

REVUE DE PRESSE

Perception maternelle des courbes de poids

Feeding by numbers : an ethnographic study of how breastfeeding women understand their babies' weight charts. M Sachs, F Dykes, B Carter. Int Breastfeed J 2006 ; 1 : 29. Mots-clés : croissance pondérale, courbes de poids, perception maternelle.

Le suivi du poids du bébé fait partie intégrante du suivi en routine des enfants dans de nombreux pays. L'enfant est régulièrement pesé, et son poids, sa taille, et son périmètre crânien sont comparés à des courbes de croissance standard. Le but est de dépister les enfants chez qui la croissance est insuffisante, afin de pouvoir y remédier rapidement. Des études ont constaté que la croissance pondérale des bébés allaités était différente de celle montrée par les courbes de croissance standard. Pour cette raison, l'OMS a effectué une grande étude multicentrique pour établir de nouvelles courbes à partir de données recueillies sur des bébés allaités. Il existe peu de données sur la façon dont les professionnels de santé interprètent la croissance d'un bébé spécifique par rapport aux courbes de croissance, ainsi que sur les informations qu'ils donnent aux mères. De même, il existe peu d'informations sur la façon dont les mères perçoivent ces courbes. Le but de cette étude ethnographique était d'évaluer l'impact du suivi du poids sur les mères allaitantes.

Cette étude a été menée dans une ville du nord-ouest de l'Angleterre. Dans ce pays, des infirmières sont chargées de visiter les mères en post-partum. Les mères fréquentent également régulièrement des consultations pédiatriques, l'enfant étant habituellement pesé à chaque visite. De nombreuses mères arrêtent l'allaitement parce qu'elles pensent ne pas avoir suffisamment de lait. Les relations entre cette conviction et la prise de poids de l'enfant restent à évaluer. L'étude a été menée en 2 phases. Pour la première phase, l'un des auteurs a assisté à 20 consultations suivant une population où environ 54% des bébés sont allaités. L'observateur restait assis dans la pièce et observait le déroulement de toute la consultation. Pour la seconde phase, 9 mères allaitantes ont été interrogées en profondeur et individuellement, ainsi que 4 des professionnels de santé travaillant dans la consultation ; de plus, les auteurs ont également assisté à 14 sessions d'information sur l'allaitement dans le cadre du groupe de soutien aux mères dans les locaux de la consultation. Toutes les données ont été enregistrées sur cassettes audio et retranscrites pour analyse.

Aucune des mères vues dans le cadre de cette étude n'avait un bébé qui présentait une prise de poids insuffisante. Toutefois, une mère dans chacune des 2 phases a rapporté que son bébé avait perdu beaucoup de poids pendant les premiers jours. Et de nombreuses mères ont dit se faire du souci de temps à autre parce qu'elles pensaient que la prise de poids de leur bébé n'était pas aussi bonne que ce qu'elles espéraient. La plupart de ces mères venaient en consultation toutes les semaines, ou tous les 15 jours. Plus le bébé était petit, plus les visites de la mère étaient rapprochées. Dans la première phase, le bébé était pesé à chaque visite, et il semblait que de nombreuses femmes faisaient ainsi peser leur bébé toutes les semaines pendant des mois. La prise de poids pouvait être très variable d'une semaine à l'autre, et les professionnels de santé n'ont jamais expliqué à la mère que des pesées trop fréquentes ne présentaient aucun avantage particulier en l'absence de problème identifié, et que cela pouvait même être contre-productif. Le poids était ensuite rapporté sur la courbe du carnet de suivi de l'enfant, et on avait la nette impression que cette courbe était

l'élément déterminant sur lequel était apprécié l'état de santé du bébé, tant par les mères que par les professionnels de santé.

Les courbes standard sont constituées d'un certain nombre de courbes représentant les percentiles. La représentation visuelle que constituait le dessin de la courbe de poids par rapport aux percentiles semblait particulièrement importante. Les mères et les professionnels de santé appréciaient que le bébé « suive la bonne courbe », certains percentiles étant estimés préférables. La courbe préférée par la majorité des mères était celle du 50^{ème} percentile, considéré comme l'idéal en matière de croissance. Les mères trouvaient toutefois satisfaisant que leur bébé se situe au-dessus de ce percentile (même si certaines exprimaient la crainte que leur bébé devienne obèse), tandis qu'elles étaient peu satisfaites s'il se trouvait en-dessous. Cette vision des courbes montrent qu'elles ne sont pas comprises par les mères. En effet, le 50^{ème} percentile ne représente qu'une limite : 50% des bébés sont au-dessus, et 50% sont au-dessous de cette courbe.

La prise de poids du bébé était un facteur majeur pour juger de l'adéquation de l'allaitement. La vision générale était que la prise de poids était le principal moyen de s'assurer que le bébé allait bien, et si l'allaitement ne permettait pas d'avoir une prise de poids jugée correcte, l'allaitement devait être sacrifié afin d'améliorer la courbe de poids. Les femmes faisaient état de diverses méthodes pour améliorer la prise de poids du bébé : don de compléments de lait industriel ou de lait maternel exprimé, augmentation de la fréquence des tétées, don de solides, mais aussi augmentation des apports alimentaires de la mère. Dans certains cas, on modifiait également la routine des pesées : pesées plus fréquentes, ou au contraire moins fréquentes, pesées sur la même balance à chaque visite... Aucun des professionnels de santé n'a suggéré de moyens d'améliorer la prise de poids faisant appel à des pratiques plus optimales d'allaitement ou préservant l'allaitement. Ces professionnels de santé semblaient ne pas percevoir l'importance de l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois, ni la nécessité de prendre en compte les avantages de l'allaitement exclusif par rapport à ceux d'une prise de poids plus importante.

Les pesées régulières étaient normalement censées rassurer tout le monde, en montrant que le bébé se portait bien. En pratique, le résultat de ces pesées fréquentes amenait les mères à se focaliser sur la moindre variation, et à s'inquiéter rapidement si leur bébé ne prenait pas de poids pendant une semaine, ou si sa courbe de poids changeait de percentile. Les commentaires faits par les professionnels de santé aux mères permettaient de penser qu'ils se sentaient relativement incompétents pour interpréter des fluctuations normales dans la prise de poids, et que ces fluctuations les amenaient, eux aussi, à souhaiter contrôler le poids plus souvent.

Normalement, le rôle des professionnels de santé est d'aider les mères, de répondre à leur questions, et de les aider à résoudre un éventuel problème. Cette étude montrait toutefois qu'ils se trouvaient amenés à renforcer l'importance d'une « norme » : on s'attend à ce que l'enfant suive une courbe de poids précise, toute fluctuation devenant une source d'inquiétude. Le fait que la courbe du 50^{ème} percentile était perçue comme la norme souhaitable pour tous les enfants était une excellente illustration de la méconnaissance de la signification réelle de cette courbe. La « valeur » de l'allaitement était appréciée en fonction de la croissance de l'enfant. Les interventions suite à une prise de poids jugée incorrecte étaient ciblées non sur l'amélioration des pratiques d'allaitement, mais sur l'amélioration de la prise de poids. Il est nécessaire que les professionnels de santé et les mères soient mieux informés de la signification des courbes de poids, de leur utilité réelle, en particulier pour la croissance des bébés allaités.

Vécu des parents d'un enfant prématuré

Breastfeeding a preterm infant and the objectivation of breast-milk. L. Sweet. Breastfeed Rev 2006 ; 14(1) : 5-13. Mots-clés : prématuré, allaitement, lait maternel, expression du lait, évaluation des apports.

La naissance d'un enfant prématuré est un stress pour les parents. Leur enfant se trouve sous la responsabilité d'une équipe soignante, et les parents peuvent se sentir dépossédés de leur rôle. Nourrir l'enfant est une composante symbolique du parentage. L'allaitement est plus difficile lorsque le bébé est prématuré, et de nombreuses études ont constaté que la prévalence et la durée de l'allaitement étaient d'autant plus basses que l'âge gestationnel de l'enfant à la naissance était bas. Les mères qui souhaitent allaiter devront tirer leur lait parfois pendant une longue période, et elles pourront avoir des difficultés à obtenir suffisamment de lait. Par ailleurs, l'alimentation de ces enfants est dominée par la nécessité de les nourrir suffisamment, et tant l'équipe soignante que la mère pourront être « obsédées » par la difficulté à évaluer les apports de l'enfant quand il est au sein. Le but de cette étude était de mieux comprendre la façon dont les parents perçoivent l'allaitement d'un prématuré, et de voir comment l'équipe soignante pouvait aider les familles dans cet allaitement.

Pour cette étude phénoménologique interprétative australienne, on a inclus des mères dont l'enfant était hospitalisé dans un service de néonatalogie urbain, ou qui étaient suivies par des professionnels de santé visitant ces mères à leur domicile après la sortie de l'enfant. Le centre hospitalier dont dépend le service de néonatalogie a un règlement qui encourage l'allaitement, y compris pour les prématurés. L'auteur de l'étude était sage-femme et infirmière spécialisée en néonatalogie, et totalement indépendante du service. 10 mères et 7 pères ont accepté de participer à l'étude. Ces 10 mères avaient en moyenne 31,5 ans, 6 étaient primipares, elles avaient eu au total 14 enfants (6 naissances uniques, 4 naissances de jumeaux), dont 10 étaient nés par césarienne. Les enfants pesaient 980 g en moyenne (620 à 1420 g). Au total, 45 entretiens semi-structurés ont été menés avec les parents : un premier entretien dans les 2 semaines suivant la naissance, le second entre 8 et 10 semaines, et le dernier à 12 mois.

L'analyse du discours des parents permettait de relever de nombreuses discordances entre les attentes des parents concernant l'allaitement et la réalité qu'ils vivaient. Tous pensaient que l'allaitement faisait partie intégrante d'un bon parentage. Un des thèmes majeurs était l'objectivation du lait maternel : après expression par la mère, il devenait une entité de haute valeur, aux yeux de la mère comme à ceux de l'équipe soignante, la quantité de lait représentant une part importante de cette valeur. Depuis la première fois où elles avaient tiré leur lait, les mères savaient avec précision quelle quantité elles obtenaient. Et l'expérience pouvait être très stressante / frustrante pour la mère, qui était souvent critique vis-à-vis de son lait : impression de beaucoup de « peine » pour obtenir si peu de lait, crainte d'en gaspiller ne serait-ce que quelques gouttes... La quantité de lait à produire devenait une obsession pour les parents, et beaucoup de mères « tenaient un registre » des quantités de lait tirées. Les mères discutaient entre elles pour comparer leurs productions lactées respectives, ce qui induisait une forme de « compétition ».

Tous les bébés étaient nourris au biberon, la conviction en vigueur dans le service étant que le biberon est moins fatigant à prendre pour le bébé, et que cela permet de savoir exactement combien il a pris. Beaucoup de parents n'avaient pas choisi cette méthode pour donner le lait maternel à l'enfant, et certains se demandaient

dans quelle mesure cela n'allait pas interférer avec l'allaitement. Ils en venaient toutefois à penser que les biberons étaient inévitables. Et cela ajoutait à leur obsession de savoir quelle quantité de lait leur bébé absorbait, et à leur crainte qu'il soit incapable de prendre suffisamment de lait au sein : dans une situation où chaque millilitre de lait maternel compte, l'ignorance de la quantité de lait prise au sein était très angoissante pour les parents, et cette angoisse persistait après la sortie de l'enfant. Les pesées fréquentes de ces enfants, pendant leur hospitalisation et après leur sortie, étaient vécues de façon variable par les parents : certains estimaient que cela augmentait leur sentiment d'angoisse, tandis que d'autres les trouvaient rassurantes. Lorsque la prise de poids de l'enfant était estimée insuffisante par l'équipe soignante, on disait aux parents que leur enfant devait recevoir des suppléments, ce qui était vécu par les mères comme un échec. En pareil cas, les parents commençaient à douter de la valeur de l'allaitement, et 5 des 6 familles dont les enfants ont reçu des compléments de lait industriel ont décidé d'arrêter l'allaitement.

Les résultats de cette analyse montrent que la quantité de lait exprimée par la mère est au centre des préoccupations des parents d'un prématuré, et qu'elle est une composante fondamentale du vécu de l'allaitement par les mères. La quantité de lait est également une préoccupation majeure de l'équipe soignante, et son comportement devant la production lactée pourra avoir un impact important sur le vécu des parents, et donc sur la pratique d'allaitement. Il est important que les membres de l'équipe soignante prennent conscience de l'impact positif, ou au contraire dévastateur, qu'elle pourra avoir sur les parents. Il ne s'agit certes pas de mettre l'enfant en danger en ne le nourrissant pas suffisamment, mais il est possible de présenter les choses d'une façon qui soit mieux vécue par les parents.

Les données sur ce que devraient être les apports des prématurés sont encore notoirement insuffisantes. Et certains auteurs remettent en question « l'excès de zèle » dont on fait preuve, dans certains services, pour faire absorber un maximum de calories aux prématurés, alors que, dans bon nombre de cas, ces enfants pourraient être exclusivement allaités avec succès. La conception très « objective » de l'alimentation de ces enfants ne permet pas d'accorder la place qu'elle mérite à l'expérience subjective de la mère en matière d'allaitement. L'obsession des quantités de lait à fournir et de la surveillance de la prise de poids a souvent pour principal résultat de saper la motivation maternelle et de décourager l'allaitement.

La maternité du CH d'Arcachon reçoit le label Hôpital Ami des Bébés

Le 13 septembre 2007, le Comité d'Attribution du label Hôpital Ami des Bébés s'est réuni pour étudier les rapports de 2 évaluations.

La maternité du CH d'Arcachon a obtenu le label à l'unanimité, et devient ainsi la 5^{ème} maternité française à recevoir ce label. La maternité du CH de Cognac, qui l'avait reçu en 2003, s'est vue renouveler ce label pour 4 ans.

Initiative Hôpital Ami des Bébés

12 rue Parmentier - 33510 Andernos les Bains
tél/fax : 05 56 26 00 84
ihab@coordinationallaitement.org

Relation entre les apports énergétiques à 4 mois et l'index de masse corporelle pendant l'enfance

Dietary intake at the age of 4 months predicts postnatal weight gain and childhood body mass index. KK Ong, PM Emmett, S Noble et al. Pediatrics 2006 ; 117(3) : e503-8. Mots-clés : alimentation infantile, croissance infantile, obésité.

Certains facteurs en période périnatale peuvent avoir un impact à long terme sur la santé cardiovasculaire. En particulier, des études ont fait état d'un risque plus élevé d'obésité à l'âge adulte chez les enfants qui avaient un poids élevé à 2-3 ans. La croissance infantile est largement fonction de l'alimentation de l'enfant. Le but de cette étude était d'évaluer les relations entre les apports énergétiques à l'âge de 4 mois et l'index de masse corporelle pendant l'enfance.

Les données utilisées provenaient de l'étude ALSPAC, une grande étude anglaise suivant prospectivement 13 971 enfants nés entre avril 1991 et décembre 1992, et toujours vivants à 1 an. Un questionnaire portant sur l'alimentation de l'enfant sur 24 heures a été envoyé à 1335 mères ayant accouché à terme après une grossesse non gémellaire, tirées au sort dans le groupe suivi. Les mères qui allaitaient devaient noter la fréquence des tétées, et la durée de chacune d'entre elles. Les mères dont l'enfant n'était pas exclusivement allaité devaient noter la quantité de tous les autres liquides ou solides donnés à l'enfant en l'espace de 24 heures. Toutes les données nécessaires ont été obtenues auprès de 881 mères. À 4 mois post-partum, les enfants ont été répartis en 3 groupes : 299 étaient totalement allaités, 499 étaient exclusivement nourris au lait industriel, et 83 étaient partiellement allaités. Les apports énergétiques des enfants ont été évalués. Les enfants ont été vus à 10 reprises entre 4 mois et 5 ans, pour recueillir de données anthropométriques. Leur index de masse corporelle a été calculé.

Les apports caloriques à 4 mois étaient similaires dans les 3 groupes d'enfants. Ils étaient plus élevés chez les garçons que chez les filles, quelle que soit l'alimentation de l'enfant, de façon indépendante du poids de naissance. Des apports énergétiques plus élevés étaient corrélés à un poids plus élevé à 4 mois chez les enfants exclusivement nourris au lait industriel ou partiellement allaités, mais pas chez les enfants totalement allaités. Les apports étaient plus élevés chez les bébés des mères primipares ($2730 \pm 29,5$ kJ/jour) que chez les bébés des multipares ($2620,8 \pm 25,2$ kJ/jour) qui n'étaient pas totalement allaités, ainsi que chez les bébés qui avaient commencé la diversification plus tôt ($2805,6 \pm 50,4$ kJ/jour si les solides étaient introduits dès 1-2 mois contre $2587,2 \pm 46,2$ kJ/jour s'ils étaient introduits après 4 mois). Des apports énergétiques plus élevés à 4 mois étaient corrélés à un poids plus élevé à 1, 2 et 3 ans, ainsi qu'à un index de masse corporelle plus élevé chez les enfants partiellement allaités ou exclusivement nourris au lait industriel à l'âge de 4 mois, mais pas chez les enfants totalement allaités à cet âge. Dans ces deux premiers groupes, chaque tranche de 420 kJ/jour consommée par l'enfant était corrélée à un risque de surpoids 1,46 fois plus élevé à 3 ans, et 1,25 fois plus élevé à 5 ans.

Dans cette étude, des apports énergétiques plus importants chez les enfants exclusivement nourris au lait industriel ou partiellement allaités à l'âge de 4 mois étaient corrélés à un risque plus important de surpoids pendant les 5 premières années. Dans cette étude, il a été impossible d'évaluer exactement l'impact des apports énergétiques chez les enfants totalement allaités : il aurait fallu peser ces enfants avant et après chaque tétée sur 24 heures, ce qui n'a pas été

fait. Pour ces enfants, on a pris comme base de calcul une évaluation moyenne des apports caloriques constatés par d'autres études ; il peut y avoir d'importantes variations dans les quantités de lait absorbées par les enfants allaités, ce qui peut conduire à une sous-estimation des apports énergétiques ; d'un autre côté, des études ont fait état d'apports énergétiques moyens plus bas chez les enfants exclusivement allaités que chez les enfants nourris au lait industriel, même quand ils consomment des solides. Les auteurs estiment qu'on ne peut pas donner de conclusions fiables en ce qui concerne les relations entre les apports énergétiques et le risque d'obésité par la suite chez les enfants allaités.

Les violences faites aux femmes pendant la grossesse et l'allaitement

Violence against women during pregnancy, postpartum, and breastfeeding. K Kendall-Tackett. Breastfeed Abst 2006 ; 25(4) : 25-8. Mots-clés : femmes, violence, grossesse, allaitement.

Les violences faites aux femmes sont une réalité qui touche malheureusement des millions de femmes dans le monde, et qui n'épargne pas les femmes enceintes et allaitantes. Une étude canadienne récente portant sur 332 femmes en post-partum a constaté que 14% d'entre elles avaient subi des sévices sexuels et 7% des sévices physiques pendant l'enfance, et que respectivement 7%, 13% et 30% subissaient à l'âge adulte des sévices physiques, sexuels ou émotionnels. Des études ont tenté de comprendre de quelle façon ces violences passées ou présentes pouvaient affecter l'expérience de la maternité. L'auteur fait le point sur ces études.

D'après une enquête récente (Kendall-Tackett, 2003), les personnes ayant subi des sévices sexuels ont un risque beaucoup plus élevé de comportements sexuels à risque, avec entre autres un risque nettement plus élevé de grossesse à l'adolescence. Les fillettes qui ont subi ce type de violences sont plus nombreuses à débiter précocément leur vie sexuelle, à avoir de nombreux partenaires sexuels, et à accepter des comportements à haut risque. Toutefois, au moins une étude a constaté que toutes les mères adolescentes n'avaient pas des antécédents de sévices (Romano, 2006) ; dans cette étude, 79% des 252 adolescentes enceintes interrogées n'avaient aucun antécédent de sévices ; mais 21% rapportaient de multiples formes d'abus, et seuls les sévices sexuels étaient corrélés à un risque plus élevé de dépression pendant la grossesse.

Les antécédents de sévices peuvent aussi avoir un impact sur la santé maternelle. Une étude a constaté que les femmes qui avaient de tels antécédents étaient plus souvent fumeuses, se sentaient en moins bonne santé, et venaient plus souvent consulter pendant leur grossesse (Grimstad, 1999). Dans une étude américaine portant sur 1220 mères, les femmes qui avaient subi des sévices pendant l'enfance étaient plus nombreuses à avoir des grossesses non désirées et un mauvais suivi prénatal. Ces deux caractéristiques peuvent également être un signe de sévices par le compagnon (Campbell, 2005). Dans une étude koweïtienne portant sur 248 femmes mariées et enceintes, 17% ont dit avoir subi des sévices ; et il existait une corrélation entre le risque de dépression pendant la grossesse et ces sévices.

De même, les femmes qui avaient subi des sévices pendant l'enfance ou qui en subissaient à l'âge adulte étaient plus souvent déprimées en post-partum. Une étude australienne qui a suivi des mères souffrant de dépression majeure a constaté que la moitié

d'entre elles avaient des antécédents d'abus sexuel pendant l'enfance ; ces femmes avaient également un niveau plus élevé d'anxiété et de stress (Buist, 2001). Une autre étude a rapporté une prévalence plus élevée de problèmes de santé chez les femmes ayant des antécédents d'abus (Ansara, 2005). Une étude qualitative de Lutz (2005) a suivi 12 femmes qui avaient subi des violences de la part de leur compagnon pendant au moins l'une de leurs grossesses ; la dépression, l'anxiété et le syndrome de stress post-traumatique étaient courants chez ces femmes, qui avaient subi divers types de sévices, pendant l'enfance comme à l'âge adulte. Chaque violence subie augmentait le risque de survenue de nouvelles violences, et ces femmes voyaient les violences de la part de leur compagnon comme une étape supplémentaire dans une longue suite de violences.

Malheureusement, la grossesse ne protège pas les femmes vis-à-vis de la violence de leur partenaire. Trois grandes études de population ont constaté que de nombreuses femmes étaient battues pendant leur grossesse et leurs suites de couches. Dans une étude chinoise (Guo, 2004), 8,5% des femmes étaient battues avant leur grossesse, 3,6% pendant leur grossesse, et 7,4% après leur accouchement. Dans une étude américaine (Martin, 2001), 6,9% des femmes étaient battues avant leur grossesse, 6,1% pendant leur grossesse, et 3,2% après leur accouchement. Enfin, dans une étude anglaise (Bowen, 2005), 5% des femmes étaient battues pendant leur grossesse, et 11% après leur accouchement. Dans une étude américaine portant sur des mères adolescentes, 21% de ces mères subissaient les violences de leur compagnon à 3 mois post-partum, et 13% à 24 mois post-partum. 75% de celles qui étaient battues pendant leur grossesse étaient également battues pendant les 2 premières années post-partum (Harrykissoon, 2002).

En 2006, *Pediatrics* a publié une méta-analyse des 94 études évaluant l'impact de la violence dans le couple parental sur les enfants, et sur la prévalence de l'allaitement (Bair-Merritt). Les auteurs concluaient que les données ne permettaient pas de tirer des conclusions fiables. Une étude en particulier ne constatait aucune différence entre les femmes qui subissaient des violences et celles qui n'en subissaient pas (Bullock, 2001) : environ 52% de ces femmes avaient des antécédents de sévices, et 13% avaient été battues dans les 12 mois précédents, mais le taux d'allaitement était similaire dans les 2 groupes. Les femmes subissant la violence de leur compagnon rencontrent cependant davantage de difficultés dans leur allaitement ; elles sont plus souvent fumeuses (Amir, 2002, Heck, 2003), elles restent moins longtemps en maternité (le compagnon ne permettant pas à la mère d'y rester plus longtemps (Heck, 2003), leurs bébés sont plus souvent prématurés ou admis en néonatalogie (Heck, 2003 ; Scott, 2006), et leurs compagnons sont plus souvent défavorables à l'allaitement (un compagnon abusif a tendance à considérer que le corps de la femme lui appartient – Scott, 2006 ; Kong, 2004).

Les études portant sur les femmes ayant subi des sévices pendant l'enfance sont plus optimistes. Les femmes qui ont subi des abus sexuels sont plus nombreuses à souhaiter allaiter (Benedict, 1994), et à débiter un allaitement (Prentice, 2002). Toutefois, nous manquons de données sur la durée de ces allaitements, et sur les difficultés que ces femmes ont à surmonter. Une étude guatémaltèque récente a constaté que les femmes qui souffrent d'un niveau élevé de stress en post-partum ont un taux anormalement élevé de cortisol, et une montée de lait plus tardive (Grajeda, 2002). Les femmes qui ont subi des sévices pendant l'enfance souffrent souvent de perturbations de l'axe hypothalamo-hypophysaire, qui peuvent induire des anomalies de la sécrétion de cortisol. Cela pourra rendre le démarrage de l'allaitement plus difficile, ces femmes ayant besoin d'un soutien beaucoup plus actif.

Les données sur l'impact des violences faites aux femmes sont limitées, mais elles permettent de penser que les femmes qui ont subi ou qui subissent des violences ont un risque plus élevé de dépression, de stress post-traumatique, et de problèmes de santé

variés. Elles pourront également présenter davantage de problèmes d'allaitement. Mais même des femmes qui ont subi des sévices graves réussissent à surmonter les difficultés, et à allaiter. Les professionnels de santé peuvent aider ces mères, et les soutenir dans leur allaitement.

- Amir, L. H., and S. M. Donath. Does maternal smoking have a negative physiological effect on breastfeeding? *The epidemiological evidence. Birth* 2002 ; 29 : 112-23.
- Ansara, D., M. M. Cohen, R. Gallop et al. Predictors of women's physical health problems after childbirth. *J Psychosom Obstet Gyn* 2005 ; 26 : 115-25.
- Bair-Merritt, M. H., M. Blackstone, and C. Feudtner. Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence : A systematic review. *Pediatrics* 2006 ; 117 : 278-90.
- Benedict, M., L. Paine, and L. Paine. Long-Term Effects of Child Sexual Abuse on Functioning in Pregnancy and Pregnancy Outcome. Final report, National Center on Child Abuse and Neglect. Washington, DC : National Center on Child Abuse and Neglect, 1994.
- Bowen, E., J. Heron, A. Waylen et al. Domestic violence risk during and after pregnancy : Findings from a British longitudinal study. *Br J Obstet Gynaecol* 2005 ; 112 : 1083-89.
- Buist, A., and H. Janson. Childhood sexual abuse, parenting, and postpartum depression : A 3-year follow-up study. *Child Abuse Neglect* 2001 ; 25 : 909-21.
- Bullock, L. F., M. K. Libbus, and M. R. Sable. Battering and breastfeeding in a WIC population. *Can J Nurs Res* 2001 ; 32 : 43-56.
- Campbell, J. C., and K. A. Kendall-Tackett. Intimate partner violence : Implications for women's physical and mental health. In *Handbook of Women, Stress and Trauma*, ed. K. A. Kendall-Tackett. New York : Taylor & Francis, 2005, 123-40.
- Grajeda, R., and R. Perez-Escamilla. Stress during labor and delivery is associated with delayed onset of lactation among urban Guatemalan women. *J Nutr* 2002 ; 132 : 3055-60.
- Grimstad, H., and B. Schei. Pregnancy and delivery for women with a history of child sexual abuse. *Child Abuse Neglect* 1999 ; 23 : 81-90.
- Guo, S. F., J. L. Wu, C. Y. Qu, and R. Y. Yan. Physical and sexual abuse of women before, during, and after pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2004 ; 84 : 281-86.
- Harrykissoon, S. D., V. I. Rickert, and C. M. Wiemann. Prevalence and patterns of intimate partner violence among adolescent mothers during the postpartum period. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002 ; 156 : 325-30.
- Heck, K. E., K. C. Schoendorf, G. F. Chavez et al. Does postpartum length of stay affect breastfeeding duration? A population-based study. *Birth* 2003 ; 30 : 153-59.
- Kendall-Tackett, K. A. Physiological correlates of childhood abuse : Chronic hyperarousal in PTSD, depression, and irritable bowel syndrome. *Child Abuse Negl* 2000 ; 24 : 799-810.
- Kendall-Tackett, K. A. *Treating the Lifetime Health Effects of Childhood Victimization*. Kingston, NJ : Civic Research Institute, 2003.
- Kendall-Tackett, K. A., and S. Giacomoni, eds. *Intimate Partner Violence*. Kingston, NJ : Civic Research Institute, in press.
- Kong, S. K., and D. T. Lee. Factors influencing decision to breastfeed. *J Adv Nurs* 2004 ; 46 : 369-79.
- Lutz, K. F. Abuse experiences, perceptions, and associated decisions during the childbearing cycle. *West J Nurs* 2005 ; 27 : 802-24.
- Martin, S. L., L. Mackie, L. L. Kupper et al. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. *JAMA* 2001 ; 285 : 1581-84.
- Nayak, M. B., and M. Al-Yattama. Assault victim history as a factor in depression during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1999 ; 94 : 204-8.
- Prentice, J. C., M. C. Lu, L. Lange, and N. Halfon. The association between reported childhood sexual abuse and breastfeeding initiation. *J Hum Lact* 2002 ; 18 : 219-26.
- Romano, E., M. Zoccolillo, and D. Paquette. Histories of child maltreatment and psychiatric disorder in pregnant adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 2006 ; 45 : 329-36.
- Scott, J. A., C. W. Binns, K. I. Graham et al. Temporal changes in the determinants of breastfeeding initiation. *Birth* 2006 ; 33 : 37-45.

Rôle de la joie pendant la grossesse

The function of joy in pregnancy. M Odent. Primal Health Research 2006 ; 14(3). Mots-clés : grossesse, émotions maternelles, cortisol, catécholamines, impact sur l'enfant.

J'ai été surpris lorsque l'organisateur d'une conférence m'a demandé de parler du « Rôle de la joie pendant la grossesse ». Or, il y a un obstacle majeur à surmonter : de nombreux états émotionnels ont été étudiés scientifiquement par les physiologistes, les psychologues, les épidémiologistes et autres spécialistes, mais pas la joie. On a dit que les artistes précèdent souvent les scientifiques. Et effectivement, les poètes, les musiciens, les peintres... parlent de la joie. Il est intéressant de constater que la joie est souvent associée au mysticisme par les artistes. Elle est également souvent associée à l'émergence de la vie (le printemps, l'enfant).

Nous pouvons étudier indirectement la joie en regardant ce qui se passe dans les états émotionnels opposés. Les émotions sont associées à la sécrétion de cortisol et de catécholamines telles que l'adrénaline et la noradrénaline. L'anxiété chronique, la dépression et le stress induisent des taux élevés de cortisol. On sait que ce dernier inhibe la croissance fœtale, tout particulièrement le développement du cerveau, même si une enzyme placentaire peut le protéger dans une certaine mesure. Plusieurs études récentes ont confirmé que l'état émotionnel de la femme pendant la grossesse avait un impact sur la croissance et le statut neuro-endocrine fœtal, ainsi qu'un impact à long terme sur le statut émotionnel des enfants, voire même sur celui des individus à l'âge adulte. Une étude finlandaise a constaté un taux plus élevé d'alcoolisme, de criminalité et de troubles mentaux chez des adultes dont le père était décédé pendant leur vie fœtale par rapport à des adultes dont le père était décédé pendant la première année de vie. Des constatations du même ordre ont été faites chez des adultes nés d'une grossesse non désirée par rapport à des adultes nés d'une grossesse désirée.

Il semble donc clair que l'état émotionnel de la mère pendant la grossesse est susceptible d'avoir un impact à long terme sur son enfant. L'un des devoirs des personnes qui entourent les femmes enceintes devrait donc être de veiller à leur bien-être émotionnel. Les professionnels de santé qui suivent les grossesses devraient veiller soigneusement à éviter tous les actes susceptibles d'avoir un effet nocebo, et faire en sorte que la femme se sente plus sereine après les avoir vus, ou à défaut moins anxieuse. Cela ne sera pas facile tant que le suivi des grossesses fera appel à toute la batterie de tests qui sont actuellement le lot des femmes enceintes, chaque visite donnant à la femme l'opportunité de constater à quel point la grossesse est un événement à haut risque. Les professionnels de santé devraient réfléchir au point suivant : « Quels sont les besoins fondamentaux d'une femme enceinte ? » D'après les connaissances actuelles, on pourrait répondre : « Manger des sardines, être heureuse... et chanter. » Un certain nombre d'études ont en effet conclu à l'impact significatif des carences nutritionnelles sur le risque de dépression, en particulier les carences en acides gras polyinsaturés de la série oméga-3.

Si la joie est le contraire de l'anxiété, de la dépression et du stress, on peut raisonnablement penser qu'elle est associée à un taux bas de cortisol et autres hormones de stress. La joie pourrait donc protéger le fœtus des effets néfastes de ces hormones de stress. Dans la mesure où le stress maternel est susceptible d'avoir un impact à long terme, la joie pendant la grossesse pourrait permettre la transmission de génération en génération de la capacité à être joyeux. Il nous reste à espérer que des chercheurs vont se pencher sur l'impact de la joie sur des hormones telles que la dopamine, la sérotonine ou l'ocytocine.

Utilisation des hydrolysats pour la prévention de l'allergie chez les bébés

Formulas containing hydrolysed protein for prevention of allergy and food intolerance in infants. Osborn DA, Sinn J. Cochrane Database System Rev 2006; 18(4): CD003664. Mots-clés : allergie aux protéines du lait de vache, nourrissons, prévention, hydrolysats.

Les allergies alimentaires sont courantes, et peuvent être induites par les aliments à base de lait de vache. On utilise les hydrolysats pour prévenir ce type d'allergie chez les nourrissons, ou en cas de survenue d'une telle allergie. Le but de cette méta-analyse était d'évaluer l'impact de l'utilisation des hydrolysats sur la prévalence des allergies alimentaires chez des bébés par rapport à l'utilisation d'un lait industriel à base de lait de vache ou à l'allaitement, de voir si certains hydrolysats étaient plus efficaces que d'autres pour cela, et de déterminer quels enfants bénéficieraient le plus d'une alimentation avec ces hydrolysats.

Les auteurs ont analysé les études randomisées et partiellement randomisées comparant l'impact de l'alimentation avec un hydrolysate, avec un lait industriel standard ou avec du lait maternel. 2 études comparaient l'impact à court terme de l'utilisation précoce d'un hydrolysate par rapport à l'allaitement ; aucune différence significative n'a pu être constatée entre les groupes d'enfants. Il en était de même dans 2 études comparant l'impact à court terme d'une alimentation précoce avec un lait industriel standard ou avec un hydrolysate. Une grande étude partiellement randomisée a fait état d'une faible diminution du risque d'allergie chez les enfants à bas risque d'allergie lorsqu'ils recevaient un hydrolysate. 10 études ont comparé l'impact d'une alimentation prolongée avec un hydrolysate versus un lait industriel standard chez des enfants à haut risque d'allergie. L'analyse de ces études montrait une baisse significative du risque d'allergie dans le groupe recevant l'hydrolysate, mais cette baisse ne persistait pas à plus long terme. On ne constatait aucune différence significative entre les groupes étudiés pour ce qui était de l'eczéma infantile, de l'asthme, des rhinites allergiques, ou de l'allergie alimentaire. Les études portant sur des prématurés ont montré que la prise de poids de ces enfants était significativement plus basse quand ils recevaient un hydrolysate ; cet impact n'était pas constaté chez les enfants nés à terme. Les études évaluant l'impact de l'alimentation avec un lait partiellement hydrolysé faisaient état d'une baisse significative du risque d'allergie chez les nourrissons, mais aucun impact n'était constaté sur le risque d'allergie plus tard pendant l'enfance, que ce soit sur le risque d'asthme, d'eczéma ou de rhinite. Par rapport aux enfants recevant un lait partiellement hydrolysé, les enfants recevant un hydrolysate poussé avaient un risque plus bas d'allergie alimentaire en début de vie, mais aucun impact sur le risque des diverses pathologies allergiques n'était constaté par la suite.

Il n'existe aucune évidence fiable en faveur du don d'un hydrolysate pour la prévention de l'allergie par rapport à l'allaitement exclusif. Chez les nourrissons à haut risque d'allergie qui ne peuvent pas être exclusivement allaités, le don d'un hydrolysate a un impact favorable à court terme, mais rien ne permet de penser qu'il soit préférable à celui d'un lait industriel standard pour la prévention des allergies à plus long terme. Au vu des problèmes méthodologiques que présentent de nombreuses études et de l'inconsistance des résultats, il serait nécessaire de faire des études menées selon une méthodologie précise et portant sur des groupes importants sur l'impact respectif de l'alimentation avec un lait industriel standard, un lait partiellement hydrolysé, ou un hydrolysate poussé, lorsque l'allaitement n'est pas possible.