



A g e n c e **N** a t i o n a l e
d' **A** c c r é d i t a t i o n e t
d' **É** v a l u a t i o n e n **S** a n t é

ALLAITEMENT MATERNEL

MISE EN ŒUVRE ET POURSUITE DANS LES 6 PREMIERS MOIS DE VIE DE L'ENFANT

RECOMMANDATIONS

MAI 2002

Service recommandations et références professionnelles

Pour recevoir la liste des publications de l'ANAES, il vous suffit d'envoyer vos coordonnées à l'adresse ci-dessous

ou consulter notre site : <http://www.anaes.fr> ou <http://www.sante.fr>

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'ANAES est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été finalisé en mai 2002 ; ce rapport peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

Service Communication

159, rue Nationale - 75640 Paris Cedex 13 - Tél. : 01 42 16 72 72 - Fax : 01 42 16 73 73

© 2003. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

I.S.B.N.

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. Elles ont été établies sous l'égide de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé en collaboration avec des représentants de :

- l'Association des sages-femmes enseignantes françaises ;
- l'Association nationale des sages-femmes libérales ;
- l'Association nationale des puéricultrices diplômées d'État ;
- l'Association pour la promotion de l'expertise et de la recherche en soins infirmiers ;
- la Fédération nationale des pédiatres néonatalogistes ;
- le Regroupement national des sages-femmes occupant un poste d'encadrement ;
- la Société française de pédiatrie.

La méthode de travail utilisée a été celle décrite dans le guide « Recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France » publié en 1999 par l'ANAES.

L'ensemble du travail a été coordonné par M^{me} Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT, responsable de projet, sous la direction de M. le D^r Patrice DOSQUET, responsable du service recommandations et références professionnelles.

La recherche documentaire a été réalisée par M^{me} Emmanuelle BLONDET, documentaliste, sous la direction de M^{me} Rabia BAZI.

Le secrétariat a été assuré par M^{lle} Marie-Laure TURLET.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé tient à remercier les membres du comité d'organisation, du groupe de travail, du groupe de lecture et de son Conseil scientifique qui ont participé à ce travail.

COMITÉ D'ORGANISATION

M^{me} Marie-Noëlle BABEL-REMY, sage-femme, Romans-sur-Isère
M^{me} Dominique BOURGIN, sage-femme enseignante, Échirolles
M^{me} Dominique GIBIRILA, puéricultrice, Toulouse
M^{me} Carole KOHLER, cadre expert en soins infirmiers, Paris

M^{me} Élisabeth LECHEVALLIER, sage-femme, Caen
M. le P^r Pierre LEQUIEN, néonatalogiste, Lille
M. le P^r Dominique TURCK, pédiatre, Lille
M^{me} Anne-Marie ZABARINO, puéricultrice, Montpellier

GROUPE DE TRAVAIL

M. le D^r Bernard MARIA, gynécologue-obstétricien, Villeneuve-Saint-Georges ; président du groupe de travail
M^{me} Suzanne COLSON, sage-femme, Hythe, Angleterre ; chargée de projet
M^{me} le D^r Gisèle GREMMO-FÉGER, pédiatre, Brest ; chargée de projet
M^{me} Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT, responsable de projet, service recommandations et références professionnelles, ANAES, Paris

M^{me} Marie COURDENT, puéricultrice, consultante en lactation IBCLC, Lille
M^{me} Claude-Suzanne DIDIERJEAN-JOUVEAU, animatrice Leche League, Villemomble
M. le D^r Joël DUBERNET, généraliste, Saint-Pey-de-Castets
M^{me} le D^r Michèle DUBOIS, pédiatre, Paris
M^{me} Florence HELARY-GUILLARD, sage-femme, Larré
M^{me} le D^r Christiane HURAUX-RENDU, pédiatre néonatalogiste, Créteil
M^{me} le D^r Catherine LAUNOIS-LANBA, gynécologue-obstétricien, Paris
M. le D^r André MARCHALOT, pédiatre, consultant en lactation, Vire

M. le D^r Philippe MASQUELIER, généraliste, Fournes-en-Weppes
M^{me} Anne PARTENSKY-LEIBMAN, sage-femme, Vaulx-en-Velin
M^{me} Françoise PEREZ, sage-femme, consultante en lactation IBCLC, Béziers
M. le D^r Patrick POCHET, généraliste, Clermont-Ferrand
M. le D^r Daniel ROTTEN, gynécologue-obstétricien, Saint-Denis
M^{me} le D^r Camille SCHELSTRAETE, généraliste, consultante en lactation IBCLC, Chambéry
M. le D^r Fancis SCHWETTERLE, gynécologue-obstétricien, Lons-le-Saunier

GROUPE DE LECTURE

M^{me} Sylvaine AUBIN, sage-femme, Caen
M^{me} Marie-Noëlle BABEL-REMY, sage-femme, Romans-sur-Isère
M^{me} le D^r Évelyne BADOC-ERBACHER, gynécologue-obstétricien, Décines-Charpieu

M^{me} Hélène BASTIDE-CUENCA, sage-femme, Gardanne ; membre du Conseil scientifique de l'ANAES

- M. le D^r Patrick BASTIEN, généraliste, Gérardmer ; membre du Conseil scientifique de l'ANAES
M^{me} Catherine BERTEVAS, sage-femme, Brest
M. le D^r Bruno BETEND, pédiatre, Vaulx-en-Velin
M. le D^r Pierre BITOUN, pédiatre-généticien, Bondy
M. le D^r Alain BOCQUET, pédiatre, Besançon
M. le D^r André BRIEND, généraliste, Paris
M. le D^r Christophe CABON, généraliste, Brest
M. le D^r Eugène CASTELAIN, généraliste, Nœux-les-Mines
M^{me} le D^r Catherine CRENN-HEBERT, gynécologue-obstétricien, Colombes
M^{me} le D^r Nelly DEQUIDT, gynécologue-obstétricien, Nancy
M. le P^r Michel DREYFUS, gynécologue-obstétricien, Caen
M^{me} le D^r Nathalie DUMARCET, AFSSAPS, Saint-Denis
M^{me} le D^r Lise DURANTEAU, endocrinologue-gynécologue, AFSSAPS, Saint-Denis
M^{me} le D^r Brigitte FONTAINE, gynécologue-obstétricien, consultante en lactation, Nancy
M. le D^r Philippe FOUCRAS, généraliste, Roubaix
M^{me} Fabienne GAUCHET, sage-femme surveillante chef, Villeneuve-Saint-Georges
M. le P^r Jacques GHISOLFI, pédiatre, Toulouse
M^{me} Rolande GRENTE, sage-femme, Caen ; membre du Conseil scientifique de l'ANAES
M^{me} Sophie GUILLAUME, sage-femme, Poissy
M^{me} le D^r Marie-Agnès GUILLOU, pédiatre, Malestroit
M^{me} Élisabeth GUISES, puéricultrice enseignante, Paris
M^{me} Michèle HEGE, infirmière-puéricultrice, Lingolsheim
M^{me} Sandra JEANSELME, animatrice Leche League, Theix
M^{me} Carole KOHLER, infirmière, Paris
M^{me} Isabelle LAGRUT, chargée de projet ADES Rhône, Lyon
M^{me} le D^r Claire LAURENT, consultante en lactation, Lillebonne
M^{me} Jacqueline LAVILLONNIERE, sage-femme, Vals-les-Bains
M. le D^r Jean-François LEMASSON, généraliste, Ambon
M^{me} Élisabeth LECHEVALLIER, sage-femme, Caen
M. le P^r Pierre LEQUIEN, pédiatre, Lille
M^{me} Sophie LOCQUET, infirmière puéricultrice, directrice de crèche, Pouilly-les-Nonains
M. le D^r Guy-André LOEUILLE, pédiatre, Dunkerque
M^{me} le D^r Irène LORAS-DUCLAUX, gastro-entérologue, nutrition pédiatrique, Lyon
M^{me} le D^r Laure MARCHAND-LUCAS, généraliste, Paris
M. le D^r Henri MAUCH, généraliste, Haguenau
M^{me} Nicole MERCADIER-DEMATTEIS, infirmière puéricultrice, Lyon
M^{me} Nicole MESNIL-GASPAROVIC, sage-femme, Paris
M^{me} le D^r Francine MOREL, pédiatre, Pau
M^{me} Françoise MOUSSARD, sage-femme, Montpellier
M^{me} Cathy PALAORO, sage-femme, Thionville
M. le D^r Marc PILLIOT, pédiatre, Wattrelos
M. le D^r Jean-Claude PONS, gynécologue-obstétricien, Grenoble
M^{me} le D^r Françoise RAILHET, généraliste, responsable du programme des référents médicaux LLL France, Neuilly-sur-Marne
M^{me} Joëlle REGAL, sage-femme, Voiron
M^{me} le D^r Dominique RIMBERT, pédiatre, Chambray-lès-Tours
M^{me} Nathalie ROQUES, présidente Information pour l'Allaitement, COFAM, Lyon
M^{me} Karen ROUILLER, sage-femme, Vannes
M. le D^r Philippe ROUGIER, généraliste, Caluire
M^{me} le D^r Catherine SALINIER-ROLLAND, pédiatre, Gradignan
M^{me} le D^r Marie-José SIMON-GHEDIRI, pédiatre, Fontaine

M^{me} le D^r Kirsten SIMONDON,
épidémiologiste, Montpellier
M^{me} le D^r Catherine TCHINO, généraliste
AFSSAPS, Saint-Denis
M^{me} le D^r Marie THIRION, pédiatre,
Pertuis

M. le P^f Dominique TURCK, pédiatre, Lille
M. le D^r Jean-Louis VOYRON, généraliste,
Aix-les-Bains / Mouxy
M^{me} Anne-Marie ZABARINO,
puéricultrice, directrice lactarium,
Montpellier

Nous remercions les membres du groupe de travail sur l'incidence des médicaments sur la reproduction, la grossesse et l'allaitement de l'AFSSAPS, en particulier pour la rédaction du chapitre « Médicament et allaitement », dont les noms suivent :

M^{me} le D^r Élisabeth ELEFANT, responsable du Centre de Renseignements sur les Agents Tératogènes, Paris ; présidente du groupe de travail
M^{me} Béatrice SAINT-SALVI, pharmacologue, AFSSAPS, Saint-Denis ; coordinatrice du groupe de travail

M^{me} le D^r Françoise BAVOUX,
pharmacologue, Paris
M. le D^r Jacques BOUILLIE, pédiatre de
maternité, Paris
M^{me} le D^r Marie-Jeanne BOUTROY,
pédiatre, Nancy
M. le D^r Patrick CARLIER,
pharmacologue, Paris
M^{me} le D^r Marie-Pierre COURNOT,
épidémiologiste, Paris
M^{me} le D^r Christine DAMASE-MICHEL,
pharmacologue, Toulouse
M^{me} le D^r Christine FRANCOUAL,
pédiatre, Paris
M. le D^r François GOFFINET,
gynécologue-obstétricien, Paris
M^{me} le D^r Marianne GUILLONNEAU,
pédiatre, Paris
M^{me} le D^r Béatrice GUYARD-BOILEAU,
gynécologue-obstétricien, Toulouse
M^{me} Marie-Caroline HUSSON, pharmacien
hospitalier, Le Kremlin-Bicêtre
M^{me} le D^r Évelyne JACQZ-AIGRAIN,
pédiatre, Paris

M^{me} le D^r Joëlle JANSE-MAREC,
gynécologue-obstétricien, Levallois-Perret
M^{me} le D^r Carmen KREFT-JAÏS,
pharmacologue, Paris
M. le D^r Philippe LEMARIE, gynécologue-
obstétricien, Metz
M^{me} le D^r Dominique MARMOR,
biologiste de la reproduction, Paris
M^{me} le D^r Faïza MERABTENE, pédiatre,
Paris
M. Marc PALLARDY, toxicologue,
Châtenay-Malabry
M. Jean-Louis SAULNIER, pharmacien
hospitalier, Gonesse
M. Gilbert SIOU, toxicologue, AFSSAPS,
Saint-Denis
M^{me} le D^r Claudine SOUBRIE,
pharmacologue, Paris
M^{me} le D^r Catherine VAUZELLE-
GARDIER, généraliste, Paris
M. le D^r Thierry VIAL, pharmacologue,
Lyon
M. le D^r Patrick VIGE, gynécologue-
obstétricien, Saint-Cloud

RECOMMANDATIONS

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 20 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 6 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 toute 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. BÉNÉFICES ET DURÉE OPTIMALE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF

L'allaitement maternel exclusif permet un développement optimal du nourrisson jusqu'à 6 mois.

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 6 mois par rapport à une durée de 3 à 4 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'attitude 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 postnatale 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. MODALITÉS 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 2 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 COMPLÉMENTS

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 déconseillée car cela n'apporte aucun bénéfice pour la croissance et le développement de l'enfant (grade B). 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.

VII. PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES DIFFICULTÉS DE L'ALLAITEMENT

La plupart des difficultés de l'allaitement maternel peuvent être prévenues et ne doivent pas entraîner systématiquement l'arrêt 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 œdème 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 lactogénèse. 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 à 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.

Si possible, le lait sera mis en culture pour affirmer le diagnostic et réaliser un antibiogramme. 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 des apports de lait maternel

L'incapacité anatomique ou physiologique à produire suffisamment de lait est très rare. Le plus souvent, l'insuffisance de lait 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 DURÉE

Toute forme de soutien proposé à la sortie de la maternité diminue le risque d'arrêt de l'allaitement exclusif avant 6 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 postnatal seul (grade B).

IX. REPRISE DES ACTIVITÉS 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. De même les femmes doivent être informées des mesures inscrites dans le Code du travail pour encourager la poursuite de l'allaitement maternel (pauses sur le temps de travail, réduction journalière du temps de travail ou horaires de travail souples, lieux appropriés pour exprimer le lait).

Le recours à des professionnels de santé ou des 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 MÈRE

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 d'eau bue quotidiennement, à l'exception de la caféine et de l'alcool.

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 (1 à 2 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 matières grasses 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 MÉDICAMENTS

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 inexplicite, 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) (conclusions du groupe de travail « reproduction, grossesse et allaitement » consultables en 2003 ; toutes les spécialités n'ont pas encore été évaluées à ce jour), de la *Food and Drug Administration* (www.fda.gov) et de l'EMA à partir du portail de l'*European Pharmaceutical Regulatory Sector* (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) et REPROTOX (*Reproductive Toxicology Center* www.reprotox.org) et des ouvrages de référence (comme celui de T. W. Hale, *Medications and mothers' milk*) pourront utilement être consultés. Le groupe de travail souligne toutefois la difficulté d'accès aux sites Internet étrangers.

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 méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est une méthode naturelle pendant les 6 premiers mois ou au moins jusqu'au retour de couches. Elle suppose un allaitement exclusif à la demande jour et nuit et la persistance d'une aménorrhée, les tétées entretenant l'hyperprolactinémie. Dans ces conditions, le taux de grossesses observé pour un allaitement de 6 mois est inférieur à 2 %.

Si les conditions de la MAMA ne sont pas respectées ou si la femme le souhaite, il faut conseiller une autre contraception (consultation postnatale conseillée dans les 6 premières semaines du *post-partum*). Si ce choix se porte sur une contraception hormonale, celle-ci ne doit pas être débutée avant la sixième semaine du *post-partum*.

Les œstroprogestatifs ne sont pas recommandés 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. Toutefois la contraception hormonale ne doit pas être débutée avant l'installation de la lactogenèse de stade II (montée laiteuse). Les progestatifs ne seront pas utilisés avant la sixième 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

Le groupe de travail indique qu'il est souhaitable de mettre en place des mesures organisationnelles telles que l'allongement de la durée du congé postnatal, car il favorise la poursuite de l'allaitement maternel.

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 d'autre part les critères de jugement, en particulier la définition retenue de l'allaitement maternel, la mesure du taux d'allaitement exclusif et sa durée ;

- les pratiques habituelles de surveillance et de soins aux nouveau-nés en salle de naissance devraient être définies 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.

Tableau 1. Les «dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel» d'après OMS/UNICEF, 1999.

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 de la pratique de cet allaitement
 - Aider les mères à commencer à 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
-

Figure 1. Position du nourrisson et prise du sein.

