

Protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine
Protocole clinique numéro 19

Promotion de l'allaitement dans le cadre prénatal

Clinical Protocol Number 19 – Breastfeeding promotion in the prenatal setting.
Comité des Protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine. Breastfeed Med 2009; 4(1); 43-52.

L'un des principaux objectifs de l'Academy of Breastfeeding Medicine est le développement de protocoles cliniques portant sur le suivi de problèmes médicaux courants pouvant avoir un impact sur le succès de l'allaitement. Ces protocoles sont destinés uniquement à servir de recommandations pour le suivi des mères allaitantes et de leurs enfants, et ne constituent pas un mode exclusif de traitement ou un standard pour les soins médicaux. Des variations dans le traitement pourront être appropriées en fonction des besoins individuels du patient.

Contexte

L'allaitement permet une nutrition optimale du bébé, et il est la norme physiologique pour les mères et les enfants (1, 2). Les mères prennent souvent une décision vis-à-vis de l'allaitement tôt pendant leur grossesse, et certaines ont même décidé si elles allaient allaiter avant la conception (3). Les encouragements et les informations provenant des professionnels de santé ont pour résultat une augmentation du taux d'allaitement et de sa durée (4-6). De plus, la participation à des programmes d'information et de soutien peut améliorer le démarrage et la durée de l'allaitement (4).

Recommandations

Créer une consultation amie de l'allaitement

L'équipe doit être formée, et engagée dans la promotion, la protection et le soutien à l'allaitement.

Le médecin dirigeant doit être impliqué, mais il n'est pas nécessaire qu'il ou elle suive chacune des étapes suivantes. Les tâches peuvent être réparties entre de nombreux membres de l'équipe soignante (infirmières, assistants médicaux, consultant(e)s en lactation, formateurs en allaitement) dans la mesure où ils reçoivent une formation et un soutien adéquats.

Les consultations assurant un suivi prénatal doivent avoir une réglementation écrite concernant l'allaitement afin de faciliter un tel soutien (5).

Les documents et échantillons fournis par l'industrie des laits pour nourrissons ne doivent pas être utilisés, car il a été démontré que cette publicité abaisse la prévalence de démarrage de l'allaitement et en raccourcit la durée (7).

Des informations sur les intentions maternelles concernant l'allaitement devraient être incluses dans tous les documents médicaux utilisés pour la suivre, comme les dossiers de suivi prénatal, le dossier hospitalier, et le rapport de sortie de maternité.

Intégrer la promotion, l'information et le soutien à l'allaitement dans le suivi prénatal

Soutenir activement l'allaitement dès le début du suivi prénatal, et reconnaître que l'allaitement est supérieur à l'alimentation avec un lait industriel. Envisager une déclaration telle que « En tant que votre médecin, je veux que vous sachiez que je soutiens l'allaitement. Il est important pour les mères et les bébés. ».

Il peut également être utile de porter à la connaissance des patientes suivies en consultation prénatale que son médecin la soutiendra activement, par le biais de déclarations telles que « J'aime prendre le temps d'aider mes patientes à obtenir l'information, les compétences et le soutien dont elles ont besoin pour réussir leur allaitement. »

Noter les antécédents détaillés de la patiente dans le cadre de l'interrogatoire prénatal sur les antécédents (8)

Pour chaque enfant précédent, poser des questions sur le démarrage de l'allaitement, la durée de l'allaitement exclusif, la durée totale de l'allaitement, qui a soutenu la mère, sa perception des bénéfices de l'allaitement, les difficultés d'allaitement rencontrées, et la/les raison(s) pour le sevrage.

Chez les femmes qui n'ont pas allaité, envisager de les interroger sur leur perception des avantages de l'alimentation avec un lait industriel comme sur leur perception de ses désavantages. Leur demander ce qui pourrait les avoir aidé à allaiter leur enfant précédent.

Il est également important de rechercher tout antécédent familial susceptible de rendre l'allaitement particulièrement utile pour l'enfant, tels que l'asthme, l'eczéma, le diabète, et l'obésité (1, 2, 9).

Prendre en compte la culture spécifique des femmes, des familles et des communautés

Se renseigner sur la structure familiale des patientes. Dans certaines cultures, s'assurer la coopération d'un membre pivot de la famille pourra grandement favoriser la promotion de l'allaitement, tandis que dans d'autres la participation d'un membre particulier de la famille pourra être inappropriée.

Comprendre le point de vue et les convictions du compagnon qui sont susceptibles d'avoir un impact sur l'allaitement, et l'informer lorsque c'est approprié.

Veiller à ce que les parents de diverses cultures comprennent l'importance de l'allaitement pour la croissance et le développement de leurs enfants.

Respecter les croyances culturelles et les tabous associés à la lactation, s'adapter à ces convictions culturelles pour faciliter un allaitement optimal, tout en informant avec délicatesse et respect sur les traditions qui sont susceptibles d'avoir un impact négatif sur l'allaitement.

Prodiguer toutes les informations et conseils dans la langue maternelle de la femme dans toute la mesure du possible, et s'assurer de son degré d'alphabétisation si nécessaire.

Comprendre les obstacles à l'allaitement liés au temps, à la reprise d'un travail, ou aux difficultés économiques, et travailler à les surmonter avec les familles.

Être conscient du rôle des convictions culturelles personnelles du médecin lors des interactions avec les patients (2).

Inclure l'allaitement en tant que composante importante du premier examen des seins en période prénatale (10)

Observer si le développement des seins est normal, rechercher la présence de cicatrices chirurgicales, examiner le contour de l'aréole.

Pratiquer une compression aréolaire si les mamelons sont plats ou invaginés.

Analyser les modifications physiologiques liées à la grossesse, telles qu'augmentation de volume des seins et écoulement de colostrum.

Envisager un nouvel examen des seins pendant le troisième trimestre de la grossesse, dans la mesure où l'anatomie mammaire change pendant la grossesse.

Assurer à la future mère que ses seins lui permettront de réussir son allaitement, ou discuter avec elle de la disponibilité d'un soutien et d'une aide appropriée si l'examen clinique suggère un problème.

Si l'historique ou l'examen clinique suggèrent un risque élevé de problèmes d'allaitement, envisager la possibilité d'une consultation de lactation en période prénatale ou en début d'allaitement.

Discuter d'allaitement à chaque visite prénatale (6)

L'allaitement peut être discuté avec les médecins et/ou avec les autres membres de l'équipe soignante.

Envisager l'utilisation du Best Start 3-Step Counseling Strategy (10) pour :

Encourager un dialogue ouvert sur l'allaitement en commençant par poser des questions ouvertes.

Souligner les sentiments de la patiente.

Apporter une information ciblée (11, 12).

Aborder les questions et dissiper les idées fausses à chaque visite.

Pendant le premier trimestre

Inclure les compagnons, grands-parents et amis et les informer sur les bénéfices de l'allaitement pour les mères et les bébés (13).

Aborder les principales barrières connues, telles que le manque de confiance en soi, l'embarras, les contraintes de temps et sociales, les questions alimentaires et de santé, le manque de soutien social, les questions sur la reprise du travail et le placement de l'enfant dans un système de garderie, et la crainte de la douleur (10, 14).

Continuer à poser des questions ouvertes.

Pendant le second trimestre

Encourager les femmes à identifier les personnes pouvant servir de modèle sur le plan de l'allaitement en parlant avec la famille, les amis et les collègues qui ont réussi à allaiter.

Recommander à la mère et à son compagnon d'assister à une séance d'information sur l'allaitement en plus des informations reçues par le biais de la consultation (15).

Encourager la participation à un groupe de soutien de mère à mère. Procurer aux patientes une liste des possibilités locales d'information, et des ressources sur l'allaitement (16, 17).

Les visites du second trimestre permettent souvent de prendre le temps de discuter des connaissances de bases sur l'allaitement, comme l'importance de l'allaitement exclusif, la loi de l'offre et de la demande, l'allaitement à la demande, la fréquence des tétées, le moyen de reconnaître que l'enfant souhaite téter, comment savoir que le bébé reçoit assez de lait, l'intérêt d'éviter les tétines jusqu'à ce que l'enfant tète bien, et l'importance d'une bonne prise du sein.

La mère qui travaille sera encouragée à réfléchir sur si et quand elle reprendra le travail après la naissance de son enfant. Si elle prévoit de reprendre le travail, encourager la mère à réfléchir sur les installations dont elle pourra disposer pour tirer et conserver son lait, quelle délai elle aura avant de reprendre le travail, et de quelles législations et réglementations elle disposera pour la soutenir.

Pendant le troisième trimestre

Lors des visites à 28, 30 ou 32 semaines, on pourra informer la patiente et les personnes qui la soutiendront à l'aide de poupées, balles et ballons. Démontrer comment tenir le sein et positionner le bébé, que ce soit en position assise classique, en position croisée, ou en « ballon de rugby » (18).

Discuter de ce qui se passera en salle de naissance dans des conditions normales. Que fera la mère ? Que fera le médecin ?

Revoir la physiologie du démarrage de l'allaitement, et l'impact du don de suppléments.

Faire un nouvel examen des seins et des mamelons.

Recommander l'achat d'un soutien-gorge d'allaitement adapté.

Encourager l'assistance à une autre réunion d'un groupe de soutien, dans la mesure où les intérêts et les objectifs de la mère à ce stade peuvent être différents de ceux qu'elle avait plus tôt dans la grossesse (19).

Recommander à la mère de discuter du suivi médical de son enfant et du soutien à l'allaitement avec son pédiatre (20).

Permettre aux femmes et aux familles de vivre une expérience d'allaitement la plus favorable possible à l'allaitement

Confirmer le planning prévu pour le suivi post-natal.

Assurer la mère qu'un système adéquat de soutien est en place pour le post-partum.

Recommander de montrer l'enfant à un professionnel de santé dans les 48 heures qui suivent la sortie de maternité, afin de s'assurer qu'il va bien et que la pratique d'allaitement est optimale.

S'assurer que la patiente est informée sur les moyens d'obtenir de l'aide pour son allaitement.

Prodiguer à l'avance des conseils sur les sujets tels que l'engorgement, les crises de croissance et les tétées nocturnes.

Informers les patientes sur les 10 Conditions pour le Succès de l'Allaitement, et sur les moyens de recommander un suivi hospitalier ami des bébés.

Discuter du soutien à l'allaitement dans le cadre d'une césarienne.

Recommandation pour les futures recherches

Il n'existe actuellement aucune étude portant uniquement sur les interactions entre le soutien à l'allaitement effectué par les médecins en période prénatale, et le démarrage et le caractère exclusif de l'allaitement, et sa poursuite.

Des études sont nécessaires pour évaluer l'impact des interventions prénatales prises isolément, ou en combinaison avec d'autres actions, et leur impact sur le démarrage et le caractère exclusif de l'allaitement, et sa poursuite.

Des études sont nécessaires sur le rapport coût/efficacité des actions nécessaires pour rendre une consultation amie de l'allaitement.

Il est nécessaire de faire des études sur les difficultés spécifiques du soutien à l'allaitement en période prénatale (telles que le manque de ressources communautaires, les barrières culturelles, etc.).

D'autres recherches sont nécessaires sur l'impact de diverses interventions prénatales sur des populations variées, incluant des femmes de divers niveaux socioéconomiques et d'origines culturelles variées.

Remerciements

Ce travail a été financé en partie par un don du Bureau de la Santé Maternelle et Infantile, Département de la Santé et des Services Humains. Les auteurs soulignent avec reconnaissance les contributions de Jane Wilson, MD, MPH, pour son aide en matière de compilation bibliographique.

Références

1. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115: 496–506.
2. American Academy of Family Physicians. Family Physicians Supporting Breastfeeding. Position Paper, 2008. <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/b/breastfeedingpositionpaper.html> (accessed February 8, 2009).
3. Izatt SD. Breastfeeding counseling by healthcare providers. *J Hum Lact* 1997;13:109–113.
4. Primary Care Interventions to Promote Breastfeeding, Topic Page. October 2008. U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstfbrfd.htm>.
5. Shaikh U and the Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #14: Breastfeedingfriendly physicians office, part 1: Optimizing care for infants and children. *Breastfeed Med* 2006;1:115–119.
6. Mansbach IK, Palti H, Pevsner B, et al. Advice from the obstetrician and other sources: do they affect women's breastfeeding practices? A study among different Jewish groups in Jerusalem. *Soc Sci Med* 1984;19:157–162.
7. Howard CR, Howard FM, Lawrence RA, et al. The effect on breastfeeding of physicians' office-based prenatal formula advertising. *Obstet Gynecol* 2000;95:296–303.
8. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Breastfeeding: Management before and after conception (Chap. 5). In: *Breastfeeding Handbook for Physicians*. Schanler RJ, sr. ed. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL, pp. 55–65, 2006.
9. Ip S, Chung M, Raman G, et al. *Evidence Report/Technology Assessment No. 153: Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries*. AHRQ Publication Number 07-E007. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, 2007.
10. Issler H, de Sa MB, Senna DM. Knowledge of newborn healthcare among pregnant women: Basis for promotional and educational programs on breastfeeding. *Sao Paulo Med J* 2001;119:7–9.
11. United States Department of Agriculture National Breastfeeding Promotion Campaign: Loving Support Makes Breastfeeding Work. <http://www.fns.usda.gov/wic/breastfeeding/lovingsupport.htm> (accessed February 8, 2009).
12. Humenick SS, Hill PD, Spiegelberg PL. Breastfeeding and health professional encouragement. *J Hum Lact* 1998;14: 305–310.
13. Ingram J, Johnson D. A feasibility study of an intervention to enhance family support for breastfeeding in a deprived area in Bristol, UK. *Midwifery* 2004;20:367–379.
14. Hartley BM, O'Connor ME. Evaluation of the 'Best Start' breast-feeding education program. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:868–871.
15. Reifsnider E, Eckhart D. Prenatal breastfeeding education: Its effect on breastfeeding among WIC participants. *J Hum Lact* 1997;13:121–125.
16. Chapman DJ, Damio G, Perez-Escamilla R. Differential response to breastfeeding peer counseling within a low-income, predominantly Latina population. *J Hum Lact* 2004; 20:389–396.
17. Chapman DJ, Damio G, Young S, et al. Effectiveness of breastfeeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population: A randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:897–902.
18. Duffy EP, Percival P, Kershaw E. Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breastfeeding rates. *Midwifery* 1997;13: 189–196.

19. De Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: A systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lact* 2001;17:326–343.
20. Loh NR, Kelleher CC, Long S, et al. Can we increase breastfeeding rates? *Ir Med Jr* 1997;90:100–101.
21. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. *Ten Steps to Support Parents' Choice to Breastfeed Their Baby*. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL, 2003.
<http://www.aap.org/breastfeeding/tenSteps.pdf> (accessed February 8, 2009).

Les protocoles de l'ABM expirent cinq ans après leur date de publication. Des révisions fondées sur des données scientifiques sont faites au bout de cinq ans, ou plus rapidement s'il y a des modifications significatives des connaissances.

Auteurs

- * Julie Wood, M.D., FABM
- * Elizabeth Hineman, M.D.
- * David Meyers, M.D.

Comité des protocoles

Caroline J. Chantry, M.D., FABM, Co-Chairperson
Cynthia R. Howard, M.D., MPH, FABM, Co-Chairperson
Ruth A. Lawrence, M.D., FABM
Kathleen A. Marinelli, M.D., FABM, Co-Chairperson
Nancy G. Powers, M.D., FABM

* Auteur principal