

# Journée régionale de l'allaitement (JRA)



27 septembre 2003

Hôtel Dieu, Lyon

Association Information Pour l'Allaitement (IPA)

**Partenaires** : les Hospices Civils de Lyon, l'Ecole de Sages-Femmes de Lyon, l'ADES du Rhône, la DRASS Rhône-Alpes, le Conseil général du Rhône



Semaine Mondiale de  
l'Allaitement Maternel 2003  
Tous concernés !



# REF'LAIT

Séverine Martial

## **Une naissance : Ref'lait**

A l'origine du projet, Ecoute Lait est une association de soutien à l'allaitement maternel depuis plus de 10 ans. La demande des mères auprès de l'association devenant de plus en plus importante, nous avons compris qu'il fallait aller plus loin dans notre démarche d'information et de soutien.

Nous avons franchi une nouvelle étape et souhaité travailler avec les professionnels, et non plus à côté. Il nous a paru important d'essayer d'établir une vraie politique de prévention en favorisant un travail commun entre tous les acteurs concernés : mères, professionnels de santé hospitaliers, PMI, libéraux, caisses d'assurance maladie, mutuelles. En effet nous sommes tous conscients de l'intérêt du travail en partenariat car nous avons chacun un rôle différent à jouer auprès des mères pour l'accompagnement de leur allaitement.

Afin de constituer un groupe, nous avons sollicité tous les professionnels de santé de la Loire pour organiser la SMAM 2002. A notre grande surprise, ils sont venus nombreux avec beaucoup de projet dans la tête et une volonté commune de mener une réflexion sur la pratique et le soutien apporté à l'allaitement maternel.

Tout naturellement le groupe constitué pour la SMAM a continué son travail une fois la SMAM terminée et est devenu :

REF'LAIT, Groupe Référents Loire Allaitement Maternel.

Petit à petit ce groupe s'est structuré.... Nous sommes heureux de vous le présenter aujourd'hui.

## **Sa finalité**

Améliorer les conditions d'allaitement dans notre département afin de rendre l'allaitement accessible à toutes les femmes désireuses d'allaiter.

Pour :

- Améliorer le niveau de santé à court, moyen et long terme des enfants et des femmes.
- Diminuer très fortement les coûts de santé pour la société.
- Améliorer les relations mère-enfant en augmentant la confiance des mères en leurs capacités naturelles à nourrir leurs enfants et à s'en occuper.
- Diminuer, dans chaque famille, les dépenses consacrées au nourrisson (alimentation mais aussi santé, équipement)

## **Ses objectifs**

1. Développer l'information concernant l'allaitement maternel.
2. Améliorer l'accompagnement des premiers jours, afin d'établir des conditions optimum pour un bon démarrage de l'allaitement.
3. Continuer cet accompagnement à la sortie de la maternité.
4. Et pour cela, susciter l'émergence d'un réseau départemental de professionnels et de bénévoles pour coordonner les actions en faveur de l'allaitement maternel.

## **Avec qui ?**

- La coordinatrice de Ref'lait, salariée à mi-temps d'Ecoute Lait : moi-même, Séverine Martial, infirmière, consultante en lactation, à l'origine de ce projet. Je supervise l'ensemble de Ref'lait, se charge de la partie financière du projet et des relations publiques.
- Une co-direction assurée par Séverine Martial, Frédérique Vaginay (Médecin PMI sur le Roannais), Françoise Terris (sage femme hôpital Nord), Sandrine Tholly (sage femme hôpital de Firminy).
- Des référentes de 5 groupes de travail qui animent les séances de travail
- Une secrétaire à ¼ de temps.
- Les professionnels des services de maternité, de néonatalogie et de pédiatrie : ils accompagnent les premiers jours de vie de l'enfant dans des conditions normales (maternités) ou plus difficiles (néonatalogie). Nous savons maintenant que l'accompagnement des premiers instants conditionne beaucoup la poursuite de l'allaitement. Très nombreuses à se mobiliser, 6 maternités (sur 8 que compte la Loire) participent au groupe Ref'lait ainsi que tous les centres de néonatalogie de la Loire.
- Les professionnels, les services de Protection Maternelle et Infantile : ils accompagnent les mères en prénatal et postnatal. Leur participation permet également de mieux informer une partie de la population risquant d'être plus fragilisée par la naissance (primipare, grossesse gémellaire, hospitalisation de la mère ou de l'enfant, suivi éducatif déjà en place...). Une grande mobilisation a pu naître sur l'ensemble du département et nous comptons une référente par pôle de PMI détachée quelques heures mensuellement pour travailler avec Ref'lait
- Les professionnels libéraux : pédiatres, sages femmes, médecins.
- Le lactarium de St Etienne
- Les associations de soutien à l'allaitement maternel : Ecoute Lait et Leche Ligue.

## **Ses Actions**

REF'LAIT s'est fixé plusieurs missions jusqu'à fin 2004:

➤ Auprès des mères :

- Créer un document explicatif de l'allaitement aux mères afin qu'elles puissent trouver des réponses simples à leurs interrogations mais surtout qu'elles sachent où s'adresser pour avoir une aide, un soutien pour l'allaitement ou le sevrage. A la fin de ce document figurera les coordonnées de l'ensemble des structures du département voulant s'investir dans ce sens : PMI, Maternités, Associations.
- Créer un document pour le prénatal : invitation à se préparer à l'allaitement et à la naissance. Les mères pourront savoir les préparations proposées et les coordonnées téléphoniques pour se renseigner. Il sera également exposé l'intérêt des préparations... Il sera envoyé par la CPAM. Il pourrait être disponible chez les gynécologues, médecins généralistes, centres hospitaliers et services de PMI (notamment les sages femmes).
- Modifier ou supprimer les valisettes données aux mères en prénatal et postnatal : il apparaît beaucoup d'incitation à l'allaitement artificiel (biberon en prénatal et sucette en postnatal qui sont des facteurs de risque d'allaitement stoppé prématurément). Nous allons prospecter sur l'ensemble du département afin de connaître le point de vue de tous les acteurs de la distribution de trousse et de valisettes cadeaux, acteurs décisionnels ou exécutants. Cette distribution correspond-elle à un souhait ? En connaissent-ils vraiment le contenu ? En mesurent-ils les conséquences et les faces cachées ?  
Si un souhait de modification faisait jour, c'est avec le poids d'une échelle départementale que les éventualités seraient envisagées : modification ou suppression de la « valisette » ou création « valise allaitement ».

➤ Auprès des professionnels :

- S'intéresser aux formations initiales et continues des personnes qui touchent de près ou de loin à l'allaitement maternel : Etudiants en médecine, en soins infirmiers, en diététique, les élèves auxiliaires de puériculture et les travailleuses familiales. Pouvoir proposer un partenariat avec un professionnel de santé formé à l'allaitement pour les cours.
- Sensibilisation à l'Allaitement maternel pour les médecins. C'est de pouvoir les rencontrer pour les inciter à enclencher un vrai dialogue autour de l'allaitement maternel avec les futures mères et qu'ils sachent mieux cerner la demande et mieux présenter l'intérêt d'un allaitement naturellement bon pour la santé : le maternel.. Tout un travail est également engagé pour les sensibiliser par l'intermédiaire des formations continues.
- Informer des professionnels de santé et de la petite enfance et les étudiants :
  - Diffusion de documents : guide médical de l'allaitement maternel, informations sur la coordination.
  - Rencontre, soutien ou apport de documentation spécifique suivant la demande.

- Proposer des formations et des ateliers de pratiques de l'allaitement (formation continue).
- Antenne départementale du Centre ressource CERDAM

➤ Après de tous :

- Coordonner et organiser des manifestations lors de la semaine mondiale de l'allaitement maternel : conférence, conte, expositions...
- Créer des expositions et les faire circuler dans le département.

Beaucoup d'actions restent à travailler :

- Permanence téléphonique pour les professionnels
- Actions au niveau des employeurs et des syndicats : information sur la législation concernant allaitement et travail.
- Sensibilisation au niveau des enfants scolarisés : Proposition d'interventions ou d'expositions sur les thèmes : naissance et allaitement, nutrition et allaitement
- Travail avec les familles en grande précarité.
- .....

Pour tous cela ...on a besoin d'une aide financière :

- La CPAM : elle apporte une part très importante du financement de ce groupe et ses réalisations prévues. Elle permet également une aide logistique.
- Plan National de Nutrition Santé du Ministère de la Santé : nous avons bénéficié d'une subvention pour l'année 2002, malheureusement non reconduite en 2003.
- La DDASS : elle a pris le relais du PNNS et nous apporte une grande contribution.
- Le Conseil Général de la Loire, par l'intermédiaire des services PMI nous apporte un soutien financier mais surtout des agents disponibles pour Ref'lait.
- La Mutualité de la Loire : présente depuis le départ d'Ecoute Lait, elle continue son aide aussi bien au niveau de l'association que du groupe Ref'lait

...et de quelques conseils, un comité de pilotage :

Jouant un rôle de conseil et apportant une aide technique et juridique, il est composé de : représentant DDASS, CPAM St Etienne et Roanne, Conseil Général de la Loire, Mutualité de la Loire, CODES 42, Ville de St Etienne.

## **Le suivi du projet :**

- Une évaluation annuelle :

Une première évaluation est en cours par une enquête auprès des mères dans tous les services de maternités : les 8 structures maternité de la Loire ont accepté d'effectuer cette enquête sur 1 mois. Toutes les mères ont eu les questionnaires quel que soit leur mode d'allaitement. Seul les femmes, qui ont choisi l'allaitement, sont ensuite contactées par téléphone après 4 semaines, 12 semaines et 6 mois (puis 12 mois si elles allaitent toujours).

Les critères d'évaluation :

- taux d'allaitement dans la Loire
- durée d'allaitement et les facteurs l'influant
- pourcentage d' « échec » d'allaitement et la cause
- taux de satisfaction des mères

Les résultats de ces évaluations nous permettront tous les deux ans de redéfinir les priorités dans nos actions.

- Des évaluations plus qualitatives :

Les écoutantes de l'association Ecoute Lait remplissent des fiches de recueil de données à chaque appel téléphonique et à chaque réunion parents-bébés. Cela nous permet d'évaluer la place de l'allaitement et sa représentation, les questions les plus fréquentes des mères, les a-priori, l'accompagnement offert par les professionnels et les bénévoles. Ces données statistiques plus qualitatives sont également exploitées pour mieux cibler les actions à venir.

## **L'avenir**

C'est bien évidemment de construire un réseau solide entre professionnels hospitaliers, PMI, associations. Quoi qu'informel, il fonctionne déjà en quelques lieux, par les liens tissés à travers les groupes de travail Ref'lait.

Une richesse, faite par la diversité des professionnels et bénévoles, permet un partenariat de qualité au service des mères et de leurs bébés.

Un travail important reste à faire pour un engagement global des structures de soins afin de constituer un véritable réseau ( prise en charge des heures de travail sur Ref'lait par les structures hospitalières, ré-organisation des modes de transmission d'information ou création d'outils de travail plus spécifiques ....). Des référents commencent à être nommés dans beaucoup de services maternité et néonatalogie, ils existent déjà en PMI..... Ref'lait, groupe référents Loire Allaitement Maternel a probablement de beaux jours devant lui.

# Centre ressource de la région Rhône-Alpes pour l'allaitement maternel – CERDAM

Nathalie Roques et Juliette Le Roy

## **Un besoin local affirmé**

L'allaitement maternel est reconnu comme une question de santé publique. Cependant, moins de 65% des nouveaux-nés sont allaités en région Rhône-Alpes, et les données disponibles sur les durées d'allaitement indiquent une chute rapide de ces taux. De nombreux professionnels de santé souhaitent soutenir efficacement les mères allaitantes. Pour cela ils recherchent des moyens de formation, des informations et une documentation, mais peu de structures peuvent répondre à leurs besoins en France.

## **Une mission : transmettre**

La profusion d'informations et la multitude des moyens de diffusion qu'elle utilise, en limite l'accessibilité. C'est pourquoi des professionnels de l'information scientifique et technique (IST) se chargent d'organiser cette information (analyser, classer, trier, éliminer, transmettre) pour des utilisateurs.

Le CERDAM s'est fixée comme mission de transmettre activement les informations disponibles sur l'allaitement maternel auprès de professionnels de santé et de la petite enfance.

## **Des objectifs opérationnels**

### **1. le Centre de documentation**

#### **◆ Qui ?**

Le Centre ressource pour l'allaitement maternel s'adresse aux :

- Professionnel de santé ou de la petite enfance
- Etudiant (en médecine, soins infirmiers, puériculture, auxiliaire-puériculture, diététique, ...)
- Responsable de santé publique
- Cadre de santé
- Educateur à la santé
- Formateur
- Membre actif d'association
- Journaliste

#### **■ Quoi ?**

Une documentation récente, internationale et complète sur les aspects sanitaires et sociaux de l'allaitement mais aussi sur les actions de terrain pour une promotion efficace. Ce sont des livres, rapports, mémoires, thèses, livres, vidéo, revues, articles, actes, brochures, bases de données, etc. dont les auteurs sont des professionnels de santé (de terrain, épidémiologistes, spécialistes), des organisations internationales (OMS, UNICEF, ONG), des Etats, des associations

(l'industrie alimentaire infantile n'est pas considérée comme une source d'information fiable).

- **Comment ?**
  - **Mise a disposition de documents**

<b>Nom</b>	<b>Détail du service</b>
Réponse téléphonique	Réponse par téléphone du type SVP (un nom d'association, une adresse, le titre d'un document)
Consultation	Consultation sur place des documents du Centre ou des Antennes
Dossier thématique	Dossier documentaire (ensemble de documents, articles, sur un thème donné)
Prêt	Prêt sur site (15 jours)
	Prêt par poste (15 jours)
Bibliographies	Interrogation de bases de données (medline)
Vente	Vente de documents IPA, CoFAM

Depuis l'ouverture du CERDAM février 2003, les demandes documentaires se sont réparties de la façon suivante :

Qui s'est adressé au Centre ?

Pour demander quoi ?

- **Création et diffusion de supports d'informations:** site internet, bulletin périodique, envoi d'e-mail, (en cours d'élaboration).

## **2. la formation**

Nous sommes organisme de formation depuis janvier 2003 et nous proposons des formations en intra, en inter ainsi que des ateliers de réflexion sur l'allaitement maternel.

Nous sommes sollicitées pour des formations sur la France entière, aussi bien en PMI qu'en maternité et parfois services de pédiatrie, association de soutien aux mères qui allaitent. Nous proposons un module de base (le plus demandé) comprenant les règles d'or pour une bonne pratique de l'allaitement maternel, sur deux ou trois jours en fonction des possibilités du service demandeur. Ce module peut être complété par d'autres, optionnels, adaptés aux réalités du terrain des professionnels.

Les ateliers ont lieu au Cerdam en soirée de 20h à 22h tous les deux mois. Ils sont proposés aux professionnels de santé, de la petite enfance et aux associations de soutien aux mères. Les thèmes sont décidés pour l'année sur proposition des participants. Il faut s'inscrire au préalable car nous limitons le nombre des participants pour que chacun puisse s'exprimer. La forme de ces ateliers est variable : nous proposons des séances de cas cliniques, des séances axées sur la revue de la littérature scientifique (par exemple sur le thème de allaitement et



prévention de l'obésité, prévention des allergies), des séances de formation sur un point précis . Pour chaque atelier nous faisons appel à un modérateur, intervenant extérieur à l'association pour son apport théorique sur le sujet précis ( nutritionniste, allergologue, pharmacologue,...)

### **Des moyens adaptés**

Le centre de documentation et le centre de formation sont rassemblés en un même lieu. Il est actuellement hébergé gracieusement dans les locaux du Comité National pour l'Enfance, à l'Hôtel Dieu.

Deux antennes locales ont été organisées :

- ◆ une à St Etienne, avec l'association Ecoute Lait,
- ◆ une seconde va ouvrir ses portes à Chambéry, avec l'association Groupe Allaitement.

Des permanences hebdomadaires sont proposées.

Un personnel qualifié assure la gestion de cet ensemble :

- Un(e) responsable du centre
- Des responsables des antennes
- Des formateurs.

### **Un projet soutenu**

La Coordination du Rhône pour la promotion de l'allaitement piloté par l'ADES du Rhône a soutenu le projet de Centre ressource.

Le CERDAM est financé actuellement par :

Le ministère de la santé (PNNS)

La DRASS (Direction régionale d'actions sanitaire et sociale)

L'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie)

### **Le porteur de projet**

L'association Information Pour l'Allaitement (IPA) diffuse depuis 1996 des documents spécialisés sur l'allaitement maternel, et participe à de nombreuses actions de promotion de l'allaitement en concertation avec divers partenaires nationaux et internationaux (associations de soutien à l'allaitement, Conseils généraux, maternités, OMS, UNICEF, Organisations Non Gouvernementales).

IPA est membre d'International Baby Food Action Network (IBFAN) et de la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM).

# Bénéfices de l'allaitement maternel. Mythe ou réalité ?

Dr Irène Loras-Duclaux unité de Gastroentérologie et de Nutrition  
Pédiatrique Hopital Ed.Herriot 69003 Lyon

L'effet préventif de l'allaitement maternel est formellement établi pour certaines pathologies (infectieuses). Pour d'autres (allergies, maladies auto-immunes...) l'effet bénéfique reste sujet à polémique.

En effet, l'étude de l'influence de l'allaitement maternel (AM) comporte de grandes difficultés méthodologiques : randomisation impossible pour des raisons éthiques (le choix de l'alimentation ne pouvant être tiré au sort), nombreuses variables confondantes en rapport soit avec la mère (âge, éducation, niveau socio-économique...) soit avec l'enfant (poids de naissance, âge gestationnel, rang dans la fratrie). Les définitions du caractère exclusif ou partiel de l'allaitement, des pathologies étudiées sont souvent trop imprécises, rendant délicate l'interprétation des données.

L'allaitement maternel peut comporter un rôle protecteur direct actif par sa richesse en facteurs immunologiques et par la stimulation du système immunitaire de l'enfant qu'il entraîne ou indirect en évitant l'introduction délétère de protéines étrangères, comme celle du lait de vache. A côté de ces deux effets, du reste souvent difficiles à dissocier l'un de l'autre, de nombreux autres effets sous-tendant l'influence de l'allaitement maternel sur la survenue ultérieure de pathologies restent à découvrir.

## I - Effets liés aux propriétés immunologiques

### 1 - Prévention des infections

De nombreuses études convergentes permettent de conclure à un rôle préventif de l'allaitement maternel vis-à-vis de certaines maladies infectieuses(1-3) : diarrhées (risque multiplié par 14 dans les pays en voie de développement et par 2,5 à 5 dans les pays industrialisés) des pneumonies, des infections respiratoires, des otites(4), des infections urinaires(5), bactériémies, méningites, infections invasives à *Hemophilus Influenzae*(6) ; chez le prématuré, des entérocolites ulcéro-nécrosantes, infections nosocomiales, méningites, septicémies.

Cet effet est proportionnel à la durée et à l'exclusivité de l'allaitement maternel et dans certaines études, perdurent après le sevrage.

### 2 -Prévention des allergies (eczéma, asthme, allergies alimentaires...)

L'effet préventif y est controversé.

- "les études pour"(7-11) : il existe une convergence de très nombreuses études en faveur du rôle protecteur de l'allaitement maternel : Gdalevich(7), dans une méta analyse regroupant 8113 sujets met en évidence une baisse de 30% de la prévalence de l'asthme, baisse plus significative (50%) s'il existe une histoire familiale d'atopie ; un effet protecteur vis-à-vis d'autres sortes d'allergies (eczéma, allergies alimentaires ...) a été également démontré (10-11). Le plus souvent, l'effet protecteur est proportionnel à la durée et à l'exclusivité de l'allaitement (9,10) et persiste à l'âge adulte(11).

- "les études contre" : Sears (12) a conclu que l'allaitement maternel ne protégeait pas contre l'atopie et l'asthme et même en augmentait le risque à tous les âges (OR = 1,93 à 9 ans). Les écueils méthodologiques ont été notés dans cette étude(13,14) : la majorité des enfants du groupe allaités avaient reçu des compléments de lait industriel ; parmi les enfants non allaités certains avaient été allaités moins de 4 semaines ce qui transformait ce groupe en enfants partiellement allaités.

Dans la population particulière des enfants aux antécédents familiaux d'atopie, l'effet de l'allaitement maternel est particulièrement difficile à cerner : certaines études suggèrent qu'un allaitement long (> 4 mois) par une mère atopique augmente le risque d'asthme à partir de 6 ans (15). D'autres(16) montrent au contraire que, dans le même cas, le risque d'asthme augmente si l'allaitement exclusif est arrêté avant 4 mois.

Isolauri (17) par son étude sur un groupe de 100 enfants eczémateux allaités suggère qu'un allaitement prolongé pourrait être associé à un eczéma persistant avec retard staturo-pondéral ; il met en évidence, dans cette étude, que l'exclusion d'un ou plusieurs allergènes dans l'alimentation maternelle peut entraîner une amélioration de l'eczéma, mais que dans d'autres cas, seul l'arrêt de l'allaitement maternel et son remplacement par un mélange synthétique d'acides aminés amène une amélioration .

Les mécanismes (18-20) soutenant cette éventuel effet protecteur sont : moins d'exposition aux allergènes pendant les premiers mois de vie, développement du système immunitaire immature stimulé par l'allaitement, grâce à la richesse en composants immunologiques du lait ; richesse en facteurs de croissance stimulant le développement de la muqueuse intestinale et l'aidant à mûrir et à diminuer sa perméabilité ; effets barrière vis à vis de certains germes pathogène ; rôle de la flore intestinale riche en bifidus spécifique du nourrisson allaité, le lait féminin étant un aliment pré-biotique par excellence.

Les contradictions de certaines études, souvent liées à des difficultés méthodologiques, ne doivent pas occulter les avantages réels de l'allaitement maternel et faire oublier les recommandations en matière de prévention d'allergies : **allaitement maternel exclusif 6 mois, associé à une diversification retardée après l'âge de 6 mois**. Chez les enfants à risque d'atopie, père, mère, frères ou sœurs présentant une atopie authentifiée, les mêmes recommandations s'appliquent associées à une introduction après 12 mois des aliments reconnus comme les plus sensibilisant (œufs, poisson, fruits exotiques). Chez les enfants présentant une allergie avérée; l'allaitement reste conseillé associé à une éviction raisonnable de cet allergène du régime de la mère, à discuter au cas par cas.

L'allaitement maternel n'est qu'un maillon de la prévention. Il est illusoire de penser qu'il pourrait à lui seul contre balancer l'effet de la génétique.

### **3 - Pathologies dys-immunitaires**

L'exposition précoce aux protéines du lait de vache pourrait constituer un risque d'apparition du diabète dans une population génétiquement prédisposée (21).

- Maladie coeliaque : un allaitement maternel prolongé (+ de 6 mois) associé à une introduction retardée, retarde l'apparition de la maladie et en diminue la fréquence(22).
- Maladie inflammatoire du tube digestif (Crohn, rectocolite hémorragique). Des études(23,24) suggèrent un rôle protecteur qui reste à confirmer.
- Cancers : certaines études mettent en évidence une moindre fréquence des lymphomes non hodgkiniens(25) et des leucémies aiguës(26)chez des enfants allaités.
- Arthrite chronique juvénile : un effet protecteur contre l'apparition d'une arthrite rhumatoïde à l'âge de 5-6 ans est notée par une étude récente(27)

## **II - Effets de l'allaitement maternel liés aux propriétés nutritionnelles.**

### **1 - Obésité :**

Plusieurs études convergentes (28,29) prouvent un effet bénéfique réel : Von Kries(28) montre que l'incidence de l'obésité étudiée à l'âge de 6 ans est multipliée par 2 chez les enfants jamais allaités par rapport à ceux allaités et qu'un allaitement de plus de 12 mois diminue le risque de 5 fois par rapport aux enfants jamais allaités. Cet effet est proportionnel à la durée de l'allaitement maternel. On note une influence moindre de l'allaitement maternel par rapport au poids des facteurs génétiques (poids des parents).

### **2 - Développement cognitif**

De nombreuses études sont en faveur d'un effet bénéfique(30-32). Elles reposent sur l'évaluation du développement intellectuel par des tests variables selon les âges (développement, QI, performances scolaires, réussite aux examens...). Les performances intellectuelles sont bien sûr liées à la durée de l'allaitement maternel, elles mêmes corrélées à certains facteurs confondant (maternels : niveau socio-économique, éducation et périnataux : poids de naissance, âge gestationnel...) mais l'effet bénéfique, même s'il s'amointrit persiste significativement après ajustement de ces facteurs : ainsi Mortensen(31) prouve qu'un allaitement d'une durée de 7 à 9 mois augmente le QI de 6 points (après ajustement). Cette augmentation peut aller jusqu'à 11 points pour des enfants de faible poids de naissance évalué à l'âge de 5 ans et bénéficiant d'un allaitement exclusif de 6 mois. Dans ces différentes études, l'effet bénéfique est proportionnel à sa durée et persiste à l'âge adulte. Par contre, d'autres études (33) mettent effectivement en évidence une augmentation de QI, en rapport avec l'allaitement maternel, cette augmentation devient cependant non significative après ajustement.

Les mécanismes susceptibles d'expliquer un meilleur développement cognitif chez les enfants allaités sont d'une part liés aux propriétés nutritionnelles du lait maternel (richesse en acides gras poly-insaturés notamment en acide docosahexaénoïque) et à l'influence du type de maternage qu'engendre l'allaitement maternel (contact physique et psychologique étroit, constituant à lui même un mode de stimulation sensorielle optimale garant d'un développement harmonieux pour l'enfant.)

### **3 - Effets cardio-vasculaires et profil lipidique**

Des études (34,35) dans ce domaine sont également contradictoires. L'alimentation précoce influe très certainement sur le profil lipidique de la petite enfance et la tension artérielle mais clairement l'effet préventif à long terme sur les dyslipémies ou la tension artérielle reste à confirmer.

### **4 - Impact de l'allaitement maternel sur le développement des structures faciales et la maturation de la déglutition**

Les techniques de succion du biberon ou du sein sont différentes : la pression exercée par la succion est mieux répartie, plus régulière et plus douce au sein qu'au biberon ; l'ossature se développant en fonction des pressions musculaires qu'elle subit, le développement de la structure osseuse faciale et nasale sera donc différente chez l'enfant allaité et l'enfant alimenté au biberon. Des études (36,37) ont noté des taux moindres de mal-occlusion (risque diminué de 1,84) (37) chez les enfants allaités par rapport aux non-allaités et d'implantations dentaires anormales. Le risque d'apnée obstructive nocturne pourrait être diminué par l'allaitement maternel.

D'autres facteurs de mal-occlusion sont bien connus : succion du pouce, sucette, poids de l'hérédité.

## **CONCLUSION**

L'analyse de la littérature nous apprend que les études méthodologiquement irréprochables sont très difficiles à conduire dans le domaine de l'allaitement maternel. Néanmoins quelques études méthodologiquement correctes ne parviennent pas à mettre en évidence un bénéfice direct entre l'allaitement et la pathologie étudiée. Elles sont intéressantes à considérer car elles permettent d'entrevoir des mécanismes encore inconnus, liant le mode d'alimentation précoce et la survenue ultérieure de certaines pathologies. Parfois ces études portent sur des populations particulières, restreintes (enfants de mère asthmatiques par exemple) et ne doivent pas occulter la multitude des études convergentes qui établissent un bénéfice direct et substantiel pour l'ensemble de la population.

1 - Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen-Rivers LA. Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. *J. Pediatr* 1995 ; 126 : 696-702.

2 - Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. A longitudinal analysis of infant morbidity and extend of breastfeeding in the United States. *Pediatrics* 1997 ; 1999 : e5

3 - Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) : A randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001 ; 285 (4) : 413-20

4 - Dunca B, Ey J, Holberg CJ et al.. Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics* 1993 ; 91 : 867-72

5 - Pisacane. Breastfeeding and urinary tract infection. *J. Pediatr* 1999 ; 120 : 87-9

6 - Silfverdal SA, Bodin L, Hugosson S et al. Protective effect of breastfeeding on invasive *Haemophilus Influenzae* infection : A case-control study in Swedish preschool children. *Int J Epidem* 1997 ; 26 : 443-50

- 7 - Gdalevich M, Mimouni D, Mimouni M. Breastfeeding and the risk of bronchial asthma in childhood : A systematic review with meta-analysis of prospective studies. *J Pediatr* 2001 ; 139 : 2261-6
- 8 - Oddy W, Holt PD, Sly PD et al. Association between breastfeeding and asthma in 6 year children : findings of a prospective birth cohort study. *Br Med J* 1999 ; 319: 815-9
- 9 - Sharon Dell, Teresa To. Breastfeeding and Asthma in Young Children. *Arch Pediatr Adolesc* 2001 ; 155/1261-4
- 10 - Kull I, Wickman M, Lilja G et al. Breastfeeding and allergic diseases in infants. A prospective birth cohort study. *Arch Dis Child* 2002 ; 87 : 478-481
- 11 - Saarinen UM, Kajosaari M. Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease : prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet* 1995 ; 346 (8991-8992) : 1714
- 12 - Sears MR, Greene JM, Willan AR et al. Long-term relation between breastfeeding and development of atopy and asthma in children and young adults : a longitudinal study. *Lancet* 2002 ; 360 : 901-7
- 13 - Becquet R, Murray E, Boelens JJ. Breastfeeding, atopy, and asthma. *Correspondence Lancet* 2003 ; 361 : 174-5
- 14 - Raihlet F. Des résultats très convergents. *Les Dossiers de l'allaitement* 2003 ; 54 : 25
- 15 - Wright AL, Holberg CJ, Taussig LM. Factors influencing the relation of infant feeding and recurrent wheeze in childhood. *Thorax* 2001;56:19-7
- 16 - Oddy WH, Peat JK, de Klerk NH. Maternal asthma, infant feeding, and the risk of asthma in childhood. *J Allergy Clin Immunol.* 2001 ; 110 (1) : 65-7
- 17 - Isolauri E, Tahvanainen A, Peltola T. Breastfeeding of allergic infants. *J Pediatr* 1999 ; 34 : 27-32
- 18 - Goldman AS, MD. The immune system of human milk : antimicrobial, antiinflammatory and immunomodulating properties. *Pediatr Infect Dis J.* 1993 ; 12 : 664-71
- 19 - Hanson L A, Korotkova M, Haversen L. Breastfeeding, a complex support system for offspring. *Pediatrics International* 2002: 44, 347-52
- 20 - Langhendries JP. A la perpétuelle (re) découverte du lait maternel. *Arch. Pediatr* 2002 ; 9 : 543-8
- 21 - Norris JM, Scoot FW. A meta-analysis of infant diet and insulin-dependent diabetes mellitus : Do biases play a role ? *Epidemiology* 1996 ; 7 : 87-92
- 22 - Fälth-Magnusson K, Franzén L, Jansson G. Infant feeding history shows distinct differences between Swedish celiac and reference children. *Pediatr Allergy Immunol* 1997 ; 7 : 1-5. *Brev* 1998 (1) : 44-45
- 23 - Rigas A, Rigas B, Glassman M et al. Breastfeeding and maternal smoking in the etiology of Crohn's disease and ulcerative colitis in childhood. *Ann Epidemiol* 1993 ; 3 : 387-392
- 24 - Corrao G, Tragnone A, Caprilli R et al. Risk of inflammatory Bowel disease attributable to smoking, oral contraception and Breastfeeding in Italy : a nationwide case-control study. *Int J Epidemiol* 1998 ; 27 (3) : 397-404.
- 25 - Davis MK. Review of the evidence for an association between infant feeding and childhood cancer. *Int J Cancer Suppl* 1998 ; 11 : 29-33
- 26 - Shu XO, Linet MS, Steinbuch M et al. Breastfeeding and risk of childhood acute leukemia. *J Natl Cancer Inst* 1999 ; 91 : 1765-72
- 27 - Masson T, Robinovitch CE, Fredrickson DD et al. Breastfeeding and development of juvenile rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1995 ; 22 : 1166-70
- 28 - Von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T et al. Breastfeeding and obesity : cross sectional study. *BMJ* 1999 ; 319 : 147-50
- 29 - Armstrong J, Reilly JJ. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *Lancet* 2002 ; 359 : 2003-4
- 30 - Horwood LJ, Fergusson DM. Breastfeeding and Later Cognitive and Academic Outcomes. *Pediatrics* 1998 ; 101 : 1-7
- 31 - Mortensen EL, Fleischer Michaelsen K, Sanders SA. The Association Between Duration of Breastfeeding and Adult Intelligence. *JAMA.* 2002 ; 287 : 2365-71
- 32 - Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breastfeeding and cognitive development : a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* ; 70 : 525-35
- 33 - Wigg N, Tong S, McMichael A. Does breastfeeding at six months predict cognitive development ? *Aust N Z J Public Health.* 1998 ; 22 : 232-236
- 34 - Ravelli ACJ, Van Der Meulen JHP, Osmond C et al. Infant feeding and adult glucose tolerance, lipid profile, blood pressure and obesity. *Arch. Dis. Child.* 2000 ; 82 : 248-52
- 35 - Singhal A, Cole TJ, Lucas A. "Early nutrition in preterm infants and later blood pressure : two cohorts after randomised trials". *Lancet* 2001 ; 357 : 413-19
- 36 - Palmer B. The Influence of Breastfeeding on the Development of the Oral Cavity. *J Hum Lact* 1998 ; 14:93-8

37-Labbok M, Hendershot G. Does breastfeeding protect against malocclusion? An analysis of the 1981 Child Health Supplement to the National Health Interview Survey. *Am J Prev Med* 1987;3(4):227-32

# Recommandations de l'ANAES

Dr Bernard Maria

Le texte ci-dessous est le texte intégral des recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (ANAES). Le rapport complet intitulé «

## I. INTRODUCTION

Ces recommandations ont été élaborées à la demande conjointe de l'Association de Recherche en Soins Infirmiers et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.

L'allaitement maternel a peu varié en France ces vingt dernières années. Environ la moitié des nouveau-nés est allaitée à la sortie de la maternité. Aucune donnée nationale n'est actuellement disponible sur la durée de l'allaitement.

Ces recommandations proposent des conseils d'organisation et des modalités de mise en œuvre de l'allaitement maternel et de sa poursuite jusqu'à au moins six mois. Les compléments d'un allaitement partiel ainsi que la diversification alimentaire ne sont pas abordés.

### 1. Définitions et description de l'allaitement maternel

Actuellement, l'absence de définition de l'allaitement dans les études est une limite à la comparaison des stratégies d'incitation à l'allaitement, à l'évaluation de sa mise en œuvre, de son niveau, de ses modalités et de sa durée.

S'appuyant sur les travaux de l'Organisation mondiale de la santé et de l'*Interagency Group for Action on Breastfeeding*, le groupe de travail propose les définitions suivantes :

- Le terme allaitement maternel est réservé à l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère ;
- L'allaitement est **exclusif** lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingestat, solide ou liquide y compris l'eau ;
- L'allaitement est **partiel** lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou tout autre nourriture. En cas d'allaitement partiel, celui-ci est majoritaire si la quantité de lait maternel consommé assure plus de 80 % des besoins de l'enfant ; moyen si elle assure 20 à 80 % de ses besoins et faible si elle en assure moins de 20 % ;
- La réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein.

En raison du manque de consensus dans la littérature, l'adjonction de vitamines ou de sels minéraux n'a pas été prise en compte dans les définitions.



Le sevrage correspond à l'arrêt complet de l'allaitement maternel. Le sevrage ne doit pas être confondu avec le début de la diversification alimentaire.

Pour le suivi de l'allaitement par le professionnel de santé et l'évaluation des publications, les éléments de description d'un allaitement maternel devraient être les suivants :

- l'âge du nourrisson ;
- le niveau d'allaitement (exclusif ou partiel) ;
- la fréquence et la durée des tétées ;
- les autres aliments consommés ;
- l'utilisation de biberons pour les liquides y compris le lait maternel exprimé.

## **2. Population concernée par les recommandations**

Ces recommandations concernent les femmes ayant mis au monde un enfant sain né à terme.

Les modalités d'allaitement des jumeaux, des autres nouveau-nés, malades, prématurés, dysmatures ou de faible poids de naissance n'ont pas été abordées dans ces recommandations.

## **3. Professionnels concernés par les recommandations**

La mise en œuvre de l'allaitement maternel et sa poursuite dans le temps requièrent généralement l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels de santé.

Ces recommandations concernent donc tous les professionnels impliqués en périnatalité, en particulier les médecins généralistes, les gynécologues-obstétriciens, les pédiatres, les sages-femmes, les infirmières, les puéricultrices et les auxiliaires de puériculture.

L'action des équipes soignantes peut être utilement complétée par des bénévoles expérimentés en particulier pour soutenir les femmes qui allaitent.

Pour appliquer ces recommandations, les professionnels doivent être formés à la pratique et au suivi de l'allaitement au cours de leurs études et en formation continue. Les modalités de cette formation ne sont pas abordées dans ce travail.

## **4. Qualité de la littérature et grade des recommandations**

Les conclusions retenues dans ce travail s'appuient essentiellement sur des études menées dans les pays développés.

Les preuves épidémiologiques des bénéfices de l'allaitement maternel reposent sur des études d'observation hétérogènes et sur l'avis d'experts internationaux.

Les études qui ont mesuré l'efficacité de diverses interventions sur la pratique de l'allaitement sont hétérogènes. Elles manquent souvent de précision concernant la prise en charge habituelle des populations étudiées et les critères de jugement, en particulier l'absence de standardisation de la définition de l'allaitement, de la mesure du taux d'allaitement exclusif et de sa durée.

Les recommandations ont été pondérées par le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, selon l'échelle suivante : une recommandation de grade A est fondée sur des études scientifiques de fort niveau de preuve ; une recommandation de grade B est fondée sur des présomptions scientifiques fournies par des études de niveau de preuve intermédiaire ; une recommandation de grade C

est fondée sur des études de faible niveau de preuve. En l'absence de précisions, les recommandations reposent sur un accord professionnel exprimé par le groupe de travail et le groupe de lecture.

## II. BENEFICES ET DUREE OPTIMALE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF

**L'allaitement maternel exclusif est le mode d'alimentation le plus approprié pour le nourrisson jusqu'à six mois. Il lui assure une croissance et un développement optimaux.**

L'allaitement exclusif protège le nouveau-né des infections gastro-intestinales et, dans une moindre mesure, des infections ORL et respiratoires. L'effet protecteur de l'allaitement maternel dépend de sa durée et de son exclusivité.

La poursuite de l'allaitement exclusif pendant six mois par rapport à une durée de trois à quatre mois permet un développement optimal des nourrissons et doit donc être encouragée (grade B). Toutefois, certaines mères ne pourront pas suivre cette recommandation ou décideront de ne pas le faire.

L'introduction d'une alimentation complémentaire entre 4 et 6 mois n'apporte aucun bénéfice particulier (grade B).

## III . CONTRE-INDICATIONS DE L'ALLAITEMENT

**Les raisons médicales qui contre-indiquent l'allaitement maternel sont exceptionnelles**, tant pour la mère (infection par le VIH, sauf pasteurisation du lait) que pour le nouveau-né (anomalie congénitale du métabolisme : galactosémie).

Le passage lacté de la nicotine étant prouvé, il faut encourager les mères à arrêter de fumer. Mais de toute façon, l'allaitement reste le meilleur choix.

## IV. LES PRATIQUES QUI ENCOURAGENT L'ALLAITEMENT MATERNEL

### 1. Les facteurs qui influencent le choix d'allaiter

L'allaitement maternel est plus répandu chez les femmes appartenant à des milieux favorisés et ayant fait des études plus poussées.

Les mères choisissent l'allaitement maternel parce qu'elles en retirent un investissement émotionnel et des gratifications comme un sentiment d'utilité, une satisfaction physique, une image de soi positive, une affirmation de leur féminité.

Les mères non allaitantes justifient leur choix par l'importance donnée à leur activité professionnelle, l'image sociale négative de la femme allaitante, leurs conceptions éducatives et la volonté égalitaire de partage des tâches dans le couple que le biberon faciliterait.

Selon les rares études portant sur le moment du choix du mode d'allaitement, celui-ci se situe avant la grossesse pour plus de la moitié des mères. Le groupe de travail souligne l'importance de l'éducation sanitaire et le nécessaire renforcement de la place de l'allaitement maternel dans la société.

Les campagnes médiatiques nationales ou locales n'influencent pas directement les pratiques d'allaitement. Elles peuvent favoriser l'émergence d'un environnement favorable au soutien à l'allaitement maternel et contribuer au changement d'attitudes à l'égard de cette pratique.

Seules les annonces télévisées répétées semblent avoir une influence sur l'intention ultérieure d'allaiter (grade C). Le groupe de travail recommande qu'une information appropriée soit donnée à l'école pour renforcer l'intention d'allaiter.

## **2. Les interventions qui encouragent l'allaitement maternel avant la naissance**

Toute rencontre avec une femme enceinte doit être l'occasion pour les professionnels de santé d'aborder le mode d'alimentation du nouveau-né et en particulier l'allaitement maternel. Il est recommandé d'évaluer l'expérience de la future mère, ses connaissances, ses désirs et de lui donner des informations sur les modalités de mise en œuvre de l'allaitement. Cette information prénatale s'adresse également au futur père, celui-ci jouant un rôle de soutien de la mère.

En période prénatale, l'information seule, délivrée individuellement ou en groupe, a un impact limité sur les taux d'allaitement exclusif et sur la durée de l'allaitement maternel (grade C).

En revanche, des programmes structurés utilisant une approche de groupe ou individuelle, à l'hôpital ou en dehors, et s'appuyant sur l'association de plusieurs techniques éducatives (groupe de discussion, cours de préparation à l'accouchement, brochures, vidéo, manuel d'auto-apprentissage) augmentent le taux d'allaitement maternel à la naissance et, dans certains cas, sa poursuite (grade C).

Des études montrent que l'action des mères ayant allaité avec succès, formées à la conduite de l'allaitement et supervisées, renforce la décision des femmes qui ont décidé d'allaiter et les aide à réaliser effectivement cet allaitement (grade C). Ce type d'intervention est recommandé.

Chez les femmes de faible niveau de ressources ou appartenant à des minorités ethniques, des contacts durant la période pré et post-natale avec des mères expérimentées améliorent la mise en œuvre et la durée de l'allaitement maternel (grade C).

## **3. Préparation des seins à l'allaitement**

Le bénéfice d'une préparation physique des seins, même en cas de mamelons rétractés ou peu extensibles, n'est pas démontré.

## **V. LES MODALITES DE MISE EN ŒUVRE ET D'ACCOMPAGNEMENT DE L'ALLAITEMENT LORS DE SA MISE EN ROUTE**

### **1. Changements des pratiques et de l'organisation dans les maternités**

Toutes les interventions visant à changer les pratiques fondées sur tout ou partie des « dix conditions pour le succès de l'allaitement » proposées par l'OMS et l'UNICEF dans le cadre de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB) (tableau 1) améliorent le taux d'allaitement à la sortie de la maternité et entraînent une augmentation de la durée de l'allaitement exclusif (grade B).

La mise en œuvre de ces conditions est recommandée, mais rend nécessaire un profond changement des pratiques dans les maternités et la participation de l'ensemble des professionnels impliqués.

Le groupe de travail souligne qu'à ce jour en France, deux maternités ont obtenu le titre de " Maternité Amie des Bébés ".

## **2. Contact peau à peau et tétée précoce**

À la naissance, chaque nouveau-né doit être séché, recouvert et immédiatement mis sur le ventre de la mère. Les mères qui ont un contact précoce avec leur enfant ont plus de facilité à communiquer avec leur bébé, même non allaité (grade C).

Les soins essentiels au nouveau-né seront effectués après une période de contact prolongée et ininterrompue. Ces soins et les pratiques habituelles de surveillance devraient être définis pour favoriser le contact mère-enfant et l'allaitement maternel tout en maintenant les exigences de sécurité pour la mère et l'enfant.

Après la naissance, la première tétée est favorisée par ce contact intime.

L'allaitement n'est pas compromis si le bébé ne tète pas immédiatement à la naissance (grade B) car les bébés présentent une variété de comportements et ne sont pas tous prêts à téter au même moment.

L'analgésie péridurale pendant le travail peut retarder le réflexe de succion, mais ne modifie pas la mise en route de l'allaitement. Si la première tétée est retardée, il est recommandé d'apporter davantage d'aide et de soutien à la mère.

## **3. Cohabitation du nouveau-né avec sa mère**

La cohabitation du nourrisson avec sa mère doit être systématiquement encouragée. La proximité de la mère et de l'enfant 24 heures sur 24 favorise l'allaitement à la demande, facilite l'allaitement la nuit et limite le risque de recours à un substitut de lait (grade C).

De plus, elle favorise le processus d'attachement entre la mère et l'enfant, même si l'enfant n'est pas allaité. La mère pourra apprendre à reconnaître les signes qui montrent que le bébé est prêt à téter.

L'équipement hôtelier à la maternité doit être adapté (lit plus large, à hauteur variable, fauteuil confortable) pour faciliter l'allaitement.

## **4. Position du nouveau-né et prise du sein**

La bonne position du nouveau-né (face à la mère) et la prise correcte du sein par l'enfant (bouche grande ouverte et langue vers le bas) permettent une succion efficace et un transfert de lait optimal tout en prévenant les tétées douloureuses et les lésions du mamelon (figure 1). C'est un facteur déterminant de la réussite de la mise en œuvre et de la poursuite de l'allaitement.

Le groupe de travail recommande que soient recherchées avec la mère les différentes positions dans lesquelles le bébé peut être allaité confortablement (position assise, couchée). La mère doit être entraînée à observer la succion caractéristique signifiant l'efficacité de la tétée.

Les professionnels de santé doivent vérifier la prise correcte du sein et l'efficacité de la succion lors des premières tétées.

## **5. Durée et fréquence des tétées**

Seul l'allaitement à la demande permet au nourrisson de réguler ses besoins nutritionnels. La plupart des nourrissons allaités ont besoin de téter fréquemment y compris la nuit (souvent davantage que les 6 à 7 tétées préconisées habituellement)

d'autant que la tétée a d'autres fonctions que nutritionnelle (réconfort, plaisir, tendresse).

Il n'y a aucun avantage démontré à réduire le nombre et la durée des tétées, ni à fixer un intervalle minimum entre deux tétées. En effet, la restriction des tétées est associée à un arrêt plus précoce de l'allaitement, à une fréquence plus élevée des douleurs des mamelons et des engorgements et au recours plus fréquent à des compléments de substituts de lait (grade C).

Il existe des écarts interindividuels dans la fréquence, la durée et la régularité des tétées. Cela rend nécessaire la proximité de l'enfant avec sa mère 24 heures sur 24. Aucune donnée ne permet de conseiller à la mère de proposer un sein ou les deux à chaque tétée. Il est cependant important de n'offrir l'autre sein au nourrisson que lorsque celui-ci arrête de téter de lui-même, afin de prévenir un éventuel engorgement.

## **VI. UTILISATION DE COMPLEMENTS**

### **1. Lors du commencement de l'allaitement**

L'allaitement exclusif suffit à satisfaire les besoins nutritionnels et hydriques d'un nouveau-né sain à terme s'il tète de manière efficace et à la demande. Il n'y a alors pas de risque d'hypoglycémie et les contrôles systématiques de la glycémie sont inutiles.

Il n'y a pas lieu de donner des compléments (eau, eau sucrée, substitut de lait) à un nouveau-né allaité exclusivement. L'introduction de compléments perturbe le bon déroulement de l'allaitement maternel et entraîne un sevrage plus précoce (grade C). Les biberons de substituts de lait prêts à l'emploi ne doivent pas être mis à disposition des mères dans leur chambre.

Il est recommandé d'évaluer la prise correcte du sein et l'efficacité de la succion avant de donner des compléments au nouveau-né. Les indications des compléments sont actuellement mal définies, la décision d'utiliser des compléments sera prise au cas par cas en concertation avec la mère.

Comme la distribution de colis-cadeaux contenant un substitut de lait ou du matériel promotionnel pour l'alimentation au biberon a un impact négatif sur l'allaitement exclusif, cette pratique est déconseillée (grade B). La distribution gratuite de substitut de lait à la sortie de la maternité est interdite en France.

### **2. Lors de la poursuite de l'allaitement**

L'introduction de compléments entre 4 et 6 mois en plus de la poursuite de l'allaitement conduit à un excès de risque significatif de gastro-entérite et doit donc être déconseillé car n'apporte aucun bénéfice pour la croissance et le développement de l'enfant (grade B).

La croissance des nourrissons allaités diffère de celle de nourrissons alimentés avec un substitut de lait. Les nourrissons allaités grossissent plus rapidement pendant les deux à trois premiers mois de vie, suivis de gains légèrement inférieurs entre quatre et neuf mois. Le gain en taille est légèrement inférieur parmi les enfants allaités exclusivement, à partir de quatre à six mois.

Le groupe de travail souligne qu'une nouvelle référence internationale de croissance est actuellement en cours d'élaboration. Elle vise à créer un modèle normatif, reflétant la croissance des nourrissons et des enfants sains allaités par leur mère et

permettant d'évaluer tous les autres modes d'alimentation en termes de croissance, de santé et de développement. Le groupe de travail recommande que cette nouvelle référence une fois élaborée remplace les courbes existantes dans les carnets de santé.

## **VII. PREVENTION ET TRAITEMENT DES DIFFICULTES DE L'ALLAITEMENT**

La plupart des difficultés de l'allaitement maternel peuvent être prévenues et ne doivent pas entraîner un arrêt systématique de l'allaitement.

### **1. Les douleurs et lésions des mamelons**

Une sensibilité douloureuse est souvent inévitable au début de l'allaitement. Les douleurs et lésions des mamelons (rougeur, irritation, crevasse) sont avant tout causées par une mauvaise prise du sein entraînant une friction anormale entre le mamelon et la langue, les gencives, les lèvres ou le palais du nourrisson. Leur prévention repose sur un positionnement correct du nourrisson lors des tétées. L'observation des premières tétées et la correction de la position du nourrisson et de la mère par les professionnels de santé sont recommandées.

Une hygiène quotidienne (douche) est suffisante. Le nettoyage des mamelons avant et/ou après une tétée semble augmenter l'incidence des douleurs des mamelons et complique inutilement l'allaitement.

La persistance de la douleur malgré une prise correcte du sein doit faire évoquer une pathologie, en particulier une mycose. Un examen soigneux des mamelons est recommandé avant de recourir à un traitement.

En cas de lésions du mamelon, l'utilisation de topiques, de protège-mamelon et de coupelles d'allaitement a été insuffisamment évaluée pour être recommandée.

### **2. L'engorgement mammaire**

La congestion mammaire se traduisant par une augmentation de volume et une tension des seins ainsi qu'une sensation de chaleur survenant dans les premiers jours suivant la naissance ne doit pas être confondue avec un engorgement.

L'engorgement physiologique se traduit par un oedème résultant d'une stase capillaire et lymphatique et par une augmentation du volume de lait produit. Il témoigne de l'installation du stade II de la lactogenèse. Il se résout rapidement avec des tétées efficaces.

L'engorgement devient pathologique s'il s'accompagne de fièvre, de frissons, de douleur et d'une gêne à l'écoulement du lait. Il peut évoluer vers une mastite si des mesures rapides ne sont pas prises.

Les mères doivent être prévenues de l'éventualité de la survenue d'un engorgement, il est conseillé de leur apprendre à les prévenir, à identifier les signes d'engorgement et d'y faire face.

La prévention de l'engorgement repose sur des tétées précoces, sans restriction de leur fréquence et de leur durée.

Aucun traitement de l'engorgement n'a fait la preuve de son efficacité hormis l'expression du lait (manuelle ou à l'aide d'un tire-lait) qui réduit la stase lactée quand l'enfant est incapable de prendre le sein ou tête de façon inefficace. L'expression de lait doit être suivie d'une tétée par le bébé.

Même si le bénéfice d'un traitement symptomatique (application de froid ou de chaud) n'est pas démontré, il peut être utilisé s'il procure un soulagement à la mère. La restriction hydrique, le bandage des seins aggravent l'inconfort de la mère et ne sont pas recommandés.

### **3. La lymphangite ou mastite**

La mastite (terme utilisé dans les publications internationales) est une inflammation du sein qui peut éventuellement évoluer vers une infection. Les signes cliniques sont habituellement unilatéraux, allant de la simple inflammation localisée d'un segment du sein avec rougeur, douleur et augmentation de la chaleur locale à un aspect beaucoup plus sévère de cellulite avec peau d'orange. Le quadrant supéro-externe du sein est le plus souvent atteint. Ces signes locaux peuvent précéder ou s'associer à des signes généraux (fièvre ou symptômes pseudo-grippaux).

L'engorgement, les crevasses, les lésions du mamelon sont des facteurs de risque de mastite.

Le traitement repose sur :

- la recherche des facteurs favorisants, l'observation d'une tétée et l'évaluation de la pratique de l'allaitement ;
- l'écoulement efficace du lait maternel par la poursuite de l'allaitement en optimisant le drainage du sein (tétées sans restriction de durée et de fréquence) et l'extraction du lait, surtout du côté atteint ; il n'y a aucun risque pour un nourrisson sain. Si la tétée est trop douloureuse, l'expression du lait (manuelle ou avec un tire-lait) est indispensable. suspendre l'allaitement expose au développement d'un abcès du sein ;

Le traitement antibiotique est indiqué en cas de mastite infectieuse (confirmée si possible par une mise en culture du lait et réalisation d'un antibiogramme) ou si les symptômes sont graves d'emblée ou si une lésion du mamelon est visible ou si les symptômes ne s'améliorent pas en 12 à 24 heures. L'antibiotique prescrit sera compatible avec l'allaitement maternel.

Le traitement symptomatique repose sur l'application de chaud ou de froid sur le sein qui peut être utilisée si elle procure un soulagement à la mère et sur le repos.

Les mères doivent être prévenues de l'éventuelle survenue d'une mastite et de la manière d'y faire face. La conduite à tenir en cas de mastite doit leur être expliquée.

### **4. L'insuffisance de lait**

L'incapacité anatomique ou physiologique à produire suffisamment de lait est très rare. Le plus souvent, elle est la conséquence d'une conduite inappropriée de l'allaitement (tétées inefficaces et peu nombreuses) à l'origine d'une diminution du transfert de lait au nourrisson et de la sécrétion lactée.

Dans ce cas, il est proposé d'évaluer la pratique de l'allaitement, de corriger les éventuels problèmes identifiés, d'évaluer une éventuelle stagnation staturo-pondérale du nourrisson et d'apporter des conseils et un soutien visant à restaurer la confiance de la mère dans ses compétences et ses capacités.

Les mères doivent être prévenues de l'éventuelle survenue d'une insuffisance de lait en particulier lors de la reprise du travail et de la manière d'y faire face : augmenter



transitoirement la fréquence et la durée des tétées et rechercher le soutien des professionnels de santé ou de bénévoles expérimentés.

### **VIII. LES PRATIQUES QUI ENCOURAGENT ET SOUTIENNENT L'ALLAITEMENT DANS SA DUREE**

Toute forme de soutien proposé à la sortie de la maternité diminue le risque d'arrêt de l'allaitement exclusif avant six mois (grade B).

Parmi les stratégies de soutien, le contact individuel, fondé sur des conseils appropriés et des encouragements, avec un professionnel formé au suivi de l'allaitement (en complément de soins habituels après la naissance) apporte un bénéfice supérieur aux contacts répétés par téléphone dans les pays où existe déjà un programme de soutien organisé combinant plusieurs actions (grade B).

Les interventions postnatales associées à un contact avant la naissance n'apportent pas un bénéfice supérieur au soutien post-natal seul (grade B).

Par ailleurs, il faut allonger la durée du congé post-natal, car il favorise la poursuite de l'allaitement maternel.

### **IX. LA REPRISE DES ACTIVITES QUOTIDIENNES**

La reprise du travail, des activités ou du sport ne doit pas être un obstacle à la poursuite de l'allaitement. Cette possibilité de concilier reprise d'activités et allaitement doit être envisagée avec chaque mère.

Les mères doivent être informées des différentes modalités de poursuite de l'allaitement : tétée matin et soir, expression et conservation du lait, allaitement partiel, reprise de l'allaitement à la demande pendant les jours de congés ou les temps de fin de semaine et les vacances.

Des mesures comme la réelle application du code du travail (articles L224-1 ; 224-2 ; 224-3 et 224-4 ; articles R224-1 ; 224-2 ; 224-3 ; 224-5 et 224-23) avec la possibilité de pauses prises sur le temps de travail, une réduction journalière du temps de travail ou des horaires de travail souple, des lieux appropriés pour exprimer le lait, l'extension des crèches d'entreprise devraient encourager la poursuite de l'allaitement maternel.

Le recours à des professionnels de santé ou de bénévoles formés au suivi de l'allaitement et la recherche d'un soutien en cas de difficultés sont recommandés.

### **X. ALLAITEMENT ET NUTRITION DE LA MERE**

Les principes d'une nutrition saine, variée et équilibrée recommandée durant la grossesse s'appliquent également durant toute la durée de l'allaitement maternel.

Aucune règle alimentaire spécifique n'est justifiée ni interdite, y compris pour la quantité de boissons.

La caféine diffuse dans le lait maternel. Son métabolisme étant lent chez le nouveau-né, la consommation de café (ou boissons riches en caféine) doit être modérée (2-3 tasses par jour).

La concentration d'alcool dans le lait maternel est voisine de celle du sérum. La consommation d'alcool est donc déconseillée. Si la consommation d'alcool est occasionnelle, elle doit être modérée (un à deux verres).

Les effets bénéfiques de l'allaitement maternel sont largement supérieurs aux éventuels effets des dioxines qui passent dans le lait maternel. Les données existantes montrent que l'exposition du nouveau-né allaité au sein reste inférieure aux valeurs recommandées par l'OMS pour assurer la protection à long terme de la santé des personnes. Il est conseillé à la mère de réduire sa consommation de matière grasse d'origine animale et d'éviter une perte de poids trop rapide afin de minimiser le risque d'exposition du nourrisson aux dioxines.

## **XI. ALLAITEMENT ET MEDICAMENTS**

De nombreux médicaments peuvent être administrés sans risque à une femme qui allaite. Avant de prescrire un traitement, il faut se poser trois questions :

- le symptôme ou la pathologie nécessitent-ils vraiment un traitement ?
- ce traitement est-il, à efficacité équivalente, celui qui présente le moins de risques pour l'enfant allaité ?
- le risque potentiel pour le nourrisson est-il supérieur à l'avantage que lui procure l'allaitement maternel ?

Lorsqu'une conduite à tenir explicite figure dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) du dictionnaire Vidal, (« allaitement possible », « allaitement contre-indiqué »), elle doit être suivie.

Lorsque la conduite à tenir dans le RCP est moins explicite (« allaitement déconseillé », simple mention de données cinétiques ou rubrique non renseignée), la décision d'allaiter ou de poursuivre un allaitement maternel sous traitement doit être le plus souvent prise au cas par cas, en accord avec la mère, après l'avoir informée des risques éventuels. Il faut alors tenir compte de l'activité pharmacologique du médicament et de son profil cinétique ; du profil des effets indésirables du médicament ; de l'âge du nourrisson ; du niveau d'allaitement ; de la possibilité de surveillance et de suivi du nourrisson ; de la compréhension de la mère.

En présence d'un enfant présentant une symptomatologie inexplicquée, il faut penser à demander à la mère si elle prend des médicaments, en veillant à ne pas exclure la possibilité d'une automédication.

Il convient d'être attentif à ne pas oublier les interactions médicamenteuses entre les traitements que l'enfant reçoit par le lait et ceux qu'on lui administre directement ainsi que les médicaments utilisés localement sur le sein.

Les sites Internet de l'AFSSaPS ([www.afssaps.sante.fr](http://www.afssaps.sante.fr)) (conclusions du groupe de travail « reproduction, grossesse et allaitement » consultables en 2003, toutes les spécialités n'ont pas encore été évaluées), de la *Food and Drug Administration* ([www.fda.gov](http://www.fda.gov)) et de l'EMA à partir du portail de l'*European Pharmaceutical Regulatory Sector* ([www.eudra.org](http://www.eudra.org)), ainsi que la bibliographie des bases de données spécialisées d'accès payant telles que TERIS (*Teratogen Information System* [www.depts.washington.edu](http://www.depts.washington.edu)) et REPROTOX (*Reproductive Toxicology Center* [www.reprotox.org](http://www.reprotox.org)) et des ouvrages de référence (comme celui de T. W. Hale, *Medications and mothers' milk*) pourront utilement être consultés.

## **XII. ALLAITEMENT ET CONTRACEPTION**

Une information sur la fertilité en cours d'allaitement doit être donnée au couple afin de lui permettre de choisir la méthode de régulation des naissances la plus appropriée.

La contraception des femmes qui allaitent est simple et naturelle : c'est la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA). Elle comprend un allaitement complet et exclusif, jour et nuit, et la persistance de l'aménorrhée, pendant les 6 premiers mois, ou, au moins, jusqu'au retour de couches. Le risque de grossesse est nul dans les 3 premiers mois et inférieur à 2 % dans les 6 mois. Son efficacité est comparable aux meilleures méthodes contraceptives.

Si les conditions de la MAMA ne sont pas respectées, ou si la femme le souhaite, il faut conseiller une autre contraception, en soulignant l'absence de risque de grossesse dans les 6 premières semaines du post-partum, date de la consultation postnatale conseillée.

Les œstro-progestatifs ne sont pas recommandés avant le 6<sup>ème</sup> mois, car ils pourraient réduire la production de lait.

Les microprogestatifs, les progestatifs injectables et les implants progestatifs peuvent être utilisés sans inconvénients ni pour l'allaitement, ni pour le nouveau-né, mais, ils ne seront pas utilisés avant la 6<sup>ème</sup> semaine du post-partum.

La pose d'un dispositif intra-utérin est possible, sans risque particulier, dès la quatrième semaine du post-partum, même en l'absence de retour de couches.

Les préservatifs ou les spermicides peuvent être utilisés en sachant que leur efficacité contraceptive est moindre.

## **XIII. Conclusion et perspectives de recherche**

L'analyse de la littérature utilisée pour ce travail a conduit le groupe de travail à proposer les travaux et les pistes de recherches suivantes :

- Les taux d'allaitement maternel sont actuellement ceux mesurés durant le séjour à la maternité ou dans le post-partum immédiat. Il serait souhaitable que l'on puisse disposer de données sur la durée de l'allaitement maternel ;
- les études qui mesurent l'efficacité de diverses interventions sur la pratique de l'allaitement maternel devraient décrire précisément d'une part les modalités de l'intervention et la prise en charge habituelle des populations étudiées et les critères de jugement, en particulier la définition retenue de l'allaitement maternel, la mesure du taux d'allaitement exclusif et sa durée d'autre part ;
- les pratiques habituelles de surveillance et de soins aux nouveau-nés en salle de naissance devraient être définis pour favoriser un allaitement précoce tout en maintenant les exigences de sécurité pour la mère et l'enfant ;
- les difficultés de l'allaitement (douleurs et lésions du mamelon, engorgement mammaire, mastite) devraient être mieux définies, leur prévention et leur traitement évalués.

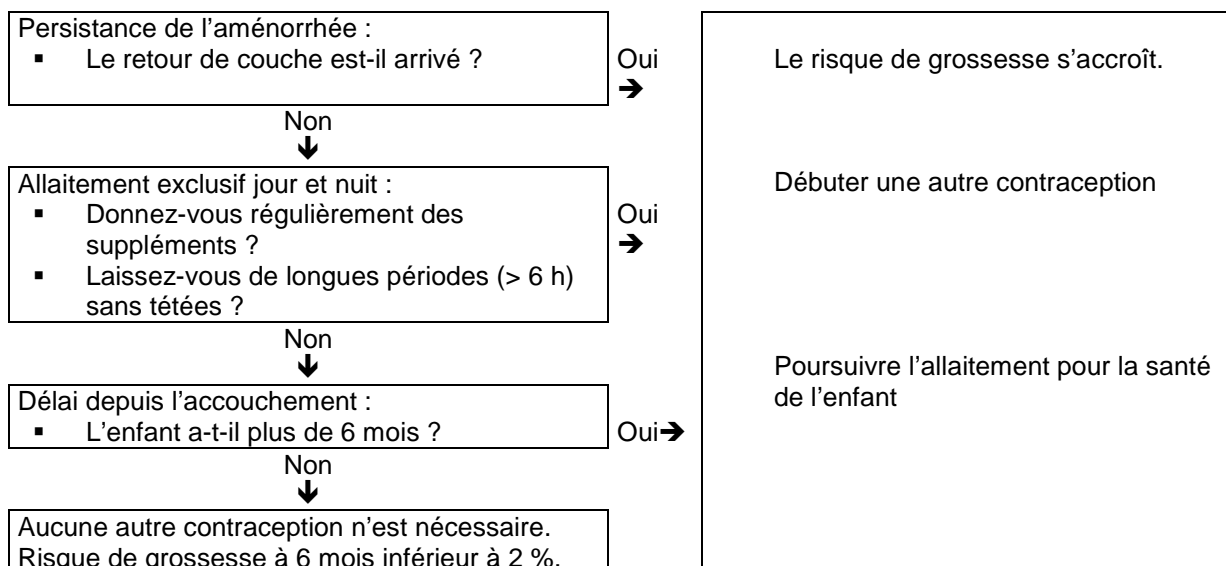
Le rapport complet est édité par l'ANAES et consultable sur le site internet <http://www.anaes.fr>-rubrique - *Publications*.

**Tableau 1.** Les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » d'après OMS/UNICEF, 1999 {OMS/UNICEF, 1999 1056 }.

Dix conditions pour le succès de l'allaitement

- Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants
- Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique
  - Informer toutes les femmes enceintes des avantages et de la pratique de cet allaitement
  - Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance
  - Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson
  - Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale
    - Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour
    - Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant
    - Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette
- Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique

**Tableau 15.** Algorithme de la MAMA : Comment déterminer la nécessité d'une autre contraception pendant l'allaitement d'après Kennedy {Kennedy 1996 629}, Vekemans {Vekemans 1997 610} et Labbok {Labbok 1997 616}.



**Remerciements :**

Nous remercions l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé de nous avoir autorisé à reproduire ces recommandations. Le rapport complet est édité par l'ANAES et est consultable sur le site [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr) (rubrique *Publications*).

## Ateliers proposés pendant la JRA 2003

N°	Titre et contenu	Animateurs
1	Travail en réseau. Présentation d'un projet de travail en réseau, CERDAM	Séverine Martial (présidente association Ecoute Lait) et Géraldine Hesse (sage-femme Hôpital Edouard Herriot)
2	Médicaments et allaitement	Dr Bellemin (pharmacologue) Dr Robert Duclaux (médecin généraliste)
3	Travail et allaitement : allaitement à la crèche, chez la nounou, comment concilier allaitement et reprise du travail?	Nicole Demattéis (puéricultrice Conseil général 69), Marie-Jo Sommard (puéricultrice, directrice de crèche)
4	Conduite de l'allaitement maternel dans la durée, rythme, fréquences, diversification, conditions favorables, recommandations de l'OMS	Isabelle Saribay (animatrice Galactée) et Dr Irène Loras-Duclaux (pédiatre Hôpital Edouard Herriot)
5	Maternage et allaitement: portage, co-sleeping, tétées de nuit.	Nathalie Roques (IPA) et Gaëlle Chevrier (animatrice de La Leche League)
6	Femmes immigrées et allaitement maternel	Agnès Cintas (sage-femme Conseil général 69), Dr Juliette LeRoy (IPA)
7	Allaitement maternel et précarité. Comment l'allaitement maternel peut-il être promu dans les milieux défavorisés?	Dr Marie-Josée Communal (médecin inspecteur de la DRASS)
8	Mise en route de l'allaitement: rythme, fréquence, première tétée, IHAB	Sylvie Balmer (consultante en lactation), Lactarium de Lyon
9	Les complications au quotidien: crevasses, engorgement, lymphangite, atelier pratique	Valérie Deloger (animatrice Galactée) et Dr Camille Schelstraete (consultante en lactation)
10	Quel enseignement de l'allaitement maternel auprès des professionnels? Comment les intéresser, que proposer, où, quel cursus...	Mme Giraud (enseignante école de sages-femmes de Lyon) et Stéphanie Malartre (enseignante école d'auxiliaire de puéricultrice école du Sud-Est)

