MJ, Weissenberger R. Induced Lactation in Adoptive Mothers. *Aust NZ J Obstet Gynaec* 1984; 24: 283.
26. Slome C. Non-puerperal lactation in grandmothers. *Journal of Pediatrics* 1956; 9: 550-552.
27. Brown RE. Relactation with Reference to Application in Developing Countries. *Clinical Pediatrics* 1978; 17(4): 333-336.
28. Brown Roy E. Relactation: An Overview. *Pediatrics* 1977; 60(1): 116-120.
29. Jelliffe DB, Jelliffe EFP. Nonpuerperal induced lactation (letter). *Pediatrics* 1972; 50:170-171.
30. Jelliffe DB, Jelliffe EFP. *Human Milk in the Modern World*. 1978 Oxford University Press.
31. Bose CL, D'Ercole AJ, Lester AG, Hunter RS, Barrett JR. Relactation by mothers of sick and premature infants. *Pediatrics* 1981; 67: 565-569.
32. Newton M. Breastfeeding by an adoptive mother. *JAMA* 1970; 212(11): 1967.
33. Cohen R. Breastfeeding Without Pregnancy. (Letter), *Pediatrics* 1971; 48: 996-997.
34. Thullen JD. Management of hypernatremic dehydration due to insufficient lactation. *Clinical Pediatrics* 1988; 27(8):370-372.

35. Thompson NM. Relactation in a newborn intensive care setting. *J Human Lactation* 1996; 12(3): 233-235.
36. Auerbach KG, Avery JL. Relactation: A study of 366 cases. *Pediatrics* 1980 65(2): 236-242
37. Auerbach KG, Avery JL. Induced Lactation: A Study of Adoptive Nursing by 240 Women. *Am. J. Dis Child* 1981; 135:
38. Auerbach KG. Extraordinary Breastfeeding: Relactation/Induced Lactation. *J.Trop Paed* 1981; 27: 52-55.
39. Nemba K. Induced Lactation: A Study of 37 Non-puerperal Mothers. *J. Trop Paediatr* 1994; 40: 240-242.
40. Abejide OR, Tadese MA, Babajide DE, Torimiro SEA, Davies-Adetugbo AA, Makanjuola ROA. Non-puerperal induced lactation in a Nigerian community: case reports. *Annals of Tropical Paediatrics* 1997; 17:109-114
41. Banapurmath CR, Banapurmath S, Kesaree N. Successful induced non-puerperal lactation in surrogate mothers. *Indian J. Pediatr.* 1993; 60: 639-643.
42. Banapurmath CR, Banapurmath S, Kesaree N. Initiation of Relactation. *Indian Pediatrics* 1993; 30:1329-1332.
43. Seema AK, Patwari L, Satyanarayana. Relactation: An effective Intervention to Promote Exclusive Breastfeeding. *J Trop Paediatr* 1997; 43: 213-216.
44. Gupta AP, Gupta PK. Metoclopramide as a lactagogue. *Clin Ped* 1985; 24(5): 269- 272.
45. Rath KB, Ghai OP, Bhan MK, Arora NK, Dhar V, Thakkar D, Dhamija NK. Metoclopramide in lactational failure. *Indian Pediatr* 1983;20:341-344
46. Mathur GP y cols.. Lactation Failure. *Indian Pediatrics* 1992; 29:1541-4.
47. Kleinman R., Jacobson L, Hormann E, Walker WA. Protein values of milk samples from mothers without biologic pregnancies. *J.Pediatrics* 1980; 612-615.
48. Kulski JK, Hartmann PE, Saint WJ, Giles PF, Gutteridge DH. Changes in the milk composition of non-puerperal women. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1981; 139: 597.
49. Thorley Phillips V. Relactation in Mothers of Children Over 12 Months. *J. Trop. Pediatrics* 1993; 39: 45-46.
50. Miller-House S. Adoptive Nursing. *New Beginnings LLLI*, 1400 N. Meacham Road, P.O. Box 4079, Schaumburg, IL 60168-4079 USA; 8(3)1991.
51. Chaturvedi P, Dubey AP. Induced non-puerperal lactation. *Indian J. Pediatr* 1985; 52: 319-320.
52. Guóth-Gumberger M. Umgewöhnung von der Flasche zur Brust. *Stillnachrichten* 1994; 5-14.
53. Newman J. Breastfeeding Problems Associated with the Early Introduction of Bottles and Pacifiers. *J. Human Lact* 1990; 6(2): 59-63.
54. Lang S, Lawrence CJ, L'E Orme R. Cup feeding: an alternative method of infant feeding. *Arch Dis Child* 1994; 71: 365-369
55. Riordan J, Auerbach KG. *Breastfeeding and Human Lactation*, Boston: Jones and Bartlett, 1993.
56. Lawrence RA. *A Guide for the Medical Profession*. St. Louis: Mosby, 4th Ed., 1994, 555-574.
57. Meier P. Breastfeeding the Premature Baby: A research review, *News Brief, Parent Care, Inc.* Vol 9, Israel 1994 (see also reference (55): Meier P, Mangurtan H. Breastfeeding the preterm infant, en Riordan J y Auerbach, KG. *Breastfeeding in Human Lactation*, pp. 253-278, Boston: Jones and Bartlett 1993.)
58. Whitelaw A, Heisterkamp G, Sleath K, Acolet D, Richards M. Skin-to-skin contact for very low birth weight infants and their mothers. *Arch Dis Child* 1988; 63:1377-1381.
59. Hurst NM, Valentine CJ, Renfro L y cols.. Skin-to-skin holding in the neonatal intensive care unit influences maternal milk volume. *J. Perinatol* 1997; 17: 213-17.
60. Sutherland A, Auerbach K. *Relactation and Induced Lactation*, Lactation Consultant Series 1985. La Leche League International, Box 4079, Schaumburg, IL 60168-4079 USA.
61. Kesaree N. Drop and drip method. *Indian Pediatrics* 1993; 30: 277-278.
62. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990; 336:1105-07.
63. Winberg J, Porter RH. Olfaction and human neonatal behaviour: clinical implications. *Acta Paediatr* 1998; 87:6-10
64. Widstrom AM, Wahlberg V, Matthiesen AS, Eneroth P, Uvnas-Moberg K, Werner S, Winberg J. Short term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. *Early Human Development* 1990; 31:153-163.
65. Harris H. Remedial Co-Bathing for Breastfeeding Difficulties. *Breastfeeding Review* 1994; 11(10): 465-8.

66. Peters F, Schulaze-Tollert J, Schuth W. Thyrotropin-releasing hormone: A lactation promoting agent? *Br. J. Obst. Gynaecol* 1991; 98: 880-85
67. Randall Craig H. Presentation at the 1993 Conference of the International Lactation Consultants Association. (ILCA, 4101 Lake Boone Trail, Suite 201 Raleigh NC 27607, USA.)
68. Peters F. Laktation und Stillen: Physiologie, Klinik und Pathophysiologie der Brustdrüsenfunktion, Mastitis. *Bücheri de Frauenarztes, Band 26.* (Lactación y Lactancia Materna: Fisiología, aspectos clínicos y patofisiología de la función glandular mamaria, mastitis. *La Biblioteca del Ginecólogo, Vol 26.*) Ferdinand Enke Verlag Stuttgart, Alemania, 1987. Del Capítulo 8 "Milchbildung und Stillen unter besonderen Bedingungen" ("Producción de leche y Lactancia Materna bajo circunstancias especiales"), p.74
69. McNeilly AS, Thorne MG, Volans G, Besser GM; Metoclopramide and prolactin (carta). *Br Med J* 1974; 1(5921): 729
70. Sousa PLR. Metoclopramide and breastfeeding. *British Medical Journal* 1975; 512.
71. Sousa PLR, Barros FC, Pinheiro GN, Gazalle RV. Reestablishment of lactation with metoclopramide. *J Trop Paediatr* 1975; 21: 214
72. Kauppila A, Kivinen S, Ylikorkala O. A dose response relation between improved lactation and metoclopramide. *Lancet* 1981; 1:1175-1177.
73. Ehrenkranz RA, Acherman BA. Metoclopramide effect on faltering milk production by mothers of premature infants. *Pediatrics* 1986; 78: 614-620.
74. Ertl T, Sulyok E, Ezer E, Sarkany I, Thurzo V, Csaba IF. The influence of metoclopramide on the composition of human breastmilk. *Act Paediatr Hung* 1991; 31: 5-422.
75. Lewis PJ, Devenish C, Kahn C. Controlled trial of metoclopramide in the initiation of breastfeeding (carta). *Br J Clin Pharmacol* 1980; 9: 217-219.
76. Budd SC, Erdman SH, Long DM, Trombley SK, Udall JN: Improved lactation with metoclopramide. *Clin. Pediatr* 1993; 32:53-57
77. Emery ME, Galactogogues: Drugs to induce lactation. *J Hum Lact* 1996; 12(1) 55-57.
78. Hale TW, *Medications and Mother's Milk.* 1998 Edinon, Pharmasoft Medical Publishing, 21 Tascocita Cirde, Amarillo, Tx 79124-7301 USA
79. Ruis H, Rollen R, Doesburg W, Broeders G, Corhey R. Oxytocin enhances onset of lactation among mothers delivering prematurely. *Brit Med J* 1981; 283(6287): 340-42.
80. Menella JA, Beauchamp GK. The transfer of alcohol to human milk. *New England Journal of Medicine* 1991, 325: 981-5
81. Menella JA, Beauchamp, GK. Beer, breast feeding and folklore. *Developmental Psychobiology* 1993; 26(8) :459-466.
82. Menella JA, Beauchamp GK. The effects of repeated exposure to Garlic-flavoured milk on the nursing's behaviour. *Pediatr Res* 1993; 34: 805-808.
83. Prentice AM, Goldberg GR, Prentice A. Body mass index and lactation performance. *European Journal of Clinical Nutrition* 1994; 48 Suppl 3, 578-589.
84. HIV and Infant Feeding: A guide for health care managers and supervisors. WHO/FRH/NUT/CHD/98.2; UNAIDS/98.4; UNICEF/PD/NUT/(J)98-2.
85. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel. Le rôle spécial des services liés à la maternité. Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, 1989.
86. Prise en charge intégrée des Maladies de l'Enfant :
 - Prise en charge du Nourrisson malade âgé de 1 semaine à 2 mois WHO/CHD/97.3.F
 - Conseiller la Mère WHO/CHD/97.3E
 - Tableaux de prise en charge
 (matériels du cours, Département Santé et Développement de l'Enfant et de l'Adolescent, OMS, Genève)
87. Marquis GS, Diaz J, Bartolini R, De Kanashiro HC, Rasmussen KM, Recognising the reversible nature of child feeding decisions: breastfeeding, weaning, and relactation patterns in a shanty town community of Lima, Peru. *Soc Sci Med* 1998; 47(5): 645-656
88. Gonzales-Cassion T, Habicht J-P, Rasmussen KM, Delgado H, Impact of food supplementation during lactation on infant breast-milk intake and on the proportion of infants exclusively breastfed. *J Nutr* 1998; 128 (10): 1692-1702.

CAH

Pour plus de renseignements, veuillez contacter :

**DEPARTEMENT SANTE ET DEVELOPPEMENT
DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (CAH)**

Systèmes de santé et santé communautaire

Organisation mondiale de la Santé
20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse
Tel +41 22 791 2633
Fax +41 22 791 4853
Email chd@who.int
Site internet <http://www.who.int/chd>