



Allaitement maternel : les recommandations de l'ANAES

Ces recommandations sont consultables sur le site de l'ANAES : www.anaes.fr, rubrique « nouveautés »

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a récemment publié des recommandations sur l'allaitement maternel. Elles proposent des conseils d'organisation et des modalités de mise en œuvre de l'allaitement maternel et de sa poursuite jusqu'à l'âge de six mois.

Les recommandations édictées par l'ANAES se fondent essentiellement sur des études menées dans les pays développés. Elles concernent exclusivement les femmes ayant mis au monde un enfant sain né à terme. Le groupe de travail précise que tous les professionnels concernés par l'allaitement maternel doivent être formés à sa pratique et son suivi au cours de leurs études et lors des formations continues.

Selon la définition adoptée par le groupe de travail, l'allaitement maternel est dit exclusif lorsque le nouveau-né ou le nourrisson ne reçoit que le lait de sa mère, à l'exclusion de tout autre ingestat y compris l'eau. Il est partiel lorsqu'il est associé à une autre alimentation. Cet allaitement partiel est majoritaire si la quantité de lait maternel consommée couvre plus de 80 % des besoins de l'enfant, moyen si elle assure 20 à 80 % de ses besoins et faible si elle en assure moins de 20 %. Le sevrage correspond à l'arrêt complet de l'allaitement maternel. Il ne doit pas être confondu avec la diversification alimentaire.

LES BÉNÉFICES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

L'allaitement maternel exclusif

permet un développement optimal du nourrisson jusqu'à six mois. Il protège le nouveau-né des infections gastro-intestinales et, dans une moindre mesure, des infections ORL et respiratoires. L'introduction d'une alimentation complémentaire entre quatre et six mois n'apporte aucun bénéfice particulier.

Les contre-indications médicales à l'allaitement maternel sont exceptionnelles, tant pour la mère (infection par le VIH, sauf si le lait est pasteurisé)

que pour l'enfant (galactosémie).

Les facteurs qui influencent le choix du mode d'allaitement sont multiples. Pour plus de la moitié des femmes, ce choix se fait avant la grossesse. Le groupe de travail souligne à ce propos l'importance de l'éducation sanitaire et la nécessité de renforcer la place de l'allaitement maternel dans la société. Il recommande également qu'une information sur l'allaitement soit faite dès l'école.

Aujourd'hui, la moitié des nouveau-nés sont allaités à la sortie de la maternité. Ce taux a peu varié au cours des vingt dernières années. On ne dispose en revanche d'aucune donnée nationale sur la durée de l'allaitement.

Le groupe de travail considère que toute rencontre avec une femme enceinte doit être l'occasion pour les professionnels de santé d'aborder la question de l'allaitement maternel, d'informer la mère, mais égale-

Dix conditions pour le succès de l'allaitement

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

ment le père, qui a un rôle de soutien. L'information seule a peu d'effet, mais des programmes structurés s'appuyant sur plusieurs techniques éducatives augmentent le taux d'allaitement maternel à la naissance et parfois sa poursuite. L'action de mères ayant allaité avec succès et formées à la conduite de l'allaitement a un impact positif.

L'ORGANISATION DES MATERNITÉS

Le groupe de travail souligne la nécessité d'un profond changement des pratiques dans les maternités pour permettre la mise en œuvre de conditions favorables à l'allaitement maternel. Toutes les initiatives fondées sur les « dix conditions pour le succès de l'allaitement » (voir encadré) définies par l'OMS et l'Unicef en 1999 dans le cadre de l'initiative « hôpitaux amis des bébés » (en France, seules deux maternités ont obtenu le titre de « maternité amie des bébés ») améliorent le taux d'allaitement à la sortie de la maternité et la durée de l'allaitement exclusif.

Le groupe de travail recommande qu'à la naissance une période prolongée de contact intime soit laissée à la mère et à son enfant pour faciliter la première tétée. L'allaitement, est-il précisé, n'est pas compromis si le bébé ne tète pas immédiatement après la naissance. Par ailleurs, l'analgésie péridurale pendant le travail peut retarder le réflexe de succion mais ne modifie pas la mise en route de l'allaitement. Il est également préconisé d'encourager la cohabitation du nourrisson et de sa mère vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour favoriser l'allaitement à la demande. Les bébés au sein

ont besoin de téter fréquemment (souvent davantage que les six à sept tétées recommandées habituellement), et il n'y a aucun avantage à réduire le nombre et la durée des tétées, ni à laisser un intervalle minimal entre deux tétées. Par ailleurs, aucune donnée ne permet de conseiller à la mère de proposer un sein ou les deux à chaque tétée. Il est cependant important de n'offrir l'autre sein au bébé que lorsque celui-ci a arrêté de téter de lui-même, de manière à prévenir les risques d'engorgement.

La mère doit être aidée à trouver les différentes positions dans lesquelles le bébé peut être allaité confortablement. Une bonne position et la prise correcte du sein par le bébé sont en effet des facteurs déterminants dans la mise en œuvre et la poursuite de l'allaitement.

LES COMPLÉMENTS

L'allaitement exclusif permet de couvrir les besoins nutritionnels et hydriques du nouveau-né s'il tète de manière efficace et à la demande. Le recours à des compléments (eau, eau sucrée, substitut du lait) n'est donc pas nécessaire. La décision d'utiliser des compléments doit être prise au cas par cas, en concertation avec la mère. La distribution de colis-cadeaux contenant un substitut du lait ou du matériel pour l'alimentation au biberon a un impact négatif sur l'allaitement exclusif et est donc déconseillée. La distribution gratuite de substituts du lait à la sortie de la maternité est interdite en France.

L'introduction de compléments entre quatre et six mois, parallèlement à la poursuite de l'allaitement maternel, augmente les risques de gastro-entérite et

n'apporte aucun bénéfice pour le développement et la croissance de l'enfant. Le groupe de travail précise qu'une nouvelle référence internationale de croissance est actuellement en cours d'élaboration à partir de la croissance des nourrissons sains allaités par leur mère, afin d'évaluer tous les autres modes d'alimentation en termes de croissance, de santé et de développement.

PRÉVENTION DES DIFFICULTÉS DE L'ALLAITEMENT

Les douleurs et lésions des mamelons (rougeur, irritation, crevasse) peuvent être prévenues par un positionnement correct du bébé lors des tétées. En revanche, la persistance de douleurs malgré une prise correcte du sein doit faire évoquer une pathologie, en particulier une mycose. Le nettoyage des mamelons avant ou après la tétée semble augmenter l'incidence des douleurs des mamelons et complique inutilement l'allaitement. En cas de lésion du mamelon, l'utilisation de topiques, de protège-mamelons et de coupelles d'allaitement peut être recommandée. L'engorgement mammaire physiologique, qui témoigne de l'installation du stade II de la lactogénèse se résout rapidement par des tétées efficaces. L'engorgement est pathologique s'il s'accompagne de fièvre, de frissons, de douleur et de gêne à l'écoulement du lait. La prévention de l'engorgement repose sur des tétées précoces, sans restriction de fréquence ni de durée. Le seul traitement de l'engorgement qui ait fait la preuve de son efficacité est l'expression du lait (manuelle ou à l'aide d'un tire-lait), qui doit être suivie d'une tétée par le bébé. Le traitement sympto-

matique (application de froid ou de chaud) n'a pas d'efficacité démontrée ; il peut toutefois être utilisé s'il procure un soulagement. Enfin, la restriction hydrique ainsi que le bandage des seins ne sont pas recommandés.

La mastite se manifeste par des signes locaux (de la simple inflammation localisée d'un segment du sein à un aspect plus sévère de cellulite avec peau d'orange), éventuellement associés à des signes généraux ; elle est favorisée par l'engorgement, les crevasses, les lésions du mamelon. Son traitement repose sur la recherche de facteurs favorisants et l'évaluation de la pratique de l'allaitement, la poursuite de l'allaitement avec tétées sans restriction de durée, ni de fréquence et l'extraction du lait du côté atteint. Si la tétée est trop douloureuse, l'expression du lait (manuelle ou au tire-lait) est indispensable. La suspension de l'allaitement majore le risque d'abcès du sein.

Le traitement antibiotique est indiqué :

- en cas de mastite infectieuse (confirmée si possible par la culture du lait avec antibiogramme) ;
- ou si les symptômes sont graves d'emblée ;
- ou si une lésion du mamelon est visible ;
- ou si les symptômes ne s'améliorent pas en douze à vingt-quatre heures.

Ce traitement doit être compatible avec l'allaitement maternel. Le traitement symptomatique repose sur l'application de chaud ou de froid sur le sein, si cela procure un soulagement à la mère, et sur le repos.

L'incapacité anatomique ou physiologique à produire suffi-

samment de lait est très rare. Le plus souvent, l'insuffisance de lait est la conséquence d'une conduite inappropriée de l'allaitement (tétées inefficaces et peu nombreuses). Une insuffisance de lait est également possible lors de la reprise du travail. Les mères doivent être prévenues de cette éventualité et de la manière d'y faire face : augmenter transitoirement la fréquence et la durée des tétées et rechercher le soutien de professionnels de santé ou de bénévoles expérimentés. Lors de la reprise du travail, les mères doivent être informées des différentes modalités de poursuite de l'allaitement : tétées matin et soir, expression et conservation du lait, reprise de l'allaitement à la demande pendant les jours de congés et les week-ends. Les femmes doivent avoir connaissance des mesures inscrites dans le Code du travail pour encourager la poursuite de l'allaitement (pauses sur le temps de travail, réduction journalière du temps de travail ou horaires de travail souples, lieux appropriés pour exprimer le lait).

ALLAITEMENT ET NUTRITION DE LA MÈRE

L'alimentation de la mère qui allaite n'a aucun spécificité ; elle doit simplement respecter les principes d'une nutrition saine et équilibrée recommandée durant la grossesse. La consommation de caféine doit être modérée et celle d'alcool est déconseillée. Les effets bénéfiques de

l'allaitement maternel sont largement supérieurs aux éventuels effets des dioxines qui passent dans le lait maternel. Les données disponibles montrent en effet que l'exposition du nouveau-né allaité au sein reste inférieure aux valeurs définies par l'OMS comme sans danger à long terme pour la santé des personnes. Il est simplement conseillé aux mères de réduire leur consommation de matières grasses d'origine animale et d'éviter une perte de poids trop rapide, afin de minimiser le risque d'exposition du nourrisson aux dioxines.

ALLAITEMENT ET MÉDICAMENTS

La prescription doit se conformer à la conduite à tenir indiquée dans le Vidal lorsque celle-ci est précise : « allaitement possible », « allaitement contre-indiqué ». Lorsqu'elle est moins explicite (« allaitement déconseillé », rubrique non renseignée...), la décision doit être prise au cas par cas, en accord avec la mère.

ALLAITEMENT ET CONTRACEPTION

Une information sur ce sujet doit être donnée au couple pour lui permettre de choisir la méthode la plus appropriée. La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) suppose un allaitement exclusif à la demande jour et nuit et la persistance d'une aménorrhée, les tétées entretenant l'hyperprolactinémie. Dans ces conditions, le taux de

grossesse observé pour un allaitement de six mois est inférieur à 2 %. Si le choix se porte sur une contraception hormonale, celle-ci ne doit pas être débutée avant la sixième semaine du post partum. Les œstrogénostatifs ne sont pas recommandés, car ils peuvent réduire la production de lait. Les microprogestatifs, les progestatifs injectables et les implants progestatifs peuvent être utilisés sans inconvénients, ni pour l'allaitement ni pour le nouveau-né. La pose d'un dispositif intra-utérin est possible dès la quatrième semaine du post partum, même en l'absence de retour de couche. Les préservatifs et les spermicides peuvent être utilisés, en sachant que leur effet contraceptif est moindre.

PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Le groupe de travail souligne l'intérêt de mettre en place des mesures organisationnelles qui favorisent la poursuite de l'allaitement maternel, en particulier l'allongement de la durée du congé postnatal. Il incite à ce que des études soient menées pour disposer notamment de données précises sur la durée de l'allaitement maternel. Il plaide enfin pour une définition des pratiques de surveillance et des soins aux nouveau-nés susceptibles de favoriser l'allaitement maternel, pour une meilleure définition également des difficultés de l'allaitement et une évaluation de leur prévention et de leur traitement. □

Journées de l'Asthme de l'Enfant Pratique en réseau ville-hôpital

5 et 6 juin 2003

Maison de la chimie, Paris

**Peut-on modifier
l'histoire naturelle
de l'allergie et de l'asthme
chez l'enfant ?**

Président :
Alain GRIMFELD



PROGRAMME :

Facteurs prédictifs et prévention
Associations rhinite et asthme
Prise en charge en 2003
Abords psychologiques et éducation

TABLE RONDE :

Réseaux ville-hôpital : intérêt et contraintes

ATELIERS :

Diagnostic et évaluation
Allergies alimentaires
Gestion de la crise et prise en charge

MODÉRATEURS ET INTERVENANTS :

Patrick ALVIN, Gabriel BELLON,
Agnès BERNARD, Etienne BIDAT
Jacques DE BLIC, Jacques BROUARD,
Christophe DELACOURT, Lionel DONATO,
Guy DUTAU, Philippe GODARD,
Eméric GOUDARD, Alain GRIMFELD,
Michèle HAYAT, Agnès JUCHET,
Jocelyne JUST, André LABBÉ,
Françoise LEFÈVRE, Isabelle MOMAS,
Erika VON MUTIUS,
Françoise NEUKIRCH, François PAYOT,
Fabienne RANCÉ, Gilles ROGER,
Pierre SCHEINMANN...

Informations complémentaires
et inscriptions :

Artaga Productions – Tél : 01 53 42 18 91
Email : hbismut@artaga.com



POUMON & ENFANCE

www.j-asthme-enfant.com