

Le nouveau kit de formation sur l'Initiative hôpitaux amis des bébés

L'Initiative hôpitaux amis des bébés (IHAB) a été lancée en 1991. Depuis, l'appellation « Hôpital ami des bébés » a été accordée à plus de 15'000 centres dans 134 pays. Mais si, dans un premier temps, le nombre d'hôpitaux recevant cette appellation a connu une croissance exponentielle, cette progression s'est ralentie partout après 1996, avec des différences notables selon les pays et à l'intérieur-même des pays. D'après les chiffres rapportés par l'UNICEF, depuis 1991, moins de sept hôpitaux par pays ont été labellisés « amis des bébés » chaque année. En regard du nombre global d'hôpitaux et du nombre total de naissances ayant lieu dans les hôpitaux, ce taux est bas. De plus, on ne sait pas quelle proportion d'hôpitaux « amis des bébés » a été évaluée une deuxième fois dans le but d'assurer le maintien de leur niveau sur la durée.

Pour redonner de la vitalité à l'IHAB en termes à la fois quantitatifs et qualitatifs, l'OMS et l'UNICEF ont élaboré un nouveau kit basé sur un cours révisé de 20 heures à l'intention du personnel des maternités. Dans ce kit :

- La condition 4 est reformulée ainsi : « placer dès la naissance et pendant au moins une heure le bébé en contact peau à peau avec sa mère et encourager la mère à repérer le moment où son bébé est prêt à prendre le sein - en lui proposant de l'aide si nécessaire ».
- La condition 10 est revue de façon à souligner l'importance, tant à l'hôpital que dans la communauté, de l'aide précoce - de préférence 2 à 4 jours après la naissance, et de nouveau au cours de la 2^e semaine - d'une conseillère en lactation qualifiée - si possible une personne de la communauté qui fait partie d'un groupe de soutien de mère à mère.
- De nouveaux critères d'évaluation relatifs au respect du Code international ont été introduits.
- Des critères optionnels sont indiqués dans les zones à forte prévalence du VIH/SIDA.
- Des critères optionnels complémentaires sont introduits concernant des soins « amis des mères » à préconiser lors du travail et de l'accouchement.

Pour remplir la condition 2, l'objectif est de former au moins 80% des membres du personnel hospitalier employés depuis au moins 6 mois et travaillant avec les mères et/ou les nourrissons. La tâche est énorme ! Compte tenu à la fois de la rotation du personnel et des connaissances inadaptées et dépassées en matière d'allaitement qu'acquiert la plupart des professionnels de la santé durant leur formation initiale, c'est une activité à mener en continu et à programmer deux fois par an. Au terme de leur formation, la plupart des médecins, infirmières et sages-femmes ont été submergés par des approches privilégiant le diagnostic et les traitements « hi-tech » ; ils ont été programmés à aborder la maladie à partir d'une approche purement médicale. Peu apprennent à considérer la grossesse et l'accouchement comme des événements physiologiques et à communiquer avec les mères et les conseiller. En outre, il n'est pas rare, même en cours de formation, qu'ils soient mis en contact avec du matériel et des activités promotionnels des fabricants de substituts du lait maternel, ce qui a pour conséquence d'influencer leurs connaissances et attitudes envers l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. Il est extrêmement difficile de changer les attitudes et pratiques de ces professionnels de la santé et de les former aux éléments de base de l'IHAB : pendant la grossesse et après la naissance, protéger l'allaitement comme une pratique normale et naturelle ; promouvoir le contact peau à peau précoce ; éviter autant que possible de séparer la mère et le nouveau-né ; empêcher une utilisation indue des biberons, tétines et substituts du lait maternel...

Pourra-t-on redonner de l'élan à l'IHAB et retrouver l'enthousiasme des premiers temps ? Le nouveau kit de l'IHAB, centré sur la formation continue des professionnels, va-t-il permettre d'augmenter le nombre d'hôpitaux certifiés « amis des bébés » ? Nous pensons qu'il ne suffira pas de simplement appliquer les principes révisés du nouveau kit pour produire les changements susceptibles de relancer l'IHAB qui persiste à stagner dans de nombreux pays. Pour y parvenir, nous proposons aussi de :

- Cibler en priorité les grands hôpitaux universitaires car ils jouent un rôle important dans la formation des médecins, des infirmières et des sages-femmes. C'est seulement s'ils apprennent de bonnes pratiques dans un hôpital universitaire « ami des bébés » que les professionnels de la santé les reproduiront quand ils seront en poste dans d'autres hôpitaux.
- Incrire dans les programmes des écoles formant les professionnels de la santé les bases scientifiques des 10 conditions de l'IHAB ainsi que les risques de ne pas allaiter.
- Incrire également le Code international et certaines pratiques de marketing couramment utilisées par les fabricants de substituts du lait maternel.
- Encourager l'utilisation de méthodes pédagogiques participatives lors de la formation sur l'IHAB et dans les écoles formant les professionnels de la santé. Ces méthodes devraient s'inspirer de la formation aux adultes, laquelle s'appuie sur les connaissances et l'expérience des étudiants pour mieux acquérir et mettre en pratique les nouvelles connaissances et compétences.

Allaiter pourquoi

Virus d'immunodéficience humaine (VIH)

Becquet R, Ekouevi DK, Menan H et al. Early mixed feeding and breastfeeding beyond 6 months increase the risk of post-natal HIV transmission: ANRS 1201/1202 Ditrane Plus, Abidjan, Côte d'Ivoire. *Preventive Medicine* 2008;47:27-33

De 2001 à 2003, des femmes enceintes infectées par le VIH ont reçu une prophylaxie antirétrovirale péri-partum. Avant leur accouchement, elles ont également reçu des conseils sur les options en matière d'alimentation des nourrissons : alimentation au lait artificiel ou allaitement maternel exclusif avec arrêt précoce à 4 mois. Sur les 622 nourrissons nés vivants non infectés par le VIH à 30 jours ou après, 15 ont été infectés dans la période postnatale, 13/324 parmi les bébés allaités et 2/298 parmi les enfants nourris au lait artificiel. La probabilité de ne toujours pas être infecté par le VIH à 18 mois était respectivement de 95% (92-97%) et de 99% (97-100%) dans les groupes de bébés allaités et les bébés nourris au lait artificiel. Après analyse ajustée, un allaitement maternel pendant les 6 premiers mois et une alimentation mixte pendant le premier mois ont été associés indépendamment à une multiplication par 7.5 (2.0-28.2) et par 6.3 (1.1-36.4) de la transmission postnatale chez les bébés allaités.

L'alimentation mixte pendant le premier mois et l'allaitement maternel au-delà de 6 mois doivent être évités quand une alimentation de remplacement sûre et durable peut être trouvée.

Piwoz EG, Humphrey JH, Tavengwa NV et al. The impact of safer breastfeeding practices on postnatal HIV-1 transmission in Zimbabwe. *Am J Public Health* 2007;97:1249-54

Cette étude a évalué l'association entre d'une part, une exposition à une intervention éducative mettant en avant les pratiques les plus sûres en matière d'allaitement maternel, et d'autre part, la transmission postnatale chez 437 mères zimbabwéennes séropositives dont 365 ignoraient leur séropositivité. Les mères ont fait un test de dépistage du VIH et ont été encouragées mais sans obligation, à prendre connaissance de leur statut sérologique. La transmission du VIH postnatale cumulée s'élevait à 8.2% ; chaque nouvelle intervention a été associée à une réduction de 38% de la transmission postnatale du VIH. La probabilité de transmettre le VIH à leur bébé était 79% inférieure chez les mères séropositives exposées à des informations écrites et à des vidéos que chez les mères qui n'étaient exposées à aucune intervention. Les résultats étaient comparables chez les mères qui ne connaissaient pas leur statut sérologique au VIH.

Cet article apporte de nouveaux éléments sur la question du VIH et de l'alimentation des nourrissons et conclut que la promotion de l'allaitement maternel exclusif peut réduire la transmission postnatale du VIH chez les femmes qui ne connaissent pas leur statut sérologique.

Kuhn L, Sinkala M, Kankasa C et al. High uptake of exclusive breastfeeding and reduced early post-natal HIV transmission. *PLoS One* 2007;2:e1363

Afin de tester l'hypothèse que l'allaitement maternel exclusif est associé à un moindre risque de transmission postnatale du VIH que l'allaitement non exclusif, on a recruté à Lusaka (Zambie), 958 femmes infectées par

le VIH ainsi que leurs nourrissons dans le cadre d'un essai aléatoire sur le sevrage précoce. Toutes les mères ont été encouragées à pratiquer l'allaitement exclusif jusqu'à 4 mois. On leur a administré de la névirapine en prise unique pour prévenir la transmission du VIH. L'allaitement exclusif a été fortement pratiqué avec 84% des mères affirmant n'avoir offert que cette forme d'alimentation jusqu'aux 4 mois de leur bébé. La transmission postnatale du VIH avant 4 mois était significativement plus basse chez les nourrissons allaités exclusivement (4% ; de 2.4 à 5.5%) que chez les nourrissons qui n'étaient pas allaités exclusivement (10.2% ; de 4.7 à 15.7%). On n'a pas constaté de différence significative dans la gravité de la maladie entre les mères qui allaitaient exclusivement et les autres. L'association est restée significative après ajustement du taux de CD4 maternel, de la charge virale plasmatique, des résultats du dépistage de la syphilis et du faible poids à la naissance.

Les auteurs en ont conclu que dans les populations à faibles ressources, les programmes de soutien à l'allaitement maternel exclusif doivent être donnés à l'ensemble de la population. L'allaitement maternel exclusif est une pratique abordable, possible, acceptable, sûre et durable qui réduit la transmission du VIH et donne aux mères séropositives la possibilité de protéger la vie de leur bébé.

Leroy V, Ekouevi DK, Becquet R et al, for the ANRS 1201/1202 DITRAME PLUS Study Group. 18-month effectiveness of short-course antiretroviral regimens combined with alternatives to breastfeeding to prevent HIV mother-to-child transmission. *PLoS One* 2008;3:e1645

À Abidjan (Côte d'Ivoire), on a évalué à 18 mois l'efficacité de traitements péri-partum mixtes antirétroviraux + alternatives à l'allaitement maternel prolongé pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Des femmes enceintes infectées par le VIH ont reçu, à 32-36 semaines de gestation, de courts traitements de zidovudine, avec ou sans lamivudine, et avec ou sans névirapine en prise unique lors de l'accouchement ; les nouveau-nés ont reçu une dose unique de névirapine et une prophylaxie de zidovudine à 7 jours. On a systématiquement proposé deux interventions gratuites de modes d'alimentation infantile : lait artificiel ou allaitement maternel exclusif avec arrêt précoce à 4 mois. Le groupe de contrôle était une cohorte recrutée précédemment et composée de femmes enceintes exposées à de courts traitements de zidovudine à partir de 36 semaines, puis à un allaitement maternel prolongé. Sur les 926 bébés nés vivants inclus dans l'étude, à 18 mois, 107 (11.6%) d'entre eux étaient infectés par le VIH. Les risques cumulés de transmission étaient de 22.3% (16 à 30%) chez les 238 enfants du groupe de contrôle ; de 15.9% (10 à 27%) dans le groupe allaité et ayant reçu zidovudine + névirapine ; de 9.4% (6 à 14%) dans le groupe de 195 enfants nourris au lait artificiel et ayant reçu zidovudine + névirapine ; de 6.8% (4 à 11%) chez les 198 enfants du groupe d'enfants allaités et ayant reçu zidovudine + lamivudine + névirapine ; et de 5.6% (2 à 10%) chez les 126 enfants nourris au lait artificiel et ayant reçu zidovudine + lamivudine + névirapine. Après ajustement des divers facteurs, chaque combinaison a montré une efficacité significativement plus grande que celle du groupe de contrôle, sauf pour les enfants allaités.

tés et ayant reçu zidovudine + névirapine, la différence étant de 51% (de 20 à 70%) pour les enfants alimentés au lait artificiel et ayant reçu zidovudine + névirapine, à 63% (de 40 à 80%) pour les enfants allaités et ayant reçu zidovudine + lamivudine + névirapine.

On en conclut que, même lorsque les enfants n'ont été allaités que pour une courte période, il est possible de faire reculer de façon significative en Afrique le risque de transmission de la mère à l'enfant, avec des effets positifs jusqu'à l'âge de 18 mois et sans augmenter le risque de mortalité.

Chopra M, Rollins N. Infant feeding in the time of HIV: rapid assessment of infant feeding policy and programmes in four African countries scaling up prevention of mother to child transmission programmes. *Arch Dis Child* 2008;93:288-91

Pour évaluer les composantes plus particulièrement liées à l'alimentation infantile dans les programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, les auteurs ont étudié les centres de santé de 29 districts ruraux et urbains sélectionnés aléatoirement au Botswana, au Kenya, au Malawi et en Ouganda. Ils ont conduit des entretiens avec les responsables des centres et les infirmiers chefs en charge des soins maternels ; 334 membres du personnel de santé, sélectionnés de façon aléatoire, ont rempli des questionnaires ; 640 séances de conseil aux mères ont été observées ; 34 séances de discussion ont été organisées avec des hommes et des femmes. Qu'ils aient ou non reçu une formation sur la transmission du VIH par l'allaitement, la majorité des membres du personnel de santé (234/334, 70%) ont été incapables d'estimer correctement les risques de transmission dus à l'allaitement maternel. Lors de 307 (48%) des 640 séances de conseils observées, les différentes options d'alimentation infantile ont été mentionnées ; mais les problèmes d'alimentation ont été abordés plus en détail dans seulement 35 (6%) de ces séances. En outre, sur ces 35 séances, 19 (54%) d'entre elles ont été jugées de mauvaise qualité. Plusieurs membres du personnel de santé ont également dit avoir reçu des échantillons gratuits de lait artificiel – en infraction avec le Code international. Les responsables nationaux en matière de VIH ont déclaré ne pas être au clair sur la politique à adopter en matière d'alimentation infantile dans le contexte du VIH. Enfin, presque tous les participants croyaient qu'une mère séropositive qui allaite infecte son bébé dans tous les cas, et qu'une mère qui n'allait pas par choix et qui évite intentionnellement d'allaiter montre par le fait même qu'elle est séropositive.

Ces résultats soulignent la nécessité de mettre en œuvre et de soutenir des politiques et programmes systématiques en matière d'alimentation infantile dans le cadre des programmes de lutte contre le VIH.

Coutsoudis A, Coovadia HM, Wilfert CM. HIV, infant feeding and more perils for poor people: new WHO guidelines encourage review of formula milk policies. *Bull World Health Organization* 2008;86:210-14

Cet article explore, à la lumière des nouvelles directives de l'OMS (2006) sur le VIH et l'alimentation infantile, les politiques en matière d'alimentation infantile liées aux questions socio-économiques plus générales. Afin d'accumuler des données sur l'augmentation des taux de malnutrition, de morbidité et de mortalité associées à la non-pratique ou à l'arrêt précoce de l'allaitement maternel par les mères séropositives, et sur les dangers imprévus de l'alimentation au lait artificiel, il est important de mieux évaluer les mesures conduisant à des politiques optimales sur l'alimentation des nourrissons et des

jeunes enfants et le recul de la pauvreté. Des interventions fragmentaires qui n'augmentent les ressources que pour lutter contre certains aspects de l'appauvrissement des familles conduisent inévitablement à l'échec. C'est le cas, par exemple, lorsqu'on facilite l'accès aux produits de base pour préparer des biberons de lait artificiel dans de bonnes conditions d'hygiène ; ou si l'on prend de mauvaises décisions en matière d'alimentation des nourrissons.

Ni les résultats de la recherche, ni les considérations humanitaires, ni le respect des traditions locales, ni les conséquences économiques ne justifient la distribution de lait artificiel à des populations pauvres connaissant une forte prévalence du VIH. L'allaitement maternel exclusif – même menacé par l'épidémie de VIH – reste un des pivots de la survie des enfants.

Mortalité infantile

Jakobsen MS, Sodemann M, Biai S et al. Promotion of exclusive breastfeeding is not likely to be cost effective in West Africa. A randomized intervention study from Guinea-Bissau. *Acta Paediatr* 2008;97:68-75

Pour évaluer l'impact de l'éducation à la santé sur la santé des enfants dans une région, en Guinée Bissau, caractérisée à la fois par de forts taux de mortalité, une pratique répandue de l'allaitement maternel et de faibles taux d'allaitement maternel exclusif, les 1'721 nourrissons d'une cohorte prise à la naissance ont été répartis de façon aléatoire ; leurs mères ont été informées des bienfaits de l'allaitement maternel exclusif pendant les 4-6 premiers mois. Tous les enfants ont été suivis de leur naissance à l'âge de 6 mois. L'introduction d'eau et d'aliments de sevrage s'est avérée significativement retardée dans le groupe d'intervention. En revanche, on n'a pas constaté de diminution de la mortalité dans le groupe d'intervention comparé au groupe de contrôle. De 4 à 6 mois, le poids était significativement plus bas dans le groupe d'intervention (7.10 contre 7.25 kg). On n'a pas trouvé de différence dans la morbidité diarrhéique ni dans les taux d'hospitalisation.

Bien que les mères aient voulu suivre les nouvelles recommandations en matière d'allaitement maternel, cela n'a pas eu d'impact positif sur la santé des bébés dans cette société où l'allaitement maternel est une pratique traditionnelle et intensive.

Edmond KM, Kirkwood BR, Amenga-Etego S et al. Effect of early infant feeding practices on infection-specific neonatal mortality: an investigation of the causal links with observational data from rural Ghana. *Am J Clin Nutr* 2007;86:1126-31

Cette étude a évalué les effets de différentes pratiques précoces d'alimentation infantile - initiation retardée de l'allaitement maternel, administration d'aliments pré-lactés, pratique établie de l'allaitement maternel néonatal sur la mortalité néonatale due spécifiquement à des maladies infectieuses. On a étudié une cohorte de 10'942 nouveau-nés unipares allaités, nés au Ghana entre le 1^{er} juillet 2003 et le 30 juin 2004 et ayant survécu jusqu'au 2^e jour. Des autopsies orales ont permis d'établir les causes de décès. Sur les 140 nouveau-nés décédés entre le 2^e et le 28^e jour après la naissance, 93 sont morts d'infection et 47 de causes non infectieuses. Le risque de décès suite à une infection a augmenté en parallèle au recul du moment de l'initiation à l'allaitement, de la 1^{ère} heure au 7^e jour. Un net retard dans l'initiation à l'allaitement (après le 1^{er} jour) a été associé à un risque de décès 2.6 fois supérieur (1.68-4.04).

L'allaitement partiel a été associé à un risque de décès 5.7 fois plus grand (2.75-11.91) suite à une maladie infectieuse. On n'a pas noté d'association évidente entre ces pratiques d'alimentation et une mortalité non spécifiquement infectieuse.

Cette étude apporte les premières preuves épidémiologiques d'une association causale entre l'initiation précoce à l'allaitement maternel et la baisse de la mortalité néonatale causée par une infection.

Allergies

Kramer MS, Matush L, Vanilovich I et al. Effect of prolonged and exclusive breastfeeding on risk of allergy and asthma: cluster randomised trial. *BMJ* 2007;335:815-20

Cette étude aléatoire a totalisé 17'046 paires mère-nourrisson dont 13'889 (81.5%) ont été examinées de nouveau à l'âge de 6.5 ans ; elles ont été recrutées dans 31 maternités et polycliniques affiliées de Biélorussie dans le but d'évaluer si l'allaitement maternel exclusif et prolongé réduisait le risque d'asthme et d'allergie chez les enfants. Un programme de promotion de l'allaitement maternel, élaboré sur le modèle de l'Initiative hôpitaux amis des bébés (IHAB), avait été mis en œuvre au préalable dans les hôpitaux et polycliniques du groupe d'intervention. L'intervention a entraîné une forte progression de l'allaitement maternel exclusif à 3 mois (44.3% contre 6.4%), ainsi qu'une prévalence notablement supérieure de toute forme d'allaitement maternel à tous les âges jusqu'à 12 mois inclus. Cependant, ce groupe expérimental de nourrissons n'a pas montré de diminution du risque d'un diagnostic et de symptômes allergiques ou de tests cutanés positifs.

Ces résultats n'étaient pas les conclusions de certaines autres études quant à l'effet protecteur de l'allaitement maternel exclusif et prolongé sur l'asthme ou l'allergie.

Greer FR, Sicherer SH, Wesley Burks A and the Committee on Nutrition and Section on Allergy and Immunology. Effects of early nutritional interventions pediatric care on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics* 2008;121:183-91

Ce rapport de l'American Academy of Pediatrics passe en revue les options alimentaires possibles pendant la grossesse, l'allaitement et la première année du bébé, qui peuvent avoir un effet sur le développement précoce d'une maladie atopique – telles que dermatite atopique, asthme, allergie alimentaire. Les bienfaits avérés d'une intervention sur l'alimentation pour prévenir ou faire reculer l'âge d'apparition d'une maladie atopique se limitent en grande partie aux nourrissons qui ont déjà de forts risques de développer une allergie (c'est-à-dire les nourrissons dont au moins un membre de la famille au premier degré a une maladie allergique). Les données dont on dispose aujourd'hui ne permettent pas de confirmer un rôle éventuel des restrictions alimentaires de la mère en cours de grossesse ou d'allaitement. Certaines données montrent qu'un allaitement pendant au moins 4 mois – comparé à une alimentation au lait artificiel fabriqué à partir de protéines non hydrolysées de lait de vache – empêche ou retarde l'apparition de la dermatite atopique, de l'allergie au lait de vache et des sifflements respiratoires dans la petite enfance. Les études menées sur des nourrissons présentant un fort risque d'atopie, et qui ne sont pas allaités exclusivement jusqu'à 4-6 mois, indiquent que l'apparition de la maladie atopique peut être retardée ou évitée en utilisant du

lait artificiel à source protéique hydrolysée au lieu de lait à protéine non hydrolysée. Quelques éléments montrent également qu'en différant l'introduction des aliments de complément au-delà de 4-6 mois, on prévient l'apparition de maladies atopiques.

En ce qui concerne le développement de maladies atopiques, les données actuellement disponibles ne permettent pas de montrer un effet protecteur des interventions alimentaires au-delà des 4-6 mois des nourrissons.

Cancer

MacArthur AC, McBride ML, Spinelli JJ et al. Risk of childhood leukemia associated with vaccination, infection, and medication use in childhood: the Cross-Canada Childhood Leukemia Study. *Am J Epidemiol* 2008;167:598-606

Cette étude a exploré les effets sur le risque de leucémie infantile d'expositions postnatales – telles que vaccinations infantiles, maladies, traitements et allaitement maternel – connues pour leurs effets sur le fonctionnement du système immunitaire des nourrissons. Des enfants âgés de 0 à 15 ans, chez qui on avait diagnostiqué une leucémie entre 1990 et 1994 et résidant dans les principales villes du Canada, ont été retenus dans le cadre de cette étude : 399 cas, relevés sur les registres du cancer et au moment du diagnostic dans les centres d'oncologie pédiatrique. Pour chaque cas, un cas de contrôle correspondant par âge, sexe et zone de résidence a été sélectionné de façon aléatoire dans les registres publics de l'assurance maladie. Les informations sur les facteurs de risque ont été recueillies lors d'entretiens personnels avec les parents ou les personnes responsables des enfants. L'utilisation d'un traitement immunosuppresseur a permis de faire reculer le risque de leucémie de 63% (16 à 84%) alors que la prise de vitamines le faisait augmenter de 66% (18 à 133%). L'allaitement maternel pendant plus de 6 mois a également eu un effet protecteur : les suppléments de lait artificiel donnés dans plus de 50% des cas aux bébés de 7-12 mois ont fait augmenter de 79% (de 11 à 189%) le risque de leucémie.

Ortega Garcia JA, Ferris Tortajada J, Torres Cantero AM et al. Full breastfeeding and paediatric cancer. *J Paediatr Child Health* 2008;44:10-3

Cette étude espagnole avec groupe de contrôle a exploré l'association entre l'allaitement maternel complet et les cancers pédiatriques. Au moyen d'entretiens personnels avec les mères, les chercheurs ont identifié des cas d'allaitement maternel complet et comparé un groupe de 187 enfants de 6 mois et plus souffrant d'un cancer pédiatrique et un groupe de contrôle du même âge composé de 187 frères ou sœurs. La durée moyenne de l'allaitement maternel complet était de 8.43 semaines dans le groupe étudié et de 11.25 semaines dans le groupe de contrôle. Les enfants du groupe d'étude avaient une probabilité 80% (10 à 180%) plus forte que ceux du groupe de contrôle d'avoir été nourris au biberon. Ils avaient aussi 50% de probabilité en moins (20 à 70%) d'avoir été allaités pendant au moins 2 et 4 mois et pendant 24 semaines ou plus.

En conclusion, l'allaitement maternel a été inversement associé au cancer pédiatrique et la protection a augmenté avec la durée de l'allaitement complet.

Comportement et développement cognitif de l'enfant

Kramer MS, Fombonne E, Igumnov S et al. for the Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) Study Group. Effects of prolonged and exclusive breastfeeding on child behavior and maternal adjustment: evidence from a large, randomized trial. *Pediatrics* 2008;121:e435-40

Kramer MS, Aboud F, Mironova E et al. for the Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) Study Group. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:578-84

Ces deux articles sont publiés à la suite de l'essai aléatoire mené en Biélorussie au cours duquel 17'046 paires mère-enfant en bonne santé et pratiquant l'allaitement maternel – paires recrutées dans 31 maternités et polycliniques affiliées, dont la moitié accueillait une intervention IHAB – ont été suivies pendant plusieurs années. Le but était de faire une évaluation à partir de divers éléments. Lorsque les enfants ont eu 6.5 ans, 82% des paires mère-enfant ont été évaluées sur le comportement et le développement cognitif des enfants et la faculté d'adaptation des mères. Les mères et les enseignants ont rempli le questionnaire relatif au comportement, et des grilles de mesure du quotient intellectuel des enfants ont été appliquées. Les mères ont également répondu à des questions concernant leurs relations avec leur partenaire et leur enfant ainsi que sur l'allaitement des enfants nés ultérieurement. L'intervention de l'IHAB a entraîné une forte augmentation de l'allaitement maternel exclusif à 3 mois (43.3% contre 6.4%) et un accroissement significatif de la prévalence de l'allaitement maternel, sous toutes ses formes et à tout âge jusqu'à 12 mois inclus. En revanche, on n'a pas noté d'effet significatif de l'intervention sur l'évaluation par les mères ou par les enseignants des difficultés générales, des symptômes émotionnels, des problèmes de conduite, de l'hyperactivité, des problèmes de relation avec le groupe ou de comportement social. On n'a pas non plus établi d'effets sur le mariage des parents ou sur la satisfaction de la mère concernant sa relation avec son partenaire ou avec son enfant. Le groupe d'intervention a obtenu des moyennes plus élevées dans toutes les grilles de mesure de l'intelligence avec des différences moyennes de +7.5 (de +0.8 à +14.3) pour le QI verbal, de +2.9 (-3.3 à +9.1) pour le QI performance et de +5.9 (-1.0 à +12.8) pour le QI global. Les notes académiques des enseignants ont été significativement plus élevées dans le groupe d'intervention, aussi bien pour la lecture que pour l'écriture.

Ces résultats, qui découlent du plus grand essai aléatoire jamais mené dans le domaine de la lactation humaine, apportent des preuves solides que l'allaitement maternel prolongé et exclusif améliore le développement cognitif des enfants.

Allaiter Comment ?

Initiative hôpitaux amis des bébés

Moura de Araújo MF, Soares Schmitz BA. Reassessment of Baby Friendly Hospitals in Brazil. *J Hum Lact* 2007;23:246-52

Cette étude transversale a été menée en 2002 pour évaluer le respect des dispositions de l'Initiative hôpitaux amis des bébés (IHAB) dans les 172 hôpitaux au Brésil ayant reçu le label entre 1992 et 2000. Dans les 167 hôpitaux finalement évalués, 137 (82%) respec-

taient bien les dix conditions de l'IHAB. Les conditions 2 et 3 étaient les moins bien intégrées à 91% et 92% respectivement, suivies par les conditions 4, 5 et 10 à 95% chacune. Les conditions 7 et 9 ont montré le plus fort taux, à 99%.

Ces résultats font dire qu'il faudrait intensifier les programmes réguliers de formation des professionnels dans les hôpitaux amis des bébés et mettre en œuvre des stratégies pour mieux respecter les conditions 3 (informer toutes les femmes enceintes) et 10 (offrir un soutien dans la communauté) dans le but de promouvoir et soutenir l'allaitement maternel avant et après l'accouchement.

Rosenberg KD, Stull JD, Adler MR, Kasehagen LJ, Crivelli-Kovach A. Impact of hospital policies on breastfeeding outcomes. *Breastfeed Med* 2008;3:110-6

Cette étude, basée sur une enquête institutionnelle comprenant 65 questions, a exploré l'association entre les dix conditions de l'IHAB et l'allaitement maternel à 2 jours et à 2 semaines dans les 57 maternités de l'Oregon. Les données sur l'allaitement maternel ont été obtenues à partir du formulaire de dépistage métabolique des nouveau-nés. Globalement, les notes concernant le soutien des hôpitaux à l'allaitement maternel variaient de 49.4% à 98.2%. Pris individuellement, le respect des différentes conditions variait de 5.3% pour la condition 2 (formation du personnel) à 93% pour la condition 4 (aider à mettre en route l'allaitement maternel) et la condition 8 (encourager l'alimentation à la demande). Après contrôle des différences entre institutions, la progression des notes de soutien à l'allaitement à l'hôpital fut associée à une augmentation du taux d'allaitement à 2 jours et à 2 semaines. Mais en analysant chaque condition individuellement, seule l'existence d'une politique écrite de l'hôpital était associée indépendamment à l'augmentation du taux d'allaitement.

Cette évaluation laisse penser que les hôpitaux dotés d'une politique générale en faveur de l'allaitement maternel sont susceptibles d'avoir de meilleurs services de soutien à l'allaitement et de meilleurs résultats en matière d'allaitement.

Formation

Bassichetto KC, Rea MF. Infant and young child feeding counseling: an intervention study. *J Pediatr (Rio J)* 2008;84:75-82

Le but de cette étude aléatoire menée à São Paulo (Brésil) était d'évaluer un cours intégré de formation sur les conseils en alimentation des nourrissons et jeunes enfants. L'étude comprenait 29 membres du personnel de santé dans le groupe d'intervention, et 27 autres personnes dans le groupe de contrôle. On a recueilli les données auprès des professionnels avant l'intervention et 2 mois après. En ce qui concerne le niveau de leurs connaissances, on a constaté des résultats notablement meilleurs dans le groupe d'intervention tant par rapport au questionnaire général que par rapport aux questions précises sur l'allaitement maternel, le VIH et l'alimentation des nourrissons et jeunes enfants, et l'alimentation de complément. Les professionnels du groupe d'intervention avaient aussi considérablement amélioré le relevé des informations sur l'alimentation, mais en revanche, leurs compétences en matière de conseil n'avaient pas progressé.

Kronborg H, Vaeth M, Olsen J et al. Effect of early postnatal breastfeeding support: a cluster-randomized community based trial. *Acta Paediatr* 2007;96:1064-70

Kronborg H, Vaeth M, Olsen J et al. Health visitors and breastfeeding support: influence of knowledge and self-efficacy. *Eur J Public Health* 2008;18:283-88

Cet essai aléatoire mené à niveau communautaire dans la région Ouest du Danemark visait à évaluer l'impact d'une intervention de soutien sur la durée de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois. Cinquante-deux conseillères en santé à domicile et 781 mères ont été affectées au groupe d'intervention (GI) et 57 conseillères et 816 mères au groupe de contrôle (GC). Les conseillères du GI ont suivi un cours de 18 heures sur les facteurs psychosociaux chez la mère, la lactation et la façon d'assister les mamans pour qu'elles comprennent les mécanismes de l'allaitement. Le taux de cessation de l'allaitement était 14% (1-25%) inférieur chez les mères du GI. Dans leur groupe, la première visite à domicile avait eu lieu plus tôt ; au cours des 5 premières semaines les visites étaient plus nombreuses et la formation pratique sur l'allaitement maternel plus longue. Ces mères ont par ailleurs déclaré avoir reçu davantage de soutien que les mères du GC. Quant aux bébés, ceux du GI étaient allaités plus fréquemment ; ils étaient moins nombreux à utiliser des tétines ; et les mères ont déclaré être moins inquiètes de ne pas connaître la quantité précise de lait ingéré par leur bébé lors des tétées. Les conseillères du GI ont obtenu des notes significativement plus élevées concernant leurs connaissances et ont démontré une efficacité personnelle notablement plus élevée dans trois problèmes d'allaitement sur cinq.

Les auteurs en ont conclu que les visites à domicile au cours des 5 semaines qui suivent la naissance prolongeaient la durée de l'allaitement maternel exclusif. Le soutien postnatal devrait se centrer sur les aspects à la fois psychosociaux et pratiques de l'allaitement. Grâce au cours interactif, les conseillères à domicile avaient acquis davantage de connaissances sur la pratique de l'allaitement maternel et une meilleure efficacité pour aider les mères confrontées aux problèmes usuels de l'allaitement maternel.

Creedy DK, Cantrill RM, Cooke M. Assessing midwives' breastfeeding knowledge: properties of the Newborn Feeding Ability questionnaire and Breastfeeding Initiation Practices scale. *Int Breastfeed J* 2008;3:7

On dispose de peu d'outils fiables et valables pour évaluer les connaissances et pratiques en matière d'allaitement et d'alimentation infantile. Cette étude a examiné les propriétés de deux nouveaux outils, le questionnaire « Newborn Feeding Ability » (NFA) et la grille « Breastfeeding Initiation Practices » (BIP), pour évaluer les connaissances et pratiques des sages-femmes sur l'allaitement et tout particulièrement sur sa mise en route. L'enquête, faite par courrier, a été menée en octobre 2001 auprès de 3'500 sages-femmes australiennes. Le taux de réponse fut de 32%. Cinq éléments du questionnaire NFA touchaient aux connaissances sur les effets du contact peau à peau, la stabilité physiologique, les capacités innées du nouveau-né, les pratiques au travail et les pratiques d'allaitement efficace. Le BIP a révélé trois éléments, l'observation du comportement avant la tétée, la prise en charge de la mère et de l'enfant, et les pratiques de prise du sein et de positionnement du bébé. Les sages-femmes ayant obtenu des notes élevées à l'évaluation des connaissances étaient plus susceptibles d'avoir noté de bonnes pratiques lorsqu'elles aidaient

les mères à démarrer l'allaitement. Les sages-femmes ayant une plus grande expérience personnelle en matière d'allaitement ont obtenu de meilleures notes sur toutes les grilles.

De telles grilles pourraient être utilisées pour identifier les besoins personnels en formation et pour évaluer l'efficacité des interventions pédagogiques.

Lasarte Velillas JJ, Hernández-Aguilar MT, Pallás Alonso CR et al. A breastfeeding e-learning project based on a web forum. *Breastfeed Med* 2007;2:219-28

L'Internet permet de nouvelles façons d'apprendre, susceptibles de compléter la formation acquise pendant les études de médecine. Cet article décrit une nouvelle méthode d'enseignement en ligne sur la lactation humaine et les conseils en matière d'allaitement. Des internes en pédiatrie ont participé au Forum sur la lactation humaine géré par le Comité pour l'allaitement maternel de l'Association espagnole de pédiatrie, un site Internet où les parents peuvent écrire pour des conseils sur l'allaitement maternel. D'avril 2005 à mai 2006, 42 internes en pédiatrie de quatre hôpitaux différents ont suivi une formation théorique intensive d'un mois sur l'allaitement maternel. Ils se sont ensuite succédés chaque semaine sur le Forum pour répondre aux questions des parents. Avant et après l'expérience, ils ont participé à des tests de connaissances et suite à l'expérience, ils ont répondu à un questionnaire d'évaluation où ils exprimaient ouvertement leurs opinions. L'âge moyen des participants était de 28.3 ans ; 88% étaient des femmes et 80% étaient internes en 3^e ou 4^e année. Le taux de bonnes réponses était supérieur après la participation au programme. Les internes ont estimé que presque la moitié des patients avaient besoin de conseils en allaitement et que le programme avait amélioré leurs propres connaissances sur l'allaitement maternel ainsi que leur capacité à communiquer avec les mères. En moyenne, ils avaient passé 2.9 heures chaque jour à répondre aux questions des parents.

L'apprentissage a été évalué positivement par les participants et a contribué à améliorer leurs connaissances et leurs compétences sur les questions liées à l'allaitement maternel.

Groupes de soutien

Curtis P, Woodhill R, Stapleton H. The peer-professional interface in a community-based, breastfeeding peer-support project. *Midwifery* 2007;23:146-56

Cette étude a exploré les éléments-clé de l'interface entre groupes de soutien mère à mère bénévoles et professionnelles de santé dans le cadre d'un projet communautaire soutenant l'allaitement maternel à Doncaster (Angleterre). Les auteurs ont pu rassembler les informations lors de discussions de groupe comprenant sept conseillères bénévoles et neuf professionnelles de santé (sages-femmes et conseillères à domicile intervenant au sein de la communauté). Tant les bénévoles que les professionnelles ont dit avoir bénéficié de la participation au projet de soutien à l'allaitement maternel. Les bénévoles ont vécu un soutien social plus fort, et ont acquis une estime de soi et un développement personnel meilleurs. Les professionnelles de la santé ont pu se délester d'une part du soutien à l'allaitement maternel ; certaines se sont enrichies de l'expérience et des connaissances plus spécialisées des bénévoles. En revanche, les professionnelles de la santé ont craint de possibles « transgressions » des limites par les bénévoles : tant les bénévoles que les professionnelles ont

relevé des comportements de « chasse gardée » et de surveillance de la part des professionnelles de la santé pour contrôler l'accès auprès des femmes allaitantes et le travail des bénévoles avec ces dernières.

Il est ressorti clairement que pour réduire les tensions entre groupes de soutien bénévoles et professionnelles de la santé, et pour optimiser les relations entre les deux, il est nécessaire de mettre en place un processus de suivi qui associe les deux groupes. Un tel processus devrait identifier et diffuser de façon proactive les préoccupations des professionnelles tout en reconnaissant la vulnérabilité des bénévoles et leur potentiel à se développer de façon semi-autonome, à la fois dans le contexte des groupes de soutien et au-delà.

Perte de poids néonatale

Van Dommelen P, van Wouwe JP, Breuning-Boers JM et al. Reference chart for relative weight change to detect hypernatraemic dehydration. *Arch Dis Child* 2007;92:490-4

La déshydratation hypernatrémique néonatale intervenant dans les jours qui suivent la naissance est un problème rare mais potentiellement grave. Chez des bébés par ailleurs en bonne santé, nés à terme et allaités, la cause en est une trop faible prise de lait entraînant une perte de poids qui doit être détectée très tôt. On n'a pas encore prouvé la validité de la règle selon laquelle les nouveau-nés peuvent perdre jusqu'à 10% de leur poids dans les jours qui suivent la naissance. Cette étude a évalué la validité de cette règle pour détecter la déshydratation hypernatrémique néonatale chez des nouveau-nés allaités. À partir d'une étude rétrospective sur une cohorte, les auteurs ont établi une courbe de référence de la perte de poids relative ; à partir de cette courbe, ils ont analysé 1'544 nourrissons, nés aux Pays Bas, en bonne santé et allaités exclusivement. Au total, ils ont relevé le poids de 3'075 nouveau-nés et détecté 83 cas de déshydratation hypernatrémique néonatale. La sensibilité de la règle voulant que les nourrissons perdent jusqu'à 10% de leur poids pendant les premiers jours de vie était de 90.4%, sa spécificité de 98.3% et sa valeur prédictive positive de 3.7% en raison du trop grand nombre de résultats faussement positifs.

En conclusion, une courbe du changement de poids relatif pourrait aider à repérer les nourrissons souffrant de déshydratation hypernatrémique néonatale.

Iyer NP, Srinivasan R, Evans K et al. Impact of an early weighing policy on neonatal hypernatraemic dehydration and breastfeeding. *Arch Dis Child* 2008;93:297-9

Depuis le 1^{er} juillet 2004, on a adopté une nouvelle politique à Swansea (Pays de Galles) selon laquelle il faut peser les nouveau-nés dans les 72-96 heures suivant la naissance. Les auteurs de cette recherche ont étudié deux périodes de 18 mois chacune – avant et après l'adoption de cette politique – pour vérifier l'effet de la pesée précoce sur la détection et la gravité de la déshydratation hypernatrémique néonatale, ainsi que sur les taux d'allaitement à court et à moyen termes. Ils ont examiné des nourrissons de 28 jours hospitalisés pour raison de concentrations de sodium plasmatique de 145 mmol/l ou plus. Ils ont comparé, sur les deux périodes, les âges, les concentrations de sodium plasmatique, le pourcentage de perte de poids corporel à la première consultation, les taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital et à 8 semaines, ainsi que les complications et la prise en charge de l'hypernatrémie. Soixante cas de déshydratation hypernatrémique néonatale ont été identifiés :

23 avant et 37 après l'adoption de la politique. Après la mise en œuvre de la nouvelle directive, la déshydratation hypernatrémique néonatale a été détectée plus tôt (médiane : 3 jours au lieu de 6) ; la perte de poids était plus faible (11% contre 15%) ; l'augmentation du sodium était plus faible (147 mmol/l contre 150) ; et les taux d'allaitement étaient plus élevés à la fois à la sortie de l'hôpital (73% contre 22%) et à 8 semaines (57% contre 22%). Un décès est survenu dans le groupe « pré-directive », mais il n'y en eut aucun dans le groupe « post-directive ».

La pesée précoce des bébés, complétée par un soutien à l'allaitement adapté, permet de reconnaître plus tôt la déshydratation hypernatrémique néonatale, et a pour conséquences une déshydratation moindre, une hypernatrémie moins grave et des taux d'allaitement plus élevés à court et à moyen termes.

Bébés ayant un faible poids de naissance

Amazu N, Shulman RJ, Schanler RJ et al. Maturation of oral feeding skills in preterm infants. *Acta Paediatr* 2008;97:61-7

Pour que l'alimentation orale soit possible et sûre, les aptitudes de succion, de déglutition et de respiration des nourrissons doivent avoir atteint un certain niveau de maturation. Pour tester l'hypothèse selon laquelle les difficultés à s'alimenter peuvent s'expliquer par un développement inégal des muscles mobilisés pour ces fonctions, on a recruté 16 nourrissons stables nés avant terme à 26-29 semaines de gestation. Les aptitudes spécifiques à s'alimenter ont été suivies et utilisées ensuite pour indiquer le degré de maturation des muscles nécessaires à l'alimentation. Les nourrissons nés à 26/27 semaines et à 28/29 semaines d'âge gestationnel avaient atteint le même âge postmenstruel lorsqu'ils prenaient 1-2 et 6-8 repas par jour. L'aptitude de l'enfant à s'alimenter ainsi que plusieurs autres aptitudes ont progressé avec le temps, alors que d'autres ont reculé et d'autres encore, ont stagné.

Cette étude montre que, malgré des résultats d'alimentation similaires, les différences dans la stabilité fonctionnelle de certaines aptitudes spécifiques nécessaires pour s'alimenter dépendent de l'âge gestationnel plutôt que de l'âge postmenstruel.

Akerstrom S, Asplund I, Norman M. Successful breastfeeding after discharge of preterm and sick newborn infants. *Acta Paediatr* 2007;96:1450-4

1'730 nourrissons nés en Suède en 1996, 2001 et 2004, ont été suivis dès leur sortie de l'hôpital jusqu'à l'âge de 6 mois. Le but était de déterminer le degré et la durée de l'allaitement maternel chez les nouveau-nés prématurés et les nouveau-nés malades. À leur sortie de l'hôpital, 98% des nourrissons nés à terme (n=945) et 92% des nourrissons prématurés (n=785) étaient allaités exclusivement ou partiellement. L'allaitement maternel exclusif a progressé à 2 mois d'âge postnatal corrigé, et 78% des nourrissons nés à terme étaient toujours exclusivement ou partiellement allaités à 6 mois d'âge postnatal corrigé. La durée de l'allaitement maternel était significativement plus courte chez les prématurés que chez les nourrissons nés à terme. Néanmoins, même chez les grands prématurés nés à un âge gestationnel de moins de 28 semaines, 41% étaient toujours allaités, exclusivement ou partiellement, à 6 mois d'âge postnatal. Par ailleurs, il n'y avait pas de différence entre 1996 et 2004 en ce qui concerne l'allaitement après des soins intensifs néonataux ; l'étude a montré également seule-

ment de légères différences d'allaitement maternel après des soins intensifs néonataux et les données plus générales portant sur l'ensemble des nourrissons en Suède.

Flacking R, Wallin L, Ewald U. Perinatal and socioeconomic determinants of breastfeeding duration in very preterm infants. Acta Paediatr 2007;96:1126-30

Cet article décrit l'impact de la prématurité, de la taille à la naissance, des troubles néonataux et du statut socio-économique des familles sur la durée de l'allaitement maternel chez les mères de grands prématurés en Suède. Des données sur l'allaitement maternel enregistrées entre 1993 et 2001 dans deux régions suédoises ont été comparées à des données recueillies dans deux registres nationaux. Les mères de 225 grands prématurés unipares ont été identifiées et comprises dans l'étude. 79% des mères allaitaient à 2 mois, 62% à 4 mois, 45% à 6 mois, 22% à 9 mois et 12% à 12 mois. On n'a pas trouvé d'effet de la prématurité, de la taille à la naissance, ou de troubles néonataux sur la durée de l'allaitement maternel ; en revanche, l'exposition à certains facteurs relevant du statut socioéconomique - niveau d'éducation de la mère, allocations chômage, prestations sociales ou revenu net équivalent - fut associée de façon significative à un sevrage précoce jusqu'à 6 mois d'âge postnatal.

Cette étude souligne l'effet du statut socioéconomique sur la durée de l'allaitement maternel chez les mères de grands prématurés, et démontre le besoin de mieux soutenir les mères défavorisées socio-économiquement pendant et après leur séjour à l'hôpital.

Tabagisme de la mère

Mennella JA, Yourshaw LM, Morgan LK. Breastfeeding and smoking: short-term effects on infant feeding and sleep. Pediatrics 2007;120:497-502

Cette étude a cherché à déterminer les effets du tabagisme maternel sur les nourrissons allaités. On a fait des tests sur quinze paires mère-nourrisson à deux moments distincts, séparés d'une semaine. Un jour les mères ont fumé (en l'absence du bébé), et le deuxième jour, elles se sont abstenues. Dans les 3.5 heures suivant l'épisode tabagique, elles ont allaité leur bébé à la demande. Malgré le changement de goût du lait des mères, on n'a pas constaté de différence significative dans les quantités de lait ingérées. En revanche, la durée de sommeil des bébés avait diminué de façon significative dans les heures suivant immédiatement l'épisode tabagique (53.4 minutes) en comparaison avec le jour où les mères n'ont pas fumé (84.5 minutes). On a attribué cette diminution à une réduction de la période de sommeil la plus longue, ainsi qu'à une réduction des temps de sommeil paradoxal et profond. Autrement dit, le temps de sommeil paradoxal diminuait lorsque les nourrissons avaient reçu de plus fortes doses de nicotine. On en a conclu que des épisodes aigus de tabagisme chez les mères allaitantes modifient la répartition veille/sommeil chez les nourrissons. Les mères allaitantes pourraient être incitées à ne pas/plus fumer parce que le goût de la cigarette passe dans leur lait et que le rythme de sommeil de leur bébé en est perturbé.

Le Code international

Rosenberg KD, Eastham CA, Kasehagen LJ et al. Marketing infant formula through hospitals: the impact of commercial hospital discharge packs on breastfeeding. Am J Public Health 2008;98:290-5

Aux États-Unis, les jeunes mères reçoivent souvent des cadeaux de firmes commerciales à leur sortie de l'hôpital. Cette étude, menée en Oregon entre 2000 et 2001, a analysé les données recueillies auprès de 3'895 femmes qui venaient d'accoucher (taux de réponse = 72%). Chez les femmes qui avaient commencé à allaiter, 67% ont déclaré avoir reçu des cadeaux à leur sortie de l'hôpital. La probabilité d'allaiter exclusivement moins de 10 semaines était 40% plus élevée chez ces femmes que chez celles qui n'avaient pas reçu de cadeaux. La distribution aux mères de cadeaux provenant de firmes commerciales à la sortie de l'hôpital n'est pas permise par le Code international et devrait être interdite partout compte tenu des effets négatifs qu'elle a sur l'allaitement maternel exclusif.

McInnes RJ, Wright C, Haq S et al. Who's keeping the code? Compliance with the International Code for the marketing of breastmilk substitutes in Greater Glasgow. Public Health Nutrition 2007;10:719-25

Pour évaluer le respect du Code international dans les centres de santé primaire à Glasgow, on a envoyé un formulaire d'évaluation à tous les professionnels de santé communautaire chargés de l'alimentation infantile. Des visites ont eu lieu dans plusieurs centres de soins communautaires choisis de façon aléatoire. Les résultats ont montré que le contact avec le personnel des firmes produisant du lait artificiel était minime, qu'il était le plus souvent non sollicité et qu'il avait pour but premier d'informer sur les produit ; par ailleurs, il était rare que les firmes distribuent des échantillons de lait artificiel ou d'autre matériel. En revanche on a trouvé quantité de littérature sur la prise en charge et l'éducation des nourrissons. Un tiers des centres exposait encore du matériel non conforme au Code tels que des graphes de conversion du poids ou des affiches. Les taux d'alimentation au biberon étant élevés à Glasgow, le personnel de soins primaires a exprimé le désir d'être mieux informé sur les substituts du lait maternel.

Revue systématique

Boyd CA, Quigley MA, Brocklehurst P. Donor breast milk versus infant formula for preterm infants: systematic review and meta-analysis. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2007;92; 169-75

Cette revue systématique d'essais et d'études par observation a comparé les effets du lait artificiel et du lait maternel provenant d'une donneuse sur des nourrissons nés avant terme. Les résultats ont été exposés en termes de décès, d'entérocolite nécrosante, d'infections, de croissance et de développement. Sept études (dont cinq essais randomisés avec groupe de contrôle) menées dans les années 1970 et 1980, ont rempli les critères recherchés. Toutes comparaient les effets du lait artificiel et du lait maternel provenant d'une donneuse unique (total n = 471). L'une de ces études a également comparé les effets du lait maternel provenant d'une donneuse avec ceux du lait artificiel donné en supplément

au lait des mères (n = 343). Aucune de ces études n'a exploré les effets du lait maternel fortifié de donneuses. Une méta-analyse se fondant sur trois études a démontré que le risque d'entérococolite nécrosante était 79% (24%-94%) plus faible chez les nourrissons recevant du lait maternel provenant de donneuses que chez les nourrissons qui recevaient du lait artificiel. On a trouvé un lien entre le lait maternel de donneuses et une croissance plus lente dans la période postnatale précoce, mais à long terme les effets n'ont pas pu être clairement identifiés. Il faudrait plus de recherches pour mesurer l'effet du lait maternel de donneuses fortifié ou enrichi.

Flint A, New K, Davies MW. Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD005092

Il arrive que des nouveau-nés ne soient pas capables de s'alimenter complètement au sein et qu'ils doivent recevoir des aliments de supplément. Traditionnellement, cette alimentation leur est donnée par biberon ou par sonde naso-gastrique. Cette revue visait à déterminer les effets sur la prise de poids et sur la réussite de l'allaitement de l'alimentation à la tasse comparée à d'autres moyens de donner des aliments. Quatre études ont été retenues suite à une recherche dans plusieurs banques de données d'essais randomisés et quasi-randomisés avec groupes de contrôle, et après évaluation de leur qualité. On n'a pas trouvé de différence significative de l'incidence du non-allaitement dans les groupes à la sortie de l'hôpital, ni à 3, ni à 6 mois. On a trouvé une différence significative en faveur de l'alimentation à la tasse dans les groupes qui ne recevaient pas un allaitement maternel complet à la sortie de l'hôpital, mais pas à 3 ni à 6 mois. Selon une étude, il n'y avait pas de différence significative dans la prise de poids. Selon une autre, la seule ayant inclus cette information, la durée d'hospitalisation était significativement plus longue chez les nourrissons alimentés à la tasse. Aucune étude n'a évalué la durée de l'allaitement complet. On a conclu qu'on ne peut préconiser l'alimentation à la tasse plutôt qu'au biberon pour compléter le lait maternel parce qu'elle n'offre pas d'avantages significatifs pour prolonger l'allaitement maternel à la sortie de l'hôpital et qu'elle a pour conséquence de prolonger de façon inacceptable la durée d'hospitalisation.

Shah PS, Aliwalas L, Shah V. Breastfeeding or breastmilk to alleviate procedural pain in neonates: a systematic review. *Breastfeed Med* 2007;2:74-82

Cette revue systématique/méta-analyse compare l'allaitement maternel et le lait maternel à divers éléments de contrôle - tels que placebo, aucun traitement, sucrose, glucose, sucette et position - pour déterminer leur efficacité à réduire la douleur chez les nouveau-nés. On a identifié onze essais randomisés et quasi-randomisés à partir d'explorations manuelles et électroniques dans des banques de données. Ils présentaient des différences marquées quant aux interventions de contrôle et aux moyens d'évaluer la douleur. Dans le groupe allaité, le rythme cardiaque augmentait nettement moins et la proportion du temps et de la quantité de pleurs diminuait en comparaison avec les groupes de nourrissons emmaillottés ou utilisant une sucette. Le degré de douleur était plus bas dans le groupe allaité que dans les groupes placebo et nourrissons placés dans les bras de leur

mère, mais il était similaire dans les groupes sans traitement ou recevant du glucose. Chez les nouveau-nés du groupe lait maternel recevant des suppléments, le rythme cardiaque était plus bas et les grimaces exprimant la douleur moins nombreuses que dans le groupe placebo; en revanche, on n'a pas noté de différence significative entre ces deux mêmes groupes par rapport à la durée des pleurs et à l'évolution de la saturation en oxygène. En conclusion, pour soulager la douleur chez les nouveau-nés devant subir des procédures douloureuses, il est préférable si possible d'allaiter ou de donner du lait maternel plutôt que de distribuer des placebos, de chercher une position spécifique, ou de ne pas intervenir du tout. Il faut également noter que, d'après cette étude, l'administration de glucose/sucrose est aussi efficace que l'allaitement maternel pour réduire la douleur.

Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs* 2008;17:1132-43

Cette revue systématique avait pour but de décrire comment l'allaitement est soutenu professionnellement pendant la grossesse à la maternité ainsi que lors de la période postnatale, et d'évaluer l'efficacité des interventions visant à soutenir l'allaitement. Plusieurs banques de données ont été explorées et deux chercheurs ont travaillé de façon indépendante à l'analyse de 36 articles. Les interventions portant sur l'ensemble de la période comprise entre la grossesse et toute la période postnatale étaient plus efficaces que les interventions concentrées sur une période plus courte. De plus, les kits d'intervention déployant différents moyens éducatifs et plusieurs formes de soutien de professionnelles expérimentées étaient plus efficaces que les interventions centrées sur une méthode unique. Les interventions les plus efficaces pendant la grossesse étaient interactives et permettaient aux futures mères de s'exprimer. Les méthodes les plus efficaces en période postnatale comprenaient les visites à domicile, le soutien téléphonique et les centres d'allaitement maternel avec soutien de groupes/conseillères mère à mère. Le programme de l'IHAB était efficace lui aussi et il devrait faire partie des éléments au centre des interventions de promotion de l'allaitement maternel.

Spiby H, McCormick F, Wallace L, Renfrew MJ, D'Souza L, Dyson L. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breastfeeding counsellors on duration of breastfeeding. *Midwifery* 2007

Pour étudier les effets sur la durée de l'allaitement maternel de différentes interventions - formation, éducation, changement de pratiques - de professionnelles de la santé et de conseillères en allaitement maternel, cette revue a sélectionné, à partir de banques de données pertinentes, neuf études menées dans des pays riches et publiées entre 1980 et 2003. Toutes portaient sur la formation des professionnelles de la santé et faisaient une comparaison pré/post formation. Aucune étude ne portait sur des conseillères en allaitement. Dans six études, les participantes travaillaient avec les mères et les bébés à l'hôpital (trois au Royaume-Uni, deux en Italie et une en France) ; dans trois autres études, les participantes travaillaient dans des centres communautaires (au Canada, en Espagne et aux États-Unis). Deux études menées au Royaume-Uni, une en Espagne et

une autre aux Etats-Unis, comprenaient des mères vivant en zones défavorisées. La plupart des interventions visaient à améliorer les connaissances des professionnelles et à changer leurs pratiques dans le but de soutenir l'allaitement maternel. Plusieurs études analysées présentaient des limites méthodologiques. Les lieux et les contextes des études étaient différents et elles ne pouvaient donc pas toujours être comparées.

Les résultats de ces études n'ont pas permis de déterminer s'il y avait ou non des progrès à la suite des interventions. Il en ressort toutefois qu'il n'y a pas de moyen unique pour augmenter systématiquement la durée de l'allaitement maternel. Selon une des études les plus solides du point de vue méthodologique, il semblerait que la formation UNICEF/OMS/IHAB des professionnelles pourrait avoir une influence positive sur la durée de l'allaitement maternel.

Préparé par l'Association genevoise de l'alimentation infantile (GIFA), membre du Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile (IBFAN)

Rédaction : A. Cattaneo, M. Ferreira Rea. Traduction : E. Chauvet et E. Petitat-Côté. Mise en page : M. Lahode
Des copies papier des numéros 1 à 43 peuvent être commandées à: GIFA, Av. de la Paix 11, 1202 Genève, Suisse; e-mail info@gifa.org. Tous les numéros suivants sont accessibles en ligne à l'adresse : www.ibfan.org
Allaitement Actualités est également disponible en anglais, arabe, espagnol et portugais.