

REVUE DE PRESSE

Evaluation maternelle de la quantité de lait absorbée par son bébé prématuré

Mothers performing in-home measurement of milk intake during breastfeeding of their preterm infants : maternal reactions and feeding outcomes. NM Hurst, PP Meier, JL Engstrom, A Myatt. J Hum Lact 2004 ; 20(2) : 178-87. Mots-clés : allaitement, prématuré, pesée.

Lorsque le bébé est un prématuré, la transition entre le moment où il est mis au sein 1 ou 2 fois par jour et celui où il est exclusivement nourri au sein est délicate, et les apports du bébé pourront être insuffisants. Le grand souci des mères qui allaitent un prématuré pendant les premières semaines du retour au domicile de l'enfant est la peur que leur bébé ne reçoive pas assez de lait. Lorsque le bébé est un prématuré, la pesée permet de réduire le niveau d'anxiété de la mère, et d'optimiser les apports du bébé. L'objectif de cette étude était d'évaluer le déroulement de l'allaitement et le vécu de mères d'enfants prématurés qui évaluaient les apports de leurs enfants par pesées (groupe étudié) ou ne le faisaient pas (groupe témoin) après la sortie de néonatalogie de leur enfant.

L'étude a porté sur 31 mères : 15 dans le groupe étudié (E), 16 dans le groupe témoin (T). L'enfant était né entre 31 et 36 semaines d'âge gestationnel, était de poids normal pour son âge gestationnel. La mère avait allaité pendant tout le séjour en néonatalogie de son bébé, et souhaitait continuer à l'allaiter après sa sortie. Dans le service de néonatalogie, les mères sont encouragées à avoir beaucoup de contacts physiques avec leur bébé, et des mises au sein fréquentes étaient proposées. Lorsque la mère n'était pas dans le service, l'enfant était le plus souvent nourri au biberon après l'arrêt de l'alimentation par sonde. Les mères ont été réparties par tirage au sort, et les mères du groupe étudié ont reçu une balance électronique, et des informations détaillées sur son utilisation. Elles devaient peser leur enfant dans des conditions précises avant et après chaque tétée, et calculer si leur enfant avait ou non besoin d'un complément, en fonction des apports recommandés par le professionnel de santé qui le suivait. Des données démographiques et socio-économiques ont été recueillies sur toutes ces mères à leur entrée dans l'étude. Elles ont ensuite été visitées à leur domicile à 1, 2 et 4 semaines, pour réponse à d'autres questionnaires, et pour pesée de l'enfant. Les mères devaient aussi noter au jour le jour le déroulement de l'allaitement (horaire des tétées, quantité de lait prise pendant la tétée, nature et quantité des compléments éventuellement donnés, urines et selles).

Il n'existait aucune différence significative entre les 2 groupes au démarrage de l'étude pour ce qui était des caractéristiques maternelles et infantiles. A leur sortie de néonatalogie, tous les enfants étaient partiellement allaités. Il n'existait aucune différence significative dans la prise de poids quotidienne des enfants entre les 2 groupes ; 1 semaine après la sortie, elle était respectivement de $37,5 \pm 12,4$ g chez les enfants du groupe E et de $35,5 \pm 18,6$ g chez les enfants du groupe T, et de $46,1 \pm 17,1$ g contre $48,5 \pm 19,9$ g 4 semaines après la sortie. Au départ, le principal souci des mères était que leur enfant prenne suffisamment de poids. Venait ensuite, chez les mères du groupe E, la crainte que leur enfant ne reçoive pas assez de lait, tandis que les mères du groupe T étaient inquiètes

de ne pas savoir quelle quantité de lait absorbait leur bébé. A la fin de l'étude, le principal souci des mères des 2 groupes était que leur enfant reçoive suffisamment de lait pendant les mises au sein.

Au moment de la sortie de néonatalogie, seulement 5 mères (3 dans le groupe E et 2 dans le groupe T) avaient pour objectif de nourrir exclusivement leur bébé au sein, les autres mères prévoyant de donner des compléments de lait industriel ou de lait maternel exprimé. 20 des 31 mères tiraient quotidiennement environ 500 ml de lait au moment de la sortie de néonatalogie de leur bébé (soit un volume suffisant pour couvrir les besoins de l'enfant). A 4 semaines, 8 mères (4 dans chaque groupe) nourrissaient exclusivement leur enfant au sein, 6 mères (3 dans chaque groupe) donnaient des compléments de lait maternel exprimé, 15 mères (7 dans le groupe E et 8 dans le groupe T) donnaient des compléments de lait industriel en plus du lait qu'elles avaient tiré, et 2 mères (1 dans chaque groupe) avaient cessé d'allaiter. Il n'existait aucune différence entre les 2 groupes pour le nombre de mères donnant des compléments, ou la nature et la quantité des compléments donnés. Parmi les 19 mères qui ont pu être recontactées environ 2 ans plus tard, la durée médiane de l'allaitement avait été de $5,9 \pm 4$ mois chez les 9 mères du groupe E, et de $6,6 \pm 3$ mois chez les 10 mères du groupe T ; 1 mère du groupe E allaitait toujours à 21 mois, et une mère du groupe T allaitait toujours à 23 mois. Quel que soit le groupe, les mères dont l'enfant était exclusivement allaité 4 semaines après leur sortie de néonatalogie (soit au sein, soit avec du lait maternel exprimé) ont allaité significativement plus longtemps que les mères dont l'enfant recevait des compléments de lait industriel ($9,5 \pm 5$ mois contre $5,8 \pm 7$ mois).

Toutes les mères du groupe E ont dit avoir trouvé les pesées régulières très utiles, même si la pesée était un moment d'angoisse pour 5 de ces mères (3 d'entre elles ont allaité pendant 6 mois et une 4^{ème} allaitait toujours à 21 mois). Parmi les 16 mères du groupe T, 12 ont dit qu'elles auraient trouvé utile de pouvoir peser leur bébé pour savoir ce qu'il avait pris. L'une d'entre elles s'est procuré une balance à la fin de l'étude pour pouvoir le faire, ce qui lui a permis de constater que son bébé recevait suffisamment de lait au sein et n'avait pas besoin de compléments.

Les mères de prématurés de cette étude ne se faisaient pas moins de souci et n'allaitaient pas plus longtemps quand elles avaient pu apprécier avec fiabilité les apports de leur enfant à l'aide d'une balance que quand elles n'avaient pas eu cette possibilité. Il est intéressant de constater que parmi les mères à qui la participation à cette étude a été proposée, certaines ont refusé parce qu'elles ne voulaient pas prendre le risque de se retrouver dans le groupe témoin (elles voulaient suivre les apports de leur enfant avec une balance), tandis que d'autres ne voulaient pas être dans le groupe étudié (elles savaient que leur sécrétion lactée était suffisante pour leur enfant). La décision de peser l'enfant avant et après les tétées pour évaluer ses apports devrait donc être individualisée en fonction du souhait de la mère et de la façon dont se passe l'allaitement. Si une mère souhaite un tel suivi des apports de son enfant, on pourra mettre au point avec elle un planning pour les premières semaines du retour au domicile, indiquant les quantités que devrait recevoir le bébé et les diverses stratégies pour le don des compléments éventuellement nécessaires. Pour certaines mères, 4 semaines d'un tel suivi était trop long, pour d'autres c'était trop court. La mère sera donc encouragée à utiliser cette technique pendant aussi longtemps qu'elle en ressentira l'utilité. Ce suivi temporaire constitue une technique utile qui pourra faciliter l'allaitement chez les mères de ces enfants vulnérables.

Traitement des gastro-entérites aiguës chez les jeunes enfants

Managing acute gastroenteritis among children – Oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. MMWR 2003 ; Vol 52 : N° RR-16. Mots-clés : gastro-entérites, traitement.

Les gastro-entérites sont fréquentes chez les jeunes enfants, et constituent à l'échelle planétaire une cause importante de mortalité avant l'âge de 5 ans (environ 2 millions de décès tous les ans). On estime qu'aux USA elles sont à l'origine tous les ans de plus de 1,5 millions de consultations, de 200.000 hospitalisations, et d'environ 300 décès. Leur traitement repose sur la réhydratation orale, et sur la poursuite d'une alimentation adaptée à l'âge de l'enfant. Le traitement sera habituellement débuté au domicile. Les parents doivent être informés, afin de savoir détecter les éventuels signes de déshydratation qui nécessitent le recours au médecin.

En l'absence de déshydratation ou si celle-ci est minime, les apports liquidiens de l'enfant seront augmentés à l'aide d'une solution de réhydratation, à la dose de 10 mg/kg/jour par selle liquide, et/ou 2 ml/kg/jour pour chaque épisode de vomissement ; on peut aussi donner 60 à 120 ml de solution de réhydratation pour chaque épisode de diarrhée ou de vomissement chez un enfant de moins de 10 kg, et 120 à 240 ml chez un enfant de plus de 10 kg. L'enfant continuera parallèlement à recevoir son alimentation habituelle. Si la déshydratation est modérée, on commencera par donner à l'enfant 50 à 100 ml/kg de solution de réhydratation sur 2 à 4 heures, et on poursuivra avec les doses ci-dessus. Si l'enfant semble souhaiter boire davantage de soluté, ne pas hésiter à lui en donner. Cette réhydratation rapide pourra éviter une hospitalisation. Si l'enfant vomit, le soluté devra lui être donné par petites quantités fréquentes (5 ml toutes les 5 minutes, en augmentant progressivement en fonction de la tolérance). Si la déshydratation ne se corrige pas rapidement, ou si elle est sévère, l'enfant devra être hospitalisé pour être réhydraté par perfusion. Un bilan sanguin sera effectué afin de compenser au cas par cas les troubles de l'ionogramme. Lorsque l'état de l'enfant se sera amélioré, le traitement pourra être poursuivi par voie orale.

L'alimentation de l'enfant dépendra de l'âge de l'enfant et de son alimentation au moment de l'épisode de gastroentérite. Les enfants allaités doivent continuer à prendre le sein à la demande. Les enfants nourris au lait industriel doivent reprendre ce type d'alimentation avec leur lait habituel préparé de façon normale dès que les pertes liquidiennes liées à la gastroentérite ont été corrigées (au bout de quelques heures habituellement) ; un lait pauvre en lactose est sans intérêt dans la très grande majorité des cas. Les enfants qui reçoivent des aliments solides doivent continuer à les recevoir ; il sera juste préférable d'éviter les aliments riches en sucres simples, susceptibles d'aggraver la diarrhée (jus de fruit, desserts...). Il est INUTILE, voire NEFASTE de supprimer les aliments solides : des études ont constaté que la poursuite de l'alimentation réduit la durée de la diarrhée et améliore le statut nutritionnel de l'enfant ; le don d'une alimentation restreinte (avec des aliments riches en pectine, comme cela a longtemps été préconisé) présente certains avantages, mais peut aussi affecter négativement le statut nutritionnel de l'enfant.

La plupart des gastro-entérites sont virales. Une antibiothérapie ne présente donc aucun intérêt, et peut induire des résistances bactériennes, sources de complications. Même si on soupçonne une origine bactérienne, une antibiothérapie n'est pas indiquée, sauf circonstances particulières (prématuré, enfant souffrant d'un problème immunitaire...), des études ayant montré que l'antibiothérapie ne

raccourcissait pas la durée de la diarrhée. Les anti-diarrhéiques non anti-infectieux sont couramment utilisés chez les enfants plus grands et les adultes, mais leur intérêt chez les jeunes enfants est mal évalué, et leurs effets secondaires sont bien connus ; de plus, ces traitements n'ont aucun impact sur la cause de la diarrhée. Un certain nombre d'études ont fait état de l'impact bénéfique modeste d'une supplémentation en zinc pour la prévention et le traitement des diarrhées. L'utilisation de probiotiques et de prébiotiques semble prometteuse, mais il existe encore peu de données à leur sujet.

Si des études permettent de penser que le don de suppléments de zinc ou l'utilisation de probiotiques/prébiotiques pourrait être intéressante, le traitement des gastro-entérites repose toujours sur une stratégie simple en deux points : réhydratation orale précoce, et poursuite de l'alimentation.

Allaitement et risque de leucémie infantile

Breastfeeding and the risk of childhood leukemia : a meta-analysis. ML Kwan, PA Buffler, B Abrams, VA Kiley. Public Health Report 2004 ; 119 : 521-35. Mots-clés : allaitement, leucémie infantile.

Les leucémies sont le cancer le plus souvent rencontré chez les enfants de moins de 15 ans, les leucémies lymphoïdes aiguës (LLA) représentant 78% de toutes les leucémies infantiles, contre 16% pour les leucémies myéloblastiques aiguës (LMA). Certaines études ont fait état d'un risque plus élevé de leucémie chez les enfants qui n'avaient pas été allaités, mais cela reste controversé. Les auteurs de cette méta-analyse ont cherché à évaluer les relations éventuelles entre la durée de l'allaitement et le risque infantile de leucémie lymphoblastique et myéloblastique aiguë. Ils ont aussi évalué l'impact de divers facteurs socio-économiques.

Ils ont passé en revue tous les articles publiés sur le sujet dans la littérature scientifique, et ont retenu 14 études cas-témoin pour lesquelles la durée de l'allaitement en mois était donnée. Leurs données ont été combinées pour évaluer l'impact d'un allaitement de 6 mois maximum, par rapport à un allaitement de plus de 6 mois, sur le risque de LLA et de LMA. L'ensemble de ces articles portait sur 6835 cas de LLA et 1216 cas de LMA. Le risque de ces leucémies était inversement corrélé à la durée de l'allaitement. Le risque de LLA était 1,13 fois plus élevé chez les enfants qui n'avaient pas été allaités par rapport à ceux qui l'avaient été pendant 0 à 6 mois ; pour la LMA, ce chiffre était de 1,11 et n'était plus significatif. Par rapport aux enfants qui avaient été allaités pendant plus de 6 mois, ces chiffres étaient de 1,31 pour la LLA, et de 1,17 pour la LMA. Ces résultats étaient similaires avant et après ajustement pour les variables confondantes.

Cette analyse semble confirmer le fait que le risque de leucémies aiguës est plus élevé chez les enfants qui n'ont pas été allaités, et qu'il existe un impact dose-dépendant de l'allaitement. Cette corrélation est nette en ce qui concerne la LLA. Elle est plus difficile à évaluer exactement en ce qui concerne la LMA, ne serait-ce que parce la classification utilisée par les études analysées était moins claire pour ce type de leucémie. Quoiqu'il en soit, il semble bien que l'impact du non-allaitement ne soit pas limité à la LLA comme on le pensait auparavant. Afin de mieux évaluer l'impact de l'alimentation infantile, et les causes de cet impact, il serait nécessaire de faire des études portant sur des cohortes importantes, prenant soigneusement en compte les variables confondantes, en particulier les données socio-économiques.

Pratiques maternelles d'expression du lait sur le lieu de travail

Breast milk expression in the workplace : a look at frequency and time. WM Slusser, L Lange, V Dickinson, C Hawkes, R Cohen. J Hum Lact 2004 ; 20(2) : 164-69. Mots-clés : allaitement, travail, expression du lait, programmes de soutien aux mères.

Un pourcentage important des femmes ayant des enfants de moins de 12 mois exerce une activité professionnelle. Les femmes qui travaillent sont tout aussi nombreuses que les autres à débiter un allaitement, mais la reprise du travail aura souvent un impact négatif sur l'allaitement. La durée du congé de maternité et le degré de contrôle que peut avoir la femme sur son travail auront un impact important sur la durée de l'allaitement. Si de plus en plus de mères décident de poursuivre l'allaitement après la reprise du travail, ce souhait pourra se heurter à des obstacles tels qu'un environnement peu favorable sur le lieu de travail, un congé de maternité court, ou un travail à plein temps. Nombre de ces mères tirent leur lait sur leur lieu de travail. Le but de cet article était d'évaluer les pratiques, en matière d'expression du lait, des mères ayant repris une activité professionnelle.

Les données utilisées ont été recueillies à l'occasion d'une grande étude nationale sur les pratiques d'alimentation infantile, menée au sein de CIGNA, une grosse entreprise nationale américaine, qui propose à ses employées un programme d'aide à l'allaitement dans toutes ses succursales (en particulier des salles, équipées de tire-lait électriques automatiques à double pompage, où les mères peuvent tirer leur lait). 78% du personnel de CIGNA est féminin. 76% des employées sont blanches non hispaniques, 14% sont afro-américaines, et 7% sont hispaniques. Toutes les employées qui étaient d'accord pour participer ont répondu à des questionnaires envoyés en période prénatale, puis tous les mois pendant la première année de l'enfant.

343 femmes (25% des femmes à qui l'on avait demandé si elles souhaitaient participer à l'étude) ont accepté. 283 prévoient d'allaiter en période prénatale. 103 d'entre elles avaient repris leur travail à 3 mois post-partum ; 71 d'entre elles allaitaient toujours, et toutes les données souhaitées ont été fournies par 70 femmes. 9 femmes ne tiraient pas leur lait, et les données sur l'expression du lait ont été analysées pour 61 femmes. A 6 mois post-partum, 121 mères avaient repris leur travail, 67 d'entre elles allaitaient encore, et 60 tiraient leur lait. Ces femmes travaillaient en moyenne 4,5 jours par semaine.

Les femmes qui avaient décidé d'allaiter étaient plus souvent blanches non hispaniques, mariées, âgées de 30 ans et plus, primipares, travaillaient à CIGNA depuis moins de 5 ans, et avaient repris leur travail avant 12 semaines post-partum. Les 61 mères qui tiraient leur lait à 3 mois post-partum le faisaient $2,2 \pm 0,8$ fois par jour, et 82% y consacraient au maximum une heure par jour. Les 60 mères qui tiraient leur lait à 6 mois le faisaient $1,9 \pm 0,6$ fois par jour, et 95% y consacraient au maximum une heure par jour. 15 des mères qui allaitaient à 3 mois avaient sevré avant 6 mois ; il n'existait aucune différence significative quant à la fréquence d'expression du lait et au temps qui y était consacré entre ces mères et celles qui allaitaient toujours à 6 mois.

La fréquence et la durée d'expression du lait constatées dans cette étude étaient similaires à celles rapportées par d'autres études effectuées au sein d'entreprises offrant à leurs employées des programmes d'aide à l'allaitement. Les horaires de travail des femmes étaient similaires à 3 et 6 mois, mais la fréquence d'expression du lait était inversement corrélée à l'âge de l'enfant. Lorsqu'on permet

aux employées de bénéficier d'un environnement favorable à l'allaitement sur leur lieu de travail, les femmes peuvent poursuivre l'allaitement pendant des mois en tirant leur lait en moyenne 2 fois par jour, pendant au total moins d'une heure. Les programmes d'aide à l'allaitement sur le lieu de travail peuvent contribuer efficacement à augmenter la durée de l'allaitement. D'autres études seraient utiles pour évaluer le vécu des mères de différentes professions, bénéficiant ou non d'un environnement favorable sur leur lieu de travail. Il serait bon que ces études soient effectuées par des personnes « neutres » ; les femmes pourront en effet hésiter à répondre avec une totale franchise à une enquête menée par leur entreprise concernant des activités non professionnelles si elles pensent que cela peut avoir pour elles des répercussions négatives.

A quoi s'attendre pendant la première semaine post-partum ?

What's normal in the first week after birth ? S Cox. Breastfeed Rev 2004 ; 12(3) : 5-7. Mots-clés : post-partum, premiers jours, allaitement.

En période prénatale, les futures mères ne reçoivent pas toujours des informations sur le comportement « normal » du nourrisson et sur le démarrage de l'allaitement. Pendant longtemps, on a considéré que le meilleur moment pour leur apporter ces informations était le post-partum précoce, parce que la mère était « en situation », et qu'elle n'était plus focalisée sur l'accouchement à venir. Mais le post-partum précoce est une période d'importants bouleversements physiologiques et émotionnels pour la mère, et elle est rarement capable d'intégrer correctement une masse d'informations nouvelles. Il serait donc utile d'informer les parents pendant la grossesse, sur la physiologie normale du nouveau-né, l'importance du contact peau à peau, les qualités du colostrum, et ce à quoi il faut s'attendre pendant les premiers jours qui suivront la naissance.

Le meilleur moyen d'apprendre comment allaiter est de voir allaiter d'autres femmes. Il serait utile que les futures mères assistent, avant la naissance, à une session d'information où elles pourront voir d'autres femmes allaiter. Si cela n'est pas possible, on peut utiliser une poupée pour montrer aux futures mères comment mettre correctement le bébé au sein. Les parents seront informés sur les capacités du nouveau-né (réflexe de foussement, succion), et sur son comportement. Il serait utile aussi de montrer aux futures mères comment tirer leur lait, et comment assouplir les aréoles lorsqu'elles auront leur montée de lait.

Il est important de veiller à ce que les besoins du nouveau-né soient satisfaits (contact peau à peau, allaitement à la demande) pour un bon démarrage de l'allaitement. Les futures mères devraient recevoir des informations sur les moyens de savoir que le démarrage de l'allaitement se passe normalement. Pendant le premier jour de vie, le bébé prend quelques ml de colostrum à chaque tétée ; ses selles sont très foncées (méconium), et on peut s'attendre à ce qu'il mouille une couche. Pendant la seconde journée, la quantité de colostrum augmente un peu, l'élimination du méconium se poursuit, et le bébé peut mouiller 2 couches. Pendant les 3^{ème} et 4^{ème} jours, lorsque la mère a eu la « montée de lait », le bébé pourra consommer 500 à 800 ml de lait par jour, les selles commencent à devenir jaunes, et le bébé mouille 5 à 6 couches par jour. Les parents devraient aussi être informés sur la possibilité de l'élimination d'urates (cristaux roses orangés) dans les urines du nourrisson, et que cela doit amener à vérifier l'état d'hydratation du bébé si ce

phénomène persiste toujours après J4-J5. L'ictère est aussi un phénomène normal, mais il est nécessaire de recommander aux parents de consulter si l'ictère augmente, surtout si le bébé tête peu et/ou mal, que ses urines et/ou ses selles sont peu abondantes.

En particulier, les professionnels de santé devraient savoir (et pourraient expliquer aux parents) que :

- le nouveau-né n'a besoin que de faibles quantités de colostrum (2 à 10 ml par tétée) pendant les premières 48 heures, en raison de son métabolisme spécifique (Hartmann et Kent, 1988) ;
- le bébé a fait des réserves protéiques en buvant le liquide amniotique riche en protéines (200 à 600 ml/jour pendant les 8 dernières semaines de gestation, avec un taux de $2,6 \pm 1,9$ g/l de protéines totales ; Blackburn, 2003) ;
- le colostrum rend les bébés somnolents car il contient des casomorphines (Wittles, 1990), et induit la sécrétion post-prandiale de cholécystokine (Uvnas-Moberg et al, 1993) ; cette somnolence leur permet d'économiser leur énergie ;
- le colostrum a un taux élevé de sodium, ce qui abaisse les pertes liquidiennes par le biais de la transpiration (Blackburn, 2003) ;
- le bébé urine peu pendant les premiers jours car les reins sont encore peu fonctionnels (Jose et al, 1994).

Facteurs influençant la décision d'allaiter en public

Factors influencing mothers' decision to breastfeed in public.
YL Hauck. *Breastfeed Rev* 2004 ; 12(1) : 15-23. Mots-clés : allaitement en public.

En Australie, 83% des femmes allaitent en post-partum précoce. Mais seulement 61,8% allaitent encore à 3 mois, et 49,9% à 6 mois. Une des raisons de cette baisse rapide est la conception, encore fréquemment répandue, qu'il est mal vu d'allaiter en public. Une étude qui a passé en revue les articles parlant d'allaitement dans les médias écrits australiens a conclu que l'allaitement en public restait un sujet controversé. Or, promouvoir l'allaitement ne peut se faire que si on rend la population amie de l'allaitement, ce qui comprend l'allaitement dans les lieux publics. L'objectif de cet article était de mieux cerner les stratégies utilisées par les femmes pour allaiter en public, et leur vécu en la matière.

33 mères australiennes ont été vues à leur domicile pour répondre à un questionnaire ouvert sur leur expérience d'allaitement. Les entretiens ont été enregistrés pour analyse. Les compagnons de ces mères ont répondu à un questionnaire écrit. L'auteur a aussi interrogé des puéricultrices, et a passé en revue les livres et revues visant les parents, les journaux locaux, et les sites Internet.

Les mères étaient âgées de 20 à 47 ans (moyenne : 33 ans), elles avaient sevré leur dernier enfant dans les 6 mois précédents, elles avaient allaité pendant 6 semaines à 6 ans (moyenne : 11,5 mois). 17 mères étaient primipares et 16 mères étaient multipares. La décision d'allaiter en public était complexe, et les femmes prenaient en compte un certain nombre de facteurs : âge de l'enfant, expérience d'allaitement, niveau de confiance en soi, vécu corporel, capacité à allaiter discrètement, nature du lieu public, sentiments du compagnon, perception du contexte social.

Le niveau de confiance en soi de la mère est un processus qui se développe avec le temps. Il est donc normal de constater que les primipares hésitaient beaucoup plus que les multipares à allaiter en public, et se sentaient beaucoup moins à l'aise en le faisant. Elles pouvaient alors décider d'allaiter uniquement lorsqu'elles étaient chez elles, et de donner un biberon à leur bébé lorsqu'elles étaient

en public. Avec le temps et l'expérience, bon nombre de primipares arrivaient à se sentir beaucoup plus à l'aise. Les mères utilisaient diverses stratégies pour allaiter discrètement, comme utiliser une position d'allaitement plutôt qu'une autre. Certaines mères ne supportaient pas l'idée qu'on puisse voir leurs seins, tandis que pour d'autres cela avait peu d'importance.

Le vécu corporel et la perception que la femme avait de ses seins jouaient un rôle important. Plus la femme voyait ses seins avant tout comme des organes sexualisés, moins elle se sentait à l'aise pour allaiter en public. Toutefois, la perception des seins changeait avec le temps chez la plupart de ces femmes, leur sexualisation étant souvent vue comme incompatible avec leur rôle nutritif. Le point de vue du compagnon sur les seins de la femme changeait d'ailleurs souvent lui aussi pendant la durée de l'allaitement, beaucoup de pères estimant que pendant cette période les seins « étaient réservés à l'enfant ». Le fait que la mère garde confiance en elle dépendait des réactions du public. Elle se sentait beaucoup plus gênée si elle avait l'impression d'être désapprouvée, et pouvait décider de ne pas renouveler l'expérience. Toutefois, certaines mères ont réussi à réagir positivement à des remarques agressives. L'âge de l'enfant était un facteur important : plus l'enfant était petit, plus il semblait acceptable d'allaiter en public ; et une mère qui se sentait parfaitement à l'aise en allaitant un nourrisson pouvait se sentir beaucoup moins à l'aise avec l'allaitement en public d'un bambin.

L'allaitement devant d'autres femmes était généralement nettement mieux vécu que l'allaitement devant des hommes, y compris ceux appartenant à la famille. Mais si la mère savait ou constatait que les personnes présentes étaient tout à fait favorables à l'allaitement, allaiter devant elles pouvait être très gratifiant ; les mères appréciaient beaucoup ne serait-ce qu'un sourire approuvateur. Les mères qui savaient que leur compagnon trouvait normal qu'elles allaitent en public le faisaient beaucoup plus volontiers. Celles qui savaient que leur compagnon se sentait mal à l'aise avec l'allaitement en public préféraient souvent éviter de le faire. Le point de vue du père avait un impact important ; le respecter ou pas était susceptible d'avoir des conséquences sur les relations au sein du couple.

Il existe de nombreuses circonstances dans lesquelles une femme pouvait être amenée à allaiter en public, et la plupart des femmes tentaient de rechercher l'endroit le plus approprié, mais un tel endroit (salle de repos, salle pour les soins aux bébés...) n'était pas toujours disponible, tant s'en fallait. Une étude australienne avait constaté que seulement 48% des centres commerciaux avaient une salle pour les soins aux bébés ; de plus, seulement 33% des patrons de restaurant et 48% des gérants de centres commerciaux disaient être prêts à soutenir les femmes allaitantes de leur clientèle quel que soit le point de vue des autres personnes présentes. Dans l'ensemble, ces femmes estimaient recevoir des messages contradictoires. D'un côté, on affirmait partout que l'allaitement est le meilleur choix. De l'autre, on sous-entend que si elles doivent allaiter, elles ne doivent pas le faire en public. Cette dichotomie est liée au rôle sexuel des seins prépondérant dans les cultures occidentales. Bon nombre de ces femmes pensaient que le grand public estimait indésirable l'allaitement en public.

Il est donc nécessaire de mener des actions pour promouvoir l'acceptation de l'allaitement dans les lieux publics, tant auprès des familles que dans les médias. Toute la société devrait être consciente de l'importance de l'allaitement et du fait qu'allaiter en public est parfaitement normal. L'Australian Breastfeeding Association a lancé des actions telles que le kit d'information « Breastfeeding Welcome Here » (Allaitement bienvenu ici) destiné aux restaurants et aux entreprises. Elle a aussi fait passer des informations dans les médias, et des publicités à la télévision. Rendre nos sociétés « Amies de l'allaitement » est une étape capitale de la promotion de l'allaitement.

Allaitement et ostéoporose après la ménopause

Breastfeeding and postmenopausal osteoporosis. JP Grimes, SJ Wimalawansa. Current Women's Health Reports 2003 ; 3 : 193-98.

Mots-clés : allaitement, densité osseuse, ménopause.

L'os est constamment remanié. Les ostéoclastes réabsorbent du tissu osseux, tandis que les ostéoblastes le reconstituent, le tout étant fonction des contraintes exercées sur l'os, des stress mécaniques et des lésions locales. L'équilibre entre ces deux processus est fonction de l'âge, du statut hormonal, et du statut pour les constituants de l'os. Avec l'âge, le nombre d'ostéoblastes diminue, tandis que celui des ostéoclastes augmente. Lorsque le taux d'œstrogènes et de calcium est bas, l'activité des ostéoclastes peut être plus importante. La densité osseuse baisse, et cela peut être le départ d'une perte osseuse irréversible, avec diminution de la solidité osseuse, surtout constatée chez les femmes après la ménopause. Cela augmente le risque de fractures, et donc la morbidité et la mortalité. La prévention représente la meilleure stratégie de lutte contre l'ostéoporose.

En l'absence de facteurs de risque et lorsque la croissance osseuse maximale est atteinte, les pertes osseuses sont habituellement négligeables chez les femmes jusqu'à environ 40 ans. Ensuite, les pertes vont augmenter, probablement en raison d'apports trop faibles en calcium, d'une carence en vitamine D, et d'une baisse des androgènes. Cette perte osseuse est peu affectée par l'augmentation des apports en calcium, mais la prise d'un traitement hormonal substitutif peut la prévenir. Lorsque la ménopause est installée, la perte osseuse devient moins importante, et elle peut être ralentie par la prise de calcium et de vitamine D.

L'allaitement présente des avantages pour la santé maternelle. En particulier, il semblerait que le fait d'avoir allaité abaisserait le risque d'ostéoporose après la ménopause. Toutefois, bon nombre d'études présentent des biais méthodologiques qui rendent leurs résultats peu fiables. En particulier, l'allaitement est rarement défini avec précision. De plus, ce n'est qu'assez récemment que les études sur l'ostéoporose ont commencé à évaluer l'impact de l'allaitement.

Une des stratégies de prévention de l'ostéoporose est d'obtenir une masse osseuse maximale chez le jeune adulte. Le pic de masse osseuse est habituellement constaté entre 20 et 30 ans, période pendant laquelle de nombreuses femmes deviennent mères. Si ces femmes allaitent, les modifications osseuses constatées pendant l'allaitement pourraient avoir un impact sur l'acquisition d'une masse osseuse importante. Les relations entre l'allaitement et la densité osseuse sont complexes. Pendant la grossesse et la lactation, l'absorption du calcium est augmentée, et l'excrétion urinaire du calcium est abaissée. Une femme qui allaite excrète environ 200 mg/jour de calcium dans son lait. On estime donc qu'elle doit augmenter d'autant ses apports. Toutefois, des études sur le sujet ont constaté qu'une telle augmentation n'avait aucun impact mesurable sur les modifications de la densité osseuse liées à la lactation, ni sur le taux lacté de calcium chez des femmes dont les apports en calcium étaient bas (Gambie) ; il semble donc inutile de recommander une augmentation des apports en calcium pendant la grossesse ou l'allaitement. Si la mère n'est pas suffisamment exposée à la lumière du soleil, elle sera carencée en vitamine D, et son enfant risque de l'être lui aussi, s'il n'est pas non plus exposé suffisamment à la lumière du soleil. Mais si la mère a un bon statut pour le calcium et la vitamine D, il semble que les modifications du métabolisme osseux pendant la lactation ne constituent pas un problème, mais représentent un mécanisme normal et ponctuel d'adaptation à une situation temporaire.

Les études ont constaté un abaissement de 4 à 7% de la densité osseuse pendant les 6 premiers mois d'allaitement. Par la suite, il semble que la densité osseuse se stabilise spontanément, puis réaugmente après le retour de couches ou au moment du sevrage. Des études ont conclu que la multiparité abaissait le risque de fractures, tandis que d'autres n'ont constaté aucun impact de la parité. Une étude n'a pas constaté d'impact négatif sur la densité osseuse chez des femmes qui se retrouvaient enceintes moins d'un an après avoir accouché, alors qu'elles allaient encore : leur masse osseuse augmente, probablement en raison du climat hormonal spécifique de la grossesse. Les études ayant constaté une corrélation négative entre la densité osseuse et la durée de l'allaitement portaient habituellement sur des femmes malnutries ; un tel impact n'était pas retrouvé chez des femmes correctement nourries.

L'impact de la lactation sur le métabolisme osseux pourrait être lié aux cytokines. Ces dernières remplissent de nombreuses fonctions, et des études ont constaté un lien entre certaines cytokines (TNF- α , IL-1, IL-6...) et la baisse de la densité osseuse après la ménopause. L'augmentation de la masse grasse après la ménopause pourrait favoriser l'augmentation de ces cytokines, qui activent les ostéoclastes et inhibent les ostéoblastes. Une cytokine récemment découverte, l'ostéoprotégérine (qui inhibe les ostéoclastes), est présente à un taux beaucoup plus important chez les femmes enceintes et allaitantes. Etant donné leur impact potentiel, il serait nécessaire d'étudier de façon beaucoup plus approfondie le rôle des cytokines sur le métabolisme osseux pendant la grossesse et l'allaitement.

Dans l'ensemble, l'allaitement ne semble pas être un facteur de risque pour l'ostéoporose lorsque la femme est correctement nourrie. La perte osseuse constatée pendant les premiers mois d'allaitement est indépendante des apports calciques, habituellement transitoire, et ne semble guère susceptible d'avoir un impact à long terme (de même que l'augmentation du taux de cholestérol pendant la grossesse et l'allaitement n'augmente guère le risque de pathologies cardiovasculaires par la suite). Des études plus approfondies seraient utiles pour mieux cerner l'impact de divers facteurs sur le risque d'ostéoporose. Ces études devraient prendre en compte l'allaitement, avec des définitions précises.

Connaissances et pratiques des sages-femmes concernant la première tétée

Midwives' knowledge of newborn feeding ability and reported practice managing the first breastfeed. R Cantrill, D Creedy, M Cooke. Breastfeed Rev 2004 ; 12(1) : 25-33. Mots-clés : première tétée, sages-femmes, connaissances.

Le contact peau-à-peau immédiat et ininterrompu après la naissance facilite l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine, ainsi que l'expression des réflexes qui l'amèneront à prendre le sein. Toutes les mères et tous les bébés devraient bénéficier d'un tel contact sauf nécessité médicale impérative. Les sages-femmes sont les plus susceptibles d'être auprès des mères au moment de la première tétée. Il est donc essentiel qu'elles possèdent les connaissances nécessaires pour aider les mères à ce moment important. L'objectif de cette étude australienne était d'évaluer les connaissances des sages-femmes en matière de capacité des nouveau-nés, ainsi que leurs pratiques d'aide aux mères pour la première tétée.

Pour ce faire, un questionnaire en 2 volets a été mis au point par un groupe d'experts en allaitement. Le premier volet comportait 22 questions dont la réponse était à cocher sur une échelle allant de

1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord). Les questions portaient sur l'intérêt du contact peau-à-peau, les réflexes du nouveau-né et les facteurs pouvant les perturber, leur pratique professionnelle, et leur compétence pour apprécier une mise au sein correcte et une succion efficace. Le score maximal possible à ce questionnaire était de 110. Le second volet comportait la présentation de 2 cas cliniques de mères souhaitant allaiter, et dont l'accouchement s'était déroulé dans des circonstances couramment constatées en maternité ; chaque cas était assorti de 12 questions destinées à évaluer le comportement de la sage-femme. Pour ce second volet, le score maximal était de 120.

Ce questionnaire a été envoyé à toutes les sages-femmes inscrites à l'association australienne des sages-femmes (ACMI), soit environ 3500 personnes. 1095 ont retourné le questionnaire (31,6%). Ces personnes (1080 femmes, 15 hommes) étaient représentatives de la population des sages-femmes australiennes en ce qui concernait l'âge, le sexe, le nombre d'années de pratique professionnelle. En moyenne, elles étaient âgées de 41 ans et avaient 12,74 ans de pratique. Les enfants des 2/3 d'entre elles avaient été allaités pendant au moins 3 mois. 17,6% étaient aussi consultant en lactation.

Le score moyen obtenu au premier volet du questionnaire était de 85,94 (de 40 à 110). 96,8% estimaient que le contact peau-à-peau était important pour stabiliser la température de l'enfant, mais seulement 37,8% savaient que cela pouvait aussi stabiliser la glycémie du nouveau-né ; 86,7% pensaient qu'il facilitait l'expression des réflexes destinés à amener l'enfant à téter, 74,4% pensaient que le bébé pouvait trouver seul le sein, et 66,8% estimaient que le contact peau-à-peau facilitait l'apprentissage de la tétée par le nouveau-né. 57,2% ignoraient que le fait de suspendre le contact peau-à-peau au bout de 15 à 20 mn pouvait sérieusement affecter les réflexes de succion de l'enfant. 65,6% pensaient que la séparation précoce était source de stress pour l'enfant, et plus de 90% savaient que le stress de la naissance pouvait affecter négativement l'expression des réflexes de l'enfant. 88% disaient prendre le temps de laisser l'enfant téter, et considéraient cela comme une priorité.

Le score moyen obtenu au second volet était de 95,89. 86% des sages-femmes n'aspiraient jamais un nouveau-né en routine. La pratique « correcte » la plus souvent rencontrée chez ces sages-femmes était de proposer à la mère de l'aider à mettre son bébé au sein rapidement après la naissance. Celle qui était la moins souvent rencontrée était d'encourager la mère à permettre au bébé de prendre le sein seul ou avec le moins d'aide possible, en se guidant sur son comportement.

Ces résultats montrent que la 4^{ème} Condition de l'OMS / UNICEF pour la réussite de l'allaitement (Aider les mères à mettre leur bébé au sein dans l'heure qui suit la naissance) n'est pas encore parfaitement comprise et appliquée par les sages-femmes australiennes. Le tiers des sages-femmes qui ont participé à cette étude avaient des connaissances insuffisantes sur le sujet. Même si la plupart des sages-femmes savaient que le bébé naît avec des réflexes qui l'amèneront à prendre le sein, elles avaient du mal à appliquer cette connaissance dans la pratique, et avaient tendance à interférer avec le comportement du bébé. Par ailleurs, les sages-femmes ne savaient pas toujours comment apprécier correctement le fait que l'enfant tétait efficacement, et avaient donc des difficultés à l'apprendre aux mères.

Les auteurs concluent que les sages-femmes devraient être encouragées à se tenir au courant des nouvelles données concernant l'allaitement pour les inclure dans leur pratique. Il est important qu'elles soient informées des capacités du nouveau-né. D'autres études sur le sujet seraient utiles afin de mieux cerner les domaines dans lesquelles les connaissances des sages-femmes ne sont pas optimales, afin de modifier en conséquence leur cursus d'études, ainsi que les livres et autres documents qu'elles ont l'occasion de consulter.

Quantité du temps de garde et développement émotionnel du jeune enfant

J Belsky. Devenir 2004 ; 16(1) : 5-15. Mots-clés : enfant, développement émotionnel, temps de garde.

Des études avaient constaté que les enfants qui passaient beaucoup de temps dans un système de garde non parental avaient plus souvent un comportement agressif par la suite, mais ces résultats ont été très critiqués, et certains ont affirmé que cela était en rapport avec une mauvaise qualité des soins aux enfants dans les structures de garderie.

Mais de plus en plus d'études ont donné des résultats similaires, et ce après contrôle de la qualité des soins non parentaux dont bénéficiaient les enfants. Les raisons de cet état de fait sont complexes. Une étude publiée en 1999 a par exemple constaté que lorsque l'enfant passait plus de 10 heures par semaine dans un système de garde, il avait un risque accru de développer des attaches insécures à l'âge de 15 et 36 mois ; par ailleurs, la mère de l'enfant se montrait moins sensible dans ses interactions avec son enfant, que ce soit à 6, 15, 24 ou 36 mois ; la quantité de temps passé par l'enfant dans un système de garde pourrait, selon les auteurs, affecter la qualité des soins prodigués par la mère, ce qui aurait ensuite modifié le comportement de l'enfant. Une autre étude publiée en 2000 faisait état d'un niveau de troubles du comportement chez des enfants admis en CP d'autant plus élevé que l'enfant avait passé beaucoup de temps dans un système de garde non maternel. Une étude publiée en 2003 a constaté un taux de 2% de problèmes de comportement chez des enfants de 4,5 ans qui avaient passé moins de 10 heures par semaine dans une structure de garde, contre 19% chez les enfants qui avaient passé 30 heures et plus par semaine dans une telle structure.

Il ne semble plus possible d'ignorer que le placement de l'enfant dans l'une des structures de garde non parentale les plus souvent disponibles dans les pays occidentaux (crèche, crèche parentale, assistante maternelle, garde au domicile par d'autres personnes que les parents...) est à l'origine d'un certain nombre de problèmes chez les jeunes enfants. Il n'est plus non plus possible de penser que cet impact est lié à une mauvaise qualité des soins assurés au sein de ces structures de garde. Pendant longtemps on a affirmé que c'était la qualité du temps passé avec la mère qui était importante. Force est de constater que la quantité a aussi son importance.

Certes, l'impact du temps passé loin des parents reste modéré, mais il doit être considéré non seulement sur le plan individuel, mais aussi sur le plan de la société. De plus en plus d'enfants, de plus en plus jeunes, passent de plus en plus de temps dans une structure de garde non parentale, où la qualité des soins qui leur sont assurés n'est, en outre, pas toujours optimale. Même un impact modéré au plan individuel peut avoir des implications majeures à l'échelle d'un pays. L'auteur conclut que ces données devraient encourager le développement du congé parental, de préférence payé, idéalement aussi long que dans les pays scandinaves, le travail à temps partiel, et toutes autres stratégies permettant de réduire le temps passé par les jeunes enfants dans une structure de garde non parentale. Un tel changement serait bien accueilli par les parents : des enquêtes nationales ont constaté que ces derniers estimaient que la présence parentale constante était le meilleur choix pour les jeunes enfants. Les politiques fiscales devraient aider les familles qui font ce choix. Il serait aussi nécessaire de financer des modes de garde de haute qualité.

Evaluer l'innocuité des nouveaux ingrédients des laits industriels

Infant formula : evaluating the safety of new ingredients (2004). Food and Nutrition Board, Institute of Medicine. Mots-clés : lait industriel, nouveaux ingrédients, évaluation, innocuité.

L'aliment normal du petit de notre espèce est le lait humain. Mais la majorité des bébés nés aux USA seront essentiellement nourris avec des substituts du lait maternel pendant leurs 6 premiers mois de vie. Les fabricants de lait industriel s'efforcent de copier le lait humain en ajoutant à leurs produits divers ingrédients présents dans le lait humain. Mais l'expérience a montré que cet ajout n'est pas dépourvu de risques, dans la mesure où, par exemple, leur biodisponibilité peut être très différente de celle des composants du lait humain. Il existe des interactions complexes entre les différents composants du lait humain, et la composition de ce dernier varie, ce qui n'est pas le cas de celle du lait industriel.

Il existe une réglementation pour le suivi de la sécurité des aliments, mais elle n'est guère adaptée pour évaluer les laits industriels, qui constituent l'unique aliment d'une population particulièrement vulnérable, à savoir les nourrissons. En particulier, les nouveaux ingrédients de ces laits, produits par de nouvelles techniques industrielles (fabrication par génie génétique par exemple), sont très mal évalués. Ce rapport fait le point sur le sujet, et affirme la nécessité de mettre au point de nouvelles techniques d'évaluation.

Une des limitations à la mise en oeuvre de telles techniques par les fabricants de lait industriel est l'absence d'une réglementation précise concernant la nature des études à effectuer pour vérifier l'innocuité d'un nouvel ingrédient. Afin d'y remédier, ce rapport propose une série de questions qui doivent permettre de définir les actions à mettre en oeuvre pour les différentes étapes du processus d'évaluation. Actuellement, il suffit qu'un ingrédient soit qualifié de « généralement reconnu comme sans danger » par un panel d'experts pour être ajouté à un lait industriel. Il serait nécessaire que les

experts chargés d'examiner l'intérêt des nouveaux ingrédients du lait industriel soient recrutés selon des règles précises (en particulier quant à leurs liens avec l'industrie des aliments pour enfants), dans la mesure où ces personnes assumeront la lourde responsabilité de la sécurité d'un aliment donné à des millions de bébés. Ces experts devraient aussi décider des mesures à prendre pour le suivi à vaste échelle et au long cours de l'innocuité des laits industriels commercialisés.

Les fabricants de laits industriels pour nourrissons ont actuellement le droit d'ajouter un nouvel ingrédient sans avoir à démontrer l'intérêt de cet ajout, dans la mesure où la preuve d'un tel intérêt n'est pas nécessaire dans l'industrie alimentaire. On peut toutefois estimer que cela devrait être différent en ce qui concerne les laits industriels, dans la mesure où un ingrédient pourra avoir un impact inattendu sur l'organisme immature d'un nourrisson pour qui le lait est le seul aliment absorbé.

Des études précliniques sont indispensables pour évaluer l'innocuité et la qualité d'un produit destiné à être inclus dans un lait industriel : études d'absorption orale, de métabolisation, de toxicité... Les modèles animaux actuellement utilisés pour ce type d'étude sont très mal adaptés à l'évaluation des ingrédients du lait industriel. D'autres méthodes seraient à développer (génétiques, cellulaires...). Des études cliniques devraient ensuite être effectuées, avec suivi régulier et approfondi des bébés (clinique, biologique, comportemental ...) pendant au moins le temps pendant lequel l'enfant est exclusivement nourri avec le lait industriel étudié. Enfin, des procédures de suivi à grande échelle et au long cours devraient être mises en oeuvre. En effet, on a maintes fois constaté que les études précliniques et cliniques ne permettaient pas de tout détecter, soit parce que le protocole de ces études n'était pas adapté au produit testé et/ou au métabolisme humain, soit parce que certains effets iatrogènes n'apparaissent qu'à long terme (moins bon développement, sensibilité à certaines maladies...). Un tel suivi est particulièrement capital lorsque l'ingrédient ajouté est censé avoir un impact sur un quelconque aspect du développement de l'enfant. Toutefois, il pourra être très difficile, dans un suivi à long terme, de différencier des effets iatrogènes liés à l'utilisation du lait industriel donné de ceux liés à l'exposition à d'autres substances potentiellement dangereuses. Il sera donc nécessaire que les cohortes suivies soient de taille très importante, surtout si l'impact de la substance reste modeste.



Cette brochure, éditée par IBFAN, fait le point sur tous les aspects du Code de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel.

A commander à : F. Railhet, 68 av P.V. Couturier
93330 NEUILLY SUR MARNE

Tél : 01 43 08 56 02 – Fax : 01 43 08 50 95

Courriel : dossiers@illfrance.org

Paiement à l'ordre de LLL France : 4,50 € port compris

Éditée par le Comité de nutrition de la Société Française de Pédiatrie dans le cadre du Programme National Nutrition Santé, cette brochure fait le point sur la composition du lait humain, la croissance et le développement de l'enfant allaité, les avantages de l'allaitement, les précautions à prendre.

Vous pouvez télécharger gratuitement cette brochure (72 pages) à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/allaitement.pdf>

